

## Szemponatok a UN CRPD hazai végrehajtásához, különös tekintettel az egyezmény 19. cikkére (a fogyatékos személyek önálló életvitelhez és közösségbe való befogadáshoz való joga) II.

HALMOS SZILVIA

*Magyarország 2007-ben ratifikálta az ENSZ Fogyatékossgal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezményét (a továbbiakban: CRPD). E tanulmány célja annak vizsgálata, hogyan haladt előre az elmúlt évtizedben hazánkban a CRPD jogi követelményrendszerének átültetése és politikai üzenetének átvétele, különös tekintettel az egyezmény egyik kulcsjelentőségű cikkére (19. cikk „Önálló életvitelhez és a közösségbe való befogadáshoz való jog”). E cikk – mint a tanulmány második része – részletesen elemzi a CRPD 19. cikk átültetésének indikátorait. Elsőként a szerző a 19. cikk fókuszába helyezett úgynevezett támogatott életvitel elméleti megközelítését elemzi (nemzetközi kitekintést is adva), majd a támogatott életvitel hazai megvalósulásának kezdeteit mutatja be. Végül a magyarországi intézménytelenítési folyamat eddigi eredményeit értékeli.*

***Some Aspects of the Implementation of the UN CRPD in Hungary, with a Special Focus on Article 19 (“Living independently and being included in the community”) – Part II***

*The Hungarian ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (hereinafter: CRPD) dates back to 2007. The aim of this study is to examine how far the implementation of the legal requirements and the political message of the CRPD has come over the past decade, with a special focus on a specific key article of the convention (Article 19 “Living independently and being included in the community”). In this article, as the second part of the study, the author gives a detailed analysis of the indicators of the implementation of Article 19 of the CRPD. First, the author assesses the concept of independent living with personal assistance underlined by Article 19 based on a theoretical approach, providing an international perspective, as well. Second, the domestic implementation of independent living with personal assistance is described. Third, the achievements of the process of deinstitutionalisation in Hungary is assessed.*

Kétrészes tanulmányosorozatomban<sup>1</sup> első részében igyekeztem feltárni az ENSZ Fogyatékos Személyek Jogairól szóló Egyezményének (a továbbiakban a bevett angol nyelvű rövidítést követve: CRPD) paradigmaticus hátterével, alapértékeivel, alapfogalmaival és a strukturális értelmezésével kapcsolatos azon tudnivalókat, amelyek szempontokat, indikátorokat adhatnak az egyezmény hazai végrehajtásához. Jelen, második részben az egyezménnyel kapcsolatos általános megállapításokat a CRPD 19. cikkére fogom alkalmazni, összefoglalva a cikk végrehajtásával kapcsolatos nemzetközi, valamint hazai előzményeket és tapasztalatokat, és az egyezményből következő további szempontokat ajánlva a fogyatékos személyek önálló életvitelhez és közösségbe való befogadáshoz való jogának érvényesítése érdekében.

## Szempontok a CRPD 19. cikkének végrehajtásához

### *A támogatott életvitel elméleti megközelítése, nemzetközi kitekintéssel*

#### *A támogatott életvitelhez kapcsolódó alapvető fogalmak*

A CRPD 19. cikke a következőképpen szól.

*„Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékossgal élő személyek egyenlő jogát a közösségben való élethez és másokkal egyenlő szabad döntéshez való jogát; minden szükséges és hatékony intézkedést megtesznek annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő személyek teljes mértékben élvezhessék e jogukat és a teljes közösségi befogadást és részvételt, beleértve a következők biztosítását:*

*a) a fogyatékossgal élő személyeknek másokkal azonos alapon lehetőségük van lakóhelyüknek és annak megválasztására, hogy hol és kivel élnek együtt, és nem kötelezhetőek bizonyos megszabott körülmények között élni;*

*b) a fogyatékossgal élő személyek számára hozzáférési lehetőséget biztosítanak többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálathoz, beleértve azt a személyes segítséget, mely a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, valamint a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges;*

*c) a mindenki számára nyújtott közösségi szolgáltatások és létesítmények azonos alapon hozzáférhetőek a fogyatékossgal élő személyek számára is, és igényeikhez igazítottak.”*

Egy gondolat erejéig érdemes a 19. cikk címét is tanulmányozni: mint korábban láthattuk, a CRPD fontos alapelve az autonómia, vagyis a fogyatékos személyek önállóságának (önálló döntéshozatal, önálló életvitel, az önérvényesítés stb.) lehetővé tétele.<sup>2</sup> Azonban a 19. cikkben mindez összekapcsolódik a közösségbe való befoga-

1 A mű a KÖFOP-2.1.2-VEKOP-15-2016-00001 azonosítószámú, „A jó kormányzást megalapozó közszolgálat-fejlesztés” elnevezésű kiemelt projekt keretében működtetett Egyed István Posztdoktori Program keretében, a Nemzeti Közszolgálati Egyetem felkérésére készült. (A kézirat lezárva: 2018. január 1.)

2 Lásd: HALMOS 2017, 87.

dás követelményével. Ez annak a fontos ténynek a fel- és elismerése, hogy az autonómia nem azonos az individualizmussal és az atomizált, másoktól izolt létel, hanem épp ellenkezőleg: az ember egyénisége csakis akkor fejlődhet, formálódhat, teljesebbé válik, ha ezt másokhoz kapcsolódva, közösségi lény mivoltában történhet. Vagyis a CRPD felfogásában az autonómia megvalósulása nem a másoktól való teljes függetlenséget, hanem a másokkal való közösségi, kölcsönös összekapcsolódást feltételezi. A továbbiakban ezt nevezhetjük támogatott életvitelnek, amely kifejezés az önállóság és a közösség általi befogadás együttes megvalósulását takarja. Észrevehető, hogy ez a szemlélet összhangban az egyes – tanulmánysorozatomban előző részében bemutatott<sup>3</sup> – autonómiafelfogások közül sokkal inkább a kapcsolati autonómia tanával, mintsem a liberális autonómiatannal áll összhangban. A továbbiakban kiindulhatunk tehát abból, hogy a CRPD végrehajtása során a fogyatékos személyeket és környezetüket egyfajta interdependens kapcsolati, támogatói hálózatban kell látnunk, és nem mint atomizált, kizárólag individuális érdekeiket és jogukat védő egyéneket.

A 19. cikk jól megválasztott címében megfogalmazott jog tartalmát a cikk szövege három pontba foglalt követelményrendszerben fejt ki, amelyet a következőképpen foglalhatunk össze:

- a) a lakhatási forma szabad megválasztásának joga és az úgynevezett közösségi lakhatáshoz való jog;
- b) hozzáférés a fogyatékos személyek önálló életvitelét segítő közösségi szolgáltatásokhoz;
- c) (egyenlő esélyű) hozzáférés a mindenki számára nyitott, önálló életvitelét segítő közösségi szolgáltatásokhoz.

Az a) pont két központi fogalma a döntési szabadság és a közösségi lakhatáshoz való jog. A közösségi lakhatás fogalmát (az angol nyelvű szakirodalomban: „*community housing*” vagy „*community-based living*”) nem könnyű egységesen meghatározni, ugyanis a közösségi lakhatásnak a gyakorlatban rengetegféle megnyilvánulási formája van.<sup>4</sup> A fogalom lényegének megértéséhez először az „intézményi lakhatás”, s ehhez kapcsolódóan a „lakóintézmény” (röviden a továbbiakban: intézmény) fogalmát érdemes megvizsgálni, amely korábban a fogyatékos személyek fő lakhatási formáját képezte, és amelyek alternatívájaként, ellenpontjaként jöttek létre a közösségi lakhatás formái.

### *Az intézményi és a közösségi lakhatás kialakulásának története*

A fogyatékos személyek intézményekben való elhelyezésének kezdetei a 18. századra tehetőek. A 19. században tömegesen kialakuló intézmények a fogyatékos személyeket, a pszichés betegeket elzárták a társadalomtól. Az elkülönítés elméleti alapja a szociáldarwinizmus gondolatkörében gyökeredzett, amely „értéktelen életnek” tekintette

3 Lásd: HALMOS 2017, 88–90.

4 Egy, a vonatkozó szakirodalmat vizsgáló metaanalízis a 92 vizsgált tanulmányban összesen 107 definíciót talált. Lásd: FRANCIS–BLUE–BANNING–TURNBULL 2014, 7.

a fogyatékos emberek életét, amelyet egy egészséges társadalomnak lehetőség szerint ki kell vetnie magából. A társadalomból való kizárás és társadalmi hasznosság kérdésköre a 19. század végén erősödött fel. Ennek legdrasztikusabb megnyilvánulási formái a fogyatékos személyek sterilizációja és fizikai megsemmisítésére irányuló, egyes államokban jogi norma szintjén is megjelenő törekvések voltak.<sup>5</sup> Ha nem is ért el minden országban ilyen mértéket a fogyatékos személyek társadalomból való kirekesztése, nagylétszámú, úgynevezett totális intézményekben való elkülönítésük a nyugati világban lényegében minden országban a „fogyatékosügy” rendszerszintű „megoldását” jelentette. A „totális intézmény” fogalmát Erving Goffman alkotta meg az 1960-as években.<sup>6</sup> Ezen totális intézmények olyan, szociálisan zárt közegek, ahol az élet összes eseménye egy téren belül zajlik. Az intézmény gyakran magas falakkal körülvett épülete a bent élő személyeket gyakorlatilag elzárja a külvilágtól, és a szociális kapcsolatok ápolását az intézmény falain kívül ellehetetleníti. Az intézményen kívüli világban az emberek élettere tágabb, a lakás, a munkahely és a szabadidő rendszerint fizikailag is elkülönül egymástól. A totális intézményekben minden egy téren belül zajlik. A fogyatékos személyek intézményekbe tömörítését a jogi értelemben vett cselekvőképességük megvonása vagy annak korlátozása tette lehetővé, amelynek következtében e személyeknek megszűnt a lehetőségük, hogy meghatározzák lakóhelyüket és lakókörülményeiket. A totális intézmények működésének rendezőelve valamely intézményi cél, amely az intézmény jellegétől függően változik (Goffman idesorolta az idősek otthonát, a gyermekotthonokat, pszichiátriai intézeteket, börtönöket, fogolytáborokat, koncentrációs táborokat, laktanyákat, internátusokat, kolostorokat). A lakók mindennapjait legfőképpen az intézményi cél határozza meg. Ebben a rendszerben a lakók autonómiája nem kívánatos, a folyamatok gördülékenységét veszélyeztető „akadályként” jelenik meg. A fogyatékos személyek elhelyezéséül is szolgáló intézetek legfőbb célja, bármennyire is ellentmond ennek a totális intézmények mechanizmusa, a gondoskodás.<sup>7</sup>

A fogyatékos személyek intézményeinek felszámolására irányuló folyamat az Egyesült Államokból indult az 1960-as, '70-es években, a fogyatékos személyek és támogatóik érdekérvényesítő kezdeményezése nyomán.<sup>8</sup> Elméleti alapját az úgynevezett normalizációs elv adta, amelyet a svéd Bengt Nirje, valamint az egyesült államokbeli Wolf Wolfensberger – a skandináv és az észak-amerikai viszonyokra figyelemmel némileg eltérő módon – dolgoztak ki.<sup>9</sup> A normalizációs elv lényege igen tömören abban áll, hogy a fogyatékos személyeknek is biztosítani kell az adott kultúrában normális (átlagos) életkörülmények között való élet lehetőségeit.<sup>10</sup> A nagylétszámú, totális intézmények nyilvánvalóan alkalmatlanok voltak a normalizált életkörülmények meg-

5 RZSICS 2015, 1.1., 1.2. pont.

6 GOFFMAN 1968.

7 RZSICS 2015, 1.5. pont.

8 RZSICS 2015, 4.4., 4.5. pont; PETRI-KOZMA 2012, 11–12.; FRANCIS-BLUE-BANNING-TURNBULL 2014, 4.; KOZMA 2007, 4–5.

9 Vö. KOZMA 2007, 5.; NIRJE-PERRIN 1995.

10 RZSICS 2015, 2. pont.

teremtésére, így a normalizáció elvén nyugvó fogyatékoságpolitikai programoknak hamarosan fókuszába került az intézmények lebontásának – a közkeletűen használt kifejezésekkel élve: az intézménytelenítésnek vagy kitagolásnak – célkitűzése. Az intézménytelenítés azonban természetesen nemcsak a nagylétszámú intézmények bezárását jelenti, hanem annak lehetővé tételét is, hogy az intézmények korábbi lakói a többségi társadalom közösségeibe integrálódhassanak azáltal, hogy e közösségek lakókörnyezetében rendelkezésükre állnak mindazok a támogató szolgáltatások, amelyek – a totális intézményes „gondoskodás” helyett – lehetővé teszik az önálló, de közösségben zajló életvitel folytatását. Idetartozik például a személyes segítségnyújtás, a sorstársi önszervező csoportok szervezése, a nappali közösségi terek és foglalkozási lehetőségek kialakítása.<sup>11</sup>

Ugyan az Egyesült Államokban az intézménytelenítés az 1960-as években kezdődött meg, Nyugat-Európa több államában már az 1950-es évektől érzékelhetővé vált, -szemléletváltás a szegregáló fogyatékoságpolitikával szemben. Civil szervezetek jogvédő és érzékenyítő tevékenységének eredményeként mind több visszaélés és emberi jogsértés került napvilágra a pszichiátriai kórházak és intézmények világából, és ez elősegítette a normalizált életkörülményeket lehetővé tévő közösségi lakhatási formák, valamint az ezeket támogató közösségi szolgáltatások térnyerését az intézményi lakhatás rovására. Európa szocialista blokkba tartozó részében azonban e folyamat egészen a rendszerváltásig csírájában sem indulhatott el. A közép- és kelet-európai országokban a szocialista berendezkedés bukása után azonban szintén megjelentek azok a jogvédő mozgalmak, amelyek hatására elkezdődhetek az intézménytelenítési törekvések.<sup>12</sup>

Ma Európában mintegy 1,2 millió fogyatékos személy még mindig nagylétszámú intézményekben él<sup>13</sup> annak ellenére, hogy ma már több jelentős nemzetközi jogi és fogyatékoságpolitikai dokumentum ösztönzi a kitagolás lefolytatását. E dokumentumok közül a legjelentősebbek a következők:

- Az ENSZ Népegészségügyi Szervezete (*World Health Organisation – WHO*) 2003-ban adta ki *Mentális egészséghez nyújtott szolgáltatások szervezése (Mentális egészségre vonatkozó politikai és szolgáltatási útmutató csomag)*<sup>14</sup> c. dokumentumát. A WHO ebben a dokumentumban erőteljes kritikát fogalmaz meg a nagylétszámú intézmények működésével kapcsolatban a magas fenntartási költségek, a rossz klinikai eredmények és az emberi jogsértések okán, s erre tekintettel ezek bezárását, helyettük pedig a közösségi alapú szolgáltatások szélesebb körű elterjesztését ajánlja.

11 PETRI-KOZMA 2012, 7., 11–12.

12 PETRI-KOZMA 2012, 7., 11–12.; RUZSICS 2015, 4.1.–4.6. pont; MANSELL-BEADLE-BROWN 2011, 113–114.

13 PETRI-KOZMA 2012, 7.

14 *Organization of Services for Mental Health: Mental Health Policy and Service Guidance Package* (2003).

- Az Európai Bizottság 2005-ben publikálta a *Mentális egészség fejlesztése a népesség körében – Az Európai Unió mentális egészséggel kapcsolatos stratégiája felé* című zöld könyvét, amely a pszichoszociális fogyatékkal élő uniós polgárok emberi jogainak védelméről szóló stratégiai célkitűzések között kiemelt helyen említi az intézménytelenítés elősegítését.<sup>15</sup>
- A nemzetközi jog releváns forrásai között kiemelkedő helyen említendő meg a CRPD, amelynek 19. cikke a fent említettek szerint megköveteli a közösségi lakhatás és az ezt elősegítő közösségi szolgáltatások elterjesztését.
- Az Emberi Jogok Európai Egyezményének<sup>16</sup> (a továbbiakban: EJEE) 3. cikke (kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok tilalma), 5. cikke (szabadsághoz és biztonsághoz való jog), valamint 8. cikke (a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jog) szintén sérülhet a fogyatékos személyek nagylétszámú intézménybe kényszerítése esetén. A *Stanev kontra Bulgária* esetben az Emberi Jogok Európai Bírósága (a továbbiakban: EJEB) megállapította, hogy a gondnokság alatt álló fogyatékkal élő felperesnek a gondnoka által való intézménybe juttatása és az ott vele való bánásmód az EJEE 3. valamint 5. cikkébe ütköző magatartás volt.<sup>17</sup>
- Az ENSZ, illetve a WHO több – kötelező és nem kötelező erejű – dokumentumában külön felhívta a figyelmet az intézményi lakhatás káros hatásaira és felszámolásának szükségességére a gyermekek, fiatalok és az idősek vonatkozásában.<sup>18</sup>

Az Európai Unió Strukturális Alapjaiból jelentős mennyiségű pénzforrás áll az uniós tagországok rendelkezésére a kitagolás céljaira. Azonban az *Inclusion Europe* elnevezésű – az európai szintéren egyik legjelentősebb – fogyatékosügyüi érdekérvényesítő szervezet ezzel kapcsolatban arra hívja fel a figyelmet, hogy a kitagolás céljai nincsenek minden esetben kellően világosan megfogalmazva. Számos, intézménytelenítésre irányuló program középpontjában mindössze a férőhelyek számának csökkentése áll, és nem jut kellő figyelem a minőségi átalakításra: a totális jelleg megszüntetésére, a normalizált életkörülmények kialakítására, a közösségi alapú szolgáltatások hozzá-

15 *Green Paper – Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union* (2005), 11–12.

16 Az Emberi Jogok és Alapvető Szabadságok Védelméről szóló Egyezmény, 1950.

17 *Stanev v. Bulgária*, Appl. No. 36760/06., Jan. 17. 2012, § 132. E témában fontos adalékokkal szolgáló tanulmány: Fox 2017, 239–248.

18 Különösen:

- az ENSZ Gyermekek Jogairól szóló Egyezménye (1998) (20., 23. cikk);
- az ENSZ Gyermekek Alternatív Gondozásáról szóló Iránymutatása (2010);
- a WHO Európai Nyilatkozata a Gyermekek és Fiatalok, valamint Családjuk Egészségéről (2010);
- az ENSZ Idős Személyekről szóló Alapelvei („Madridi Nyilatkozat”) (1991);
- az ENSZ Általános Ajánlása (27. sz.) az Idős Nőkről és Védelmükről, valamint Emberi Jogaikról.

A releváns nemzetközi jogi és szakpolitikai dokumentumok felsorolásához lásd: PETRI–KOZMA 2012, 8–10.; *Submission to the UN Committee on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities on Key Issues for a General Comment on Article 19* (2016).

férhetővé tételére. Mindez annak ellenére tapasztalható, hogy a Strukturális Alapok új szabályzata szerint az uniós pénztámogatás juttatásának előfeltételeként vizsgálni kell a támogatott projektnek a CRPD-vel való összhangját. A szervezet javaslata szerint az intézménytelenítési célra elköltendő uniós pénzforrások felhasználása során szükséges lenne monitorozni, hogy csak olyan projekt részesülhessen ilyen támogatásban, amely a fogyatékos személyek tényleges közösségi integrációját segíti elő.<sup>19</sup>

### *A kitagolási folyamathoz kapcsolódó szolgáltatásszervezési szempontok*

Az intézménytelenítési programokhoz kapcsolódóan a „intézmény” fogalmi kritériumait a mai szakirodalom az alábbiak szerint határozza meg. Intézménynek számít az a lakhatásra szolgáló létesítmény, amelyben

- a lakók el vannak szigetelve a tágabb közösségtől, és kényszerűen kerülnek egymással életközösségbe;
- a lakóknak nincs elegendő döntéshozatali szabadságuk a saját életvitelük vonatkozásában;
- a lakók életének megszervezése terén a szervezet működési követelményei felőbbrendű szempontot képeznek, mint a lakók egyéni szükségletei.<sup>20</sup>

Az intézménytelenítés megvalósításához azonban nem elegendő megfogalmazni, hogy milyen lakhatási és életkörülmények megszüntetésére van szükség, hanem azt is definiálni kell, hogy milyen feltételeknek kell teljesülnie ahhoz, hogy a fogyatékos személyek önálló életvitelhez és a közösségbe való befogadáshoz való joga ténylegesen érvényesüljön. Általában a következő feltételeknek kell teljesülniük – vagy ezek közül minél többnek – ahhoz, hogy közösségi alapú lakhatási formáról beszélhessük:

- Olyan lakóegység álljon rendelkezésre, amely területileg a többségi társadalom lakóhelyén helyezkedik el, az egyén igényeinek megfelelő és akadálymentes.
- Olyan ingatlantípusokat használjanak, amelyet a társadalom többsége is jellemzően igénybe vesz, az egyén igényeinek megfelelő és akadálymentes.
- Az ingatlan jellege általánosan feleljen meg a tágabb társadalom által használt ingatlanok jellegének.
- Mindenki a lehető legnagyobb mértékben maga dönthessen arról, hogy hol, kikkel és hogyan szeretne élni.
- Bármilyen segítség álljon rendelkezésre ahhoz, hogy az egyén a közösség életében részt vegyen.<sup>21</sup>

Az előbbiekben utaltam arra, hogy a közösségi lakhatásnak és a közösségi szolgáltatásoknak nincs egységesen elfogadott definíciója, és hogy ezek gyakorlati megvalósulási formájukban is igen eltérőek lehetnek. Ennek egyik fontos oka, hogy – mint már

19 *Submission to the UN Committee...* (2016). 4.; vö. még: PETRI-KOZMA 2012, 25.

20 *Submission to the UN Committee...* (2016). 2–3.; PETRI-KOZMA 2012, 11. *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care* (2012). 25.

21 MANSSELL-BEADLE-BROWN 2012, 113.

korábban is rámutattam<sup>22</sup> – a fogyatékos személyek népes csoportjában igen eltérő támogatási szükségletekkel rendelkező személyek is vannak. Míg a támogatás, gondoskodás egyes formái bizonyos fogyatékos személyek esetében szükségesek lehetnek a mindennapi élethez (például etetés, fürdetés, napirend meghatározása), mások esetében ugyanezen szolgáltatások nyújtása túlkorlátozó, megalázó lehet. A közösségi alapú lakhatási formák és a kapcsolódó közösségi szolgáltatások kialakításához tehát nem célszerű egységes elveket, rigid működési formákat és szabályokat kitalálni. Ehelyett a kitagolási folyamat eredményeit kutató nemzetközi szakirodalomban megjele-  
nő, alábbi szolgáltatásszervezési szempontokra hívnám fel a figyelmet.

*(1) Az intézménytelenítés hármasszervezeti, szolgáltatási feltételrendszere: a nagylétszámú intézmények lebontása, a közösségi alapú lakhatási formák kialakítása és a kapcsolódó közösségi szolgáltatások elérhetővé tétele.*

A fentiekben ennek az elvnek a tartalmát már részletesebben kifejtettem.

*(2) A támogatott életvitel minőségi kritériuma a fogyatékos személyek életminőségének magas szintje.*

A fogyatékos személyek életminőségének egyes lakhatási formákban való kutatása ma már jelentős szakirodalmi bázissal rendelkezik.<sup>23</sup> Az életminőség definícióját Robert L. Schalock után, az alábbiak szerint határozhatjuk meg: az egyéni életminőség annak mértéke, hogy az egyén mennyire elégedett az életével, mennyire tekinti a saját életét „jónak”. Az életminőség összetevőiként az alábbi nyolc területen való elégedettségmérést szokták tekinteni: a társadalmi életben való részvétel, a fizikai jóllét, a társas kapcsolatok, az anyagi jóllét, az érzelmi jóllét, az önrendelkezés, a személyes fejlődés lehetősége, a jogok élvezete.<sup>24</sup> Az életminőség tehát számos összetevőből áll, amelyek közül a fogyatékos személyek ellátása, támogatás szempontjából számításba jöhető egyes szolgáltatási formák némelyiket jobban, némelyiket kevésbé tudják biztosítani. Az intézményi ellátások jellemzőit mutató szolgáltatási formák képesek biztosítani egyfajta kielégítő életszínvonalat (ideértve az életminőség összetevői közül a megfelelő fizikai jóllét, anyagi és akár az érzelmi jóllétet is), amely az életminőségnek fontos összetevői. Azonban az intézményben való élet jellemzően károsan hat az életminőség összetevői közül a társadalmi életben való részvétel, a társas kapcsolatok, az önrendelkezés, a személyes fejlődés és a jogok élvezetének lehetőségére. Azokban az esetekben, amelyekben a fogyatékos személy aktuális és a személyes fejlődésnek kedvező táptalajt biztosító környezet esetén elérhető állapota az autonóm cselekvés jelentős természetes korlátozását eredményezi – például az igen súlyos, halmozott

22 Lásd: a tanulmány sorozat előző része, 2.2., 2.4. pont.

23 Grace Francis és szerzőtársainak már hivatkozott tanulmánya irodalmi összefoglalást és metaanalízist tartalmaz e tárgyban. FRANCIS–BLUE–BANNING–TURNBULL 2014.

24 Vö.: SCHALOCK 1996, 123–139.



fogyatékoságok esetében –, a jó életminőség biztosítása során az előbb említett, kiélegítő életszínvonal biztosítására esik a hangsúly. Ilyenkor sem szabad elfeledkezni azonban arról, hogy az autonóm cselekvés lehetőségei a legtöbb fogyatékos személy esetében megfelelő, támogató környezet biztosításával kitágíthatók. Amennyiben a fogyatékos személy képes, vagy képessé tehető életének önálló megszervezésére, az e téren való döntéshozatalra és e döntések végrehajtására, az autonóm cselekvés lehetőségének biztosítása kap nagyobb hangsúlyt az emberi méltóságuk megfelelő tiszteltetésben tartása és jó életminőségük biztosítása érdekében. Tagadhatatlan, hogy a szabad választás jogának biztosítása annak kockázatával jár, hogy a fogyatékos személy a saját életszínvonalát (fizikai, anyagi, érzelmi jóllétét) lerontó tevékenységet fog folytatni, vagy megfelelő támogató infrastruktúra hiányában nem képes végrehajtani a saját érdekeit szolgáló döntéseket.<sup>25</sup>

A támogatott életvitel preferálása mellett érvelő szerzők ezzel kapcsolatban gyakran hivatkoznak a „kockázat méltóságának” elvére, amely szerint az emberi méltóság tisztelete magában foglalja a kockázatvállalás, hibázás – és a hibákból való tanulás – lehetőségét is, amit nem lehet elvitatni a fogyatékosággal élő személyektől sem.<sup>26</sup> Az autonómia biztosítása nem jelent egyet azzal, hogy az egyént magára kell hagyni kockázatos élethelyzetekben. Ha a kapcsolati autonómia tanából indulunk ki, akkor szem előtt kell tartani, hogy az egyéni autonómia egy emberi kapcsolatrendszerben bontakozhat ki igazán, amely a szükséghez képest támogatást nyújt azokban az élethelyzetekben is, amelyekben igen intenzív a támogatási szükséglet. A támogatási szükséglet elérhet egy olyan fokozatot, amelyben a támogatás akár a döntéshozatalban való helyettesítésben vagy intenzív gondoskodásban nyilvánul meg.<sup>27</sup> A szabályozásnak és a gyakorlatnak éppen ezért nagy hangsúlyt kell fektetnie a támogatók, gondozók által végzendő kockázatfelmérés- és értékelés feladatára, a támogatók képzésére, segítségére e feladat megfelelő ellátásában.<sup>28</sup> Ha a támogatott lakhatás és a támogatott döntéshozatal kockázatkezeléssel kapcsolatos szabályai kidolgozottabbak, hatékonyabbak lennének, vélhetően több érintettnek – és szüleiknek – lenne bizalmuk e jogintézményekkel kapcsolatban, és – a feltétlen biztonságra törekvés jegyében – nem választanák automatikusan a helyettesítő döntéshozatal (gondnokság), valamint az intézményi lakhatási formák valamelyikét.<sup>29</sup>

Mint látható tehát, mindig az adott fogyatékos személy aktuális és a személyes fejlődésének megfelelő táptalajt kínáló környezetben elérhető állapota, támogatási szükségletei határozzák meg, hogy az intenzívebb, intézményi jellegű ellátáshoz vagy a teljes önállósághoz közelebb álló támogatási, szolgáltatási forma segíti-e elő jobban az emberi méltósághoz való jogának érvényesülését és megfelelő életminőségét. Egy, a releváns kutatásokat összegző metaanalízis arra a következtetésre jut,

25 Vö. DEL VILLAR 2015, 186–187.

26 GAZSI 2016, 74.; JAKAB 2011, 57–60. (Irodalmi összefoglalóval.)

27 Vö. GOODING 2013, 437.; HILLMAN 2012, 1068.

28 Vö. GAZSI 2016, 73.; *Submission to the UN Committee...* (2016). 6.

29 Vö. GAZSI 2016, 74.

hogy a közösségi lakhatási formák általában magasabb szintű életminőséget tudnak eredményezni a fogyatékos személyek számára, mint az intézményes ellátásokhoz közelítő formák.<sup>30</sup> Ugyanez a tanulmány azonban mélyebb elemzésbe bocsátkozik azon a téren, hogy pontosan milyen körülmények képesek növelni a közösségi lakhatási formákban az életminőséget. Azonosítja azokat a változókat, amelyek jelentősen befolyásolják, hogy a közösségi lakhatás egy adott fogyatékos személy életminősége szempontjából kedvező körülményekkel szolgál-e.<sup>31</sup> Ebből az is világosan leszűrhető, hogy a közösségi lakhatás nem minden formája kompatibilis minden fogyatékos ember személyiségével (például az adaptív viselkedésre kevésbé, kihívó viselkedésre hajlamos személyek, az idősebbek, a hátrányosabb szociális közegekből érkezők nehezebben találják meg a helyüket).

Mint azt tanulmányom korábbi részeiben részletesebben kifejtettem, a fogyatékos személyekre vonatkozó állami és társadalmi cselekvés zsinórmértéke az érintettek emberi méltóságának tisztelete és magas szintű életminőségének biztosítása lehet. Az emberi méltóság, életminőség mint a szolgáltatásszervezést orientáló vezérelv akkor jut különös jelentőséghez, amikor a fogyatékos személyek egyes jogainak érvényesülése vagy a szolgáltatásszervezés alapelvei kompetitív helyzetbe kerülnek.

*(3) A támogatott életvitelhez való jog többféle szolgáltatásszervezési modell keretében megvalósítható. Hasznos, ha a fogyatékos személy szükségleteihez igazodóan egy adott szociális rendszer többféle modell nyújtotta lehetőséget is kínál.*

Paul Henman és Michele Foster ausztrál kutatók tanulmányukban<sup>32</sup> bemutatják a fogyatékos személyek számára a nyugati országokban biztosított szociális szolgáltatások szervezésének egyes, a nemzetközi gyakorlatban előforduló főbb modelljeit, és ezek

30 Irodalmi összefoglalóval: FRANCIS–BLUE–BANNING–TURNBULL 2014, 3–4.

31 A közösségi lakhatás életminőség-javító funkcióját az alábbi tényezők növelik (ezek ellenkező előjelű előfordulása viszont csökkenti):

- a lakók belső tulajdonságai közül:
- az adaptív magatartás,
- az előnyös saját szociális és gazdasági státusz,
- a női nem,
- a fiatal életkor;
- a lakóhelyi kultúra, életrend terén:
- a normalizált, otthon idézõ elrendezés,
- az egyéniesített, rugalmas, autonómiát elősegítő tevékenységi rend,
- a pozitív viszonyulás a személyhez;
- a személyzet terén:
- a magas tudással rendelkező, magas elvárásoknak megfelelő, konstruktív kommunikációra képes, adaptív képességek szempontjából modellértékű, személyes odafigyelést tanúsító személyzet;
- a férőhelyszám:
- a kisméretű otthon.

32 HENMAN–FOSTER 2015, 233–252.

tipológiáját. A szolgáltatásszervezés négy modelljét különböztetik meg az alábbiak szerint.

- Nem koordinált modell:

E modell lényege, hogy a kliens különféle szervezetektől, szolgáltatóktól vesz igénybe az életminőségét javítani hivatott szolgáltatásokat, de ezeket sem ő, sem az egyes szolgáltatók nem koordinálják. A kliens ebben a modellben passzív, autonómiájának foka alacsony: olyan szolgáltatásokat kap, amelyeket mások megfelelőnek ítélnék számára. A szolgáltatások ebből következően nem feltétlen a valós szükségletekre reflektálnak: előfordulhat egyes területeken a patriarchális túlgondoskodás, forráspazarlás, más területeken pedig ellátatlan szükségletek maradhatnak. A tanulmány ezt tekinti a szolgáltatásszervezés – pontosabban: a szolgáltatások meg nem szervezésének – szokásos modelljének.<sup>33</sup>

Magyarországon az otthonukban, illetve a családjukkal élő fogyatékos személyek esetén is gyakran előfordul, hogy a fogyatékos személy és támogató környezete (családtagok, esetleg hivatalos szervek, civil szervezetek) különösebb átgondolás nélkül, esetleg hibás, hiányos információkra alapozva igényelnek pénzbeli vagy természetbeni szolgáltatásokat. Az önálló életvitelt elősegítő pénzbeli és egyéb szolgáltatások jogszabályi háttere meglehetősen bonyolult, értelmezése gyakorta jogi szaksegítséget igényel, ennek következtében a megfelelő támogatói háttérrel nem rendelkező fogyatékos személy számára jellemzően átláthatatlan marad. Így a szolgáltatásszervezés koordinációja elmarad.<sup>34</sup>

- Esetfelelős általi koordináció modellje:

Ebben a modellben a kliens mellett egy esetfelelős személy áll, aki a kliens érdekében koordinálja a kapott szolgáltatásokat. E modell előnye, hogy az esetfelelős közreműködése nagy valószínűséggel növeli a szolgáltatások igénybevételének hatékonyságát, a szolgáltatók számonkérhetőségét, a szolgáltatásnyújtás szakszerűségét, a szervezés holisztikus szemléletben való megvalósítását. Továbbá sem a szolgáltatásszervezés terhe, sem a szolgáltatások szervezetlenségének terhe nem nyomja a kliens vállát. Veszélye viszont, hogy a kliens autonóm mozgásteret többnyire alacsony marad. A gyakorlatban ez általában úgy valósul meg, hogy állami vagy civil támogató szervezetek, s e szervezeteken belül az egyes kliensek mellé rendelt személyes esetfelelősök vállalják az esetfelelős szerepét.<sup>35</sup>

- Lakóhelyi koordináció modellje:

Amennyiben a fogyatékos személy valamilyen intézményi vagy közösségi lakhatási forma lakója, maga az intézmény (vezetése) is koordinálhatja az igénybe vett támogató szolgáltatásokat. A lakóhelyi koordináció a legjellemzőbb szolgáltatásszervezési

33 HENMAN–FOSTER 2015, 238–240.

34 Vö. SAINSBURY–LAWSON–PRIESTLEY 2017, 45.

35 HENMAN–FOSTER 2015, 240–241.; ABBOTT–TOWNSLEY–WATSON 2015; CHALLIS 2002, 315–325.

forma a tradicionális, nagylétszámú intézmények lakosainak vonatkozásában. A modell előnyeiként és hátrányaiként nagyjából ugyanazokat tarthatjuk számon, mint amelyeket az esetfelelősi koordináció modelljénél. Egy további veszélye is van ennek a modellnek: az intézmény általában törekszik arra, hogy erőforrásait – például a beszerzett szolgáltatásokat – egyenlően, uniformizáltan ossza el a lakói között. Ennek következményeképpen a szolgáltatások igénybevétele elszakadhat a tényleges szükségletektől.<sup>36</sup>

- A kliens által koordinált modell:

A kliens által koordinált modell a jogvédő csoportok által általában leginkább preferált változat. Itt a kliens maga dönt arról, hogy milyen szolgáltatásokat vesz igénybe, és milyen szolgáltatótól. A modellnek többféle változata létezik. Több országban létezik a közvetlen pénzbeli támogatás rendszere, amelyben a kliens egy adott keretet saját belátása szerint fordíthat életvitelt támogató szolgáltatások igénybevételére. Ilyen például az Egyesült Királyságban és Ausztráliában az úgynevezett „közvetlen juttatás” rendszere,<sup>37</sup> vagy szintén az Egyesült Királyságban a „saját irányítású gondozás rendszere”,<sup>38</sup> továbbá az Ausztráliában nemrégiben kísérleti programként bevezetett és 2019-ig az egész országra kiterjesztendő nemzeti fogyatékosági biztosítás rendszere.<sup>39</sup> Az európai kontinensen hasonló modellprogramokat vezettek be Svédországban, Hollandiában és Németországban.<sup>40</sup> Összefoglalóan – a magyar szakirodalomban is megjelenő kifejezéssel összhangban – „személyre szabott költségvetési rendszereknek” hívhatjuk ezeket a konstrukciókat.<sup>41</sup> Az is a kliens általi koordináció fogalomkörébe tartozik, ha a kliens saját forrásból veszi igénybe a szolgáltatásokat, azonban egy harmadik személynek (például támogató) átengedi ezek megszervezését, adminisztrációját, megtartva magának a folyamat fölötti kontrollt.

A modell kétségkívül előnye, hogy a kliens nagyfokú autonómiát élvez, és teljes mértékben egyénre szabott szolgáltatásokat vehet igénybe. Gazdasági szempontból is előnyösnek mondható ez a rendszer, mivel előidézí a szolgáltatók piaci versenyét (igaz, ez csak akkor valósulhat meg, ha a szolgáltatók többségében profitorientált módon működnek). A gyakorlati tapasztalatok azonban kimutatták a modell hátrányait is: a kliens általi koordináció rendszerint csak akkor sikeres, ha a kliensnek megfelelő, informális támogató közege van, amely segíti őt a szolgáltatók kiválasztásában, a szolgáltatások megszervezésében. Ha a szolgáltatók piaci szereplőként működnek, a kliens csak akkor tudja kielégítően megszervezni saját ellátását, ha maga is piaci

36 HENMAN–FOSTER 2015, 243–244.

37 BLYTH–GARDNER 2007, 235–249.; FISHER et al. 2010; RUZSICS 2014, 84.

38 PRIDEAUX et al. 2009, 557–569.

39 Lásd: *Submission of the Australian Government Day of General Discussion on the Right of Persons with Disabilities to Live Independently* (2016). 4.

40 RUZSICS 2014, 84–85.

41 Vö. RUZSICS 2014.

szereplőként tud gondolkodni és viselkedni. E készségek – vagy az e téren kapott támogatás – hiánya ellátatlansághoz vagy pazarláshoz vezethet.<sup>42</sup>

Henman és Foster következtetése szerint jelentős mértékben a kliens tulajdonságaitól, támogatói háttérétől függ az, hogy melyik modellben mennyire hatékonyan érheti el a kellő ellátottsági szintet, azaz hogy melyik modell milyen szintű életminőség kialakulásához tud hozzájárulni. Ez összhangban van az (1) és a (2) alpont alatt írt megállapításokkal. A magas életminőséget jelentő önálló életvitel a kliens adottságaitól függően megvalósítható tehát akár a kliens által személyesen – esetleg támogató közege közreműködésével – koordinált, vagy más által – esetfelelős vagy lakóhely által – koordinált modellben. A közösségi alapú lakhatási formákban akármelyik koordinációs modell megjelenhet, és hasznos is, ha az érintett személy számára többféle opció áll rendelkezésre.

### *A támogatott életvitel hazai megvalósulásának kezdetei*

#### *A rendszerváltást követő intézményrendszer a kitagolási folyamatot megelőzően*

Fent már utaltam rá, hogy Közép- és Kelet-Európában – így hazánkban is – a rendszerváltásig az intézményi ellátási forma kizárólagossága volt jellemző.<sup>43</sup> A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény – a továbbiakban: Szocvtv. – megalkotásakor mereven megkülönböztette a szociális alapellátásokat és a szakosított szociális ellátásokat. Ez utóbbiakat nevezte „szociális intézményeknek”.<sup>44</sup> A fogyatékos személyeket befogadó szociális intézmények között tartotta számon a törvény a – tradicionális totális intézménynek tekinthető – ápoló-gondozó intézményeket, amelyeknek két altípusa a pszichiátriai betegek otthona, valamint a fogyatékosok otthona volt.<sup>45</sup> A szociális intézmények további formái voltak még a rehabilitációs intézmények (a pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye és a fogyatékosok rehabilitációs intézménye), amelyek elvben a bentlakók önálló életvezetési készségeinek kialakítását és önálló életvitelre való felkészítését szolgálták volna, de ténylegesen sokkal inkább a klasszikus intézményi berendezkedés volt rájuk jellemző.<sup>46</sup> A bentlakásos szociális intézmények harmadik nagy kategóriája az átmeneti elhelyezést nyújtó otthon volt (ezek között: fogyatékosok gondozóháza), amely ugyan csak korlátozott ideig állt az ott lakók rendelkezésére, jellegében azonban szintén a hagyományos intézményi formát öltötte.<sup>47</sup> Ezek az intézménytípusok a mai napig léteznek (esetleg kicsit módosult elnevezéssel), és azóta új intézményi

42 HENMAN–FOSTER 2015, 245–247.

43 RUZSICS 2015, 7.1.–7.2. pont. VERDES 2009, 92–93.

44 Szocvtv. 4. § (1) bek. f) pont (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint).

45 Szocvtv. 67. § (2) bek. (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint).

46 Szocvtv. 72. § (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint).

47 Szocvtv. 80. § (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint).

altípusokat is bevezettek (például az átmeneti intézmények között: pszichiátriai betegek átmeneti otthona, szenvedélybetegek átmeneti otthona).<sup>48</sup>

Az intézménytelenítési törekvések kezdetei az 1990-es évek végére tehetők.<sup>49</sup> 1999-ben került be a Szocvtv.-be a lakóotthon mint új szociális intézményi forma. Lakóotthonok olyan, szükségszerűen kislétszámú (8-12, esetenként legfeljebb 14 fős) lakólétesítmények lehetnek, amelyek az önellátásra legalább részben képes pszichiátriai betegek vagy fogyatékos személyek számára adtak lehetőséget egy normalizáltabb, önállóbb körülmények között zajló életre. Lakóotthonok létesítésére állami forrásból is lehetett pályázni. Azonban az akkori szociálpolitikai elképzelések szerint a lakóotthoni elhelyezés csupán a férőhelyek töredékét váltotta volna ki, a fogyatékos személyek lakóhelye túlnyomó része továbbra is nagy intézményekben lett volna.<sup>50</sup> A lakóotthoni lakhatás azért sem jelenthette az intézményi ellátások valódi alternatíváját, mert a legtöbb lakóotthont a nagy intézmények területén, az „anyaintézménnyel” integrált szervezeti keretben létesítették.<sup>51</sup> Ezekben az esetekben a lakóotthonok teljes mértékben az intézmény berendezkedési struktúráját vették át, csupán egy kisebb létszámú, külön épületet jelentettek a nagy létesítményen belül, de ez semmit nem változtatott a lakók életkörülményein. Verdes Tamás tanulmányában részletesen elemzi, miért és hogyan halt hamvába az első intézménytelenítési kísérlet azzal, hogy a normalizált életfeltételeket a totális intézmények keretei között, és nem azoktól markánsan elkülönítve kívánták megvalósítani.<sup>52</sup>

### *A kitagolási folyamat eddigi eredményei*

Fontos jogalkotási fejleményt jelentett a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Fot.) bevezetése, amelynek már hatálybalépéskori szövege tartalmazta, hogy a fogyatékos személynek joga van a fogyatékoságának, személyes körülményeinek megfelelő – családi, lakóotthoni, intézményi – lakhatási forma megválasztásához.<sup>53</sup> Ehhez kapcsolódóan a törvény a záró rendelkezései között rendelkezett arról, hogy a fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézményeket fokozatosan, de legkésőbb 2010. január 1-jéig át kell alakítani oly módon, hogy az önálló életvitelre személyi segítséggel képes fogyatékos személyek ellátása kisközösséget befogadó lakóotthonban történjen, továbbá az arra rászoruló súlyos fogyatékos személyek számára humanizált, mo-

48 Szocvtv. 80. §.

49 VERDES 2009, 99–100.; RUZSICS 2015, 8.3.–8.4. pont.

50 2000-ben 123 fogyatékos személy élt lakóotthonban, míg a többi intézményi formában 15 223 fő. Ez az arány 2008-ra sem változott számottevően: a 1378 lakóotthoni lakossal szemben még mindig 15 027 lakója volt a nagylétszámú intézményeknek. Vö. RUZSICS 2015, 8.3. pont; VERDES 2009, 101–103., 106–107.; VERDES–SCHARLE–VÁRADI 2011, 16.

51 Erre lehetőséget adott, és ad ma is a Szocvtv. 85/B. §-a.

52 VERDES 2009.

53 Fot. 17. § (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint).

dernizált intézményi ellátást kell biztosítani.<sup>54</sup> E határidő azonban eredménytelenül telt el. A Fot.-ban foglaltak szerinti szabad lakóhelyválasztási jog pedig értelemszerűen nem érvényesülhetett arra tekintettel, hogy az intézményben lakó fogyatékos személyek túlnyomó része gondnoksági státusza alapján eleve nem élhetett a lakóhelyének meghatározására irányuló joggal,<sup>55</sup> másrészt a fentiek szerint valódi lakhatási alternatívák – az intézményi stílusú és az otthoni körülmények közötti lakhatáson kívül – nem álltak rendelkezésre. A kitagolási határidőre vonatkozó eredeti rendelkezés 2010. március 1-től kezdődően ki is került a törvényből, és helyette a Fot. arról rendelkezett, hogy a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó, 50 főnél nagyobb férőhelyszámú szociális intézmények kiváltására a kormány által rendelti úton meghatározott stratégia szerint kell, hogy sor kerüljön. Ennek során pedig 2013. december 31-éig legalább 1500 fő fogyatékos és pszichiátriai beteg személynek ellátást nyújtó intézményi férőhely kiváltásához az európai uniós társfinanszírozással megvalósuló fejlesztési programok nyújtanak támogatást. A törvényszöveg már utalt arra, hogy a kiváltást a CRPD 19. cikkének megfelelő szellemben kell megvalósítani.<sup>56</sup>

A Fot. idézett rendelkezései alapján született meg az első magyar kitagolási stratégiáról szóló 1257/2011. (VII.21.) kormányhatározat és annak melléklete, a *Stratégia a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról* címet viselő dokumentum, amely a 2010-től 2041-ig terjedő időszakokra vonatkozóan határozta meg az intézménytelenítési folyamat lépéseit. Ezt a stratégiát 2017. január 25-től felváltotta a fogyatékos-sággal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017–2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról szóló 1023/2017. (I. 24.) Korm. határozat (a továbbiakban: Kiváltási Stratégia). Ez utóbbi, jelenleg is irányadó stratégia felvázolja a kiváltási program eddigi tapasztalatait, bemutatja a jogszabályi környezetet és a kiváltási folyamat eddig elért eredményeivel kapcsolatos főbb, hivatalos statisztikákat, a rendelkezésre álló – főként uniós – forrásokat, valamint jelentős részben a CRPD-re támaszkodva meghatározza a kiváltási program alapelveit (például támogatott döntéshozatal, támogatott lakhatás, önrendelkezés és emberi méltóság, teljes és hatékony társadalmi részvétel, nők esélyegyenlősége, egyetemes tervezés elve, „semmit rólunk nélkülünk”, észszerű alkalmazkodás).<sup>57</sup> A Kiváltási Stratégia beszámolója szerint 2011-ben a fogyatékos-sággal élők 7,9%-a (14 483 fő) élt intézményben és 64,9%-uk családban. A 2011-es népszámlálás adatai szerint a mentálisan sérült személyek száma 46 265 fő. Közülük a Központi Statisztikai Hivatal

54 Fot. 29. § (5) bek. (a törvény hatálybalépéskori szövege szerint).

55 Vö. VERDES 2009, 103.; RUZSICS 2015, 7.3. pont; VERDES–TÓTH 2008.

56 Fot. 17. § (2)–(5) bek. (a törvény 2010. március 1-től hatályos szövege szerint).

57 Kiváltási Stratégia, 7–10.

(a továbbiakban: KSH) adatai szerint, 2011-ben pszichiátriai betegek<sup>58</sup> tartós ellátásában 8785 fő, átmeneti ellátásában 104 fő élt, tehát bentlakásos intézményi ellátást összesen 8889 fő pszichiátriai beteg személy vett igénybe, ami a mentálisan sérült népesség 19,21%-a. A kiváltási programba annak első szakaszában 6 nagy bentlakásos intézmény kapcsolódott be, és összesen 770 intézményi férőhelyet sikerült kiváltani, 672 támogatott lakhatási férőhely létrehozása mellett.<sup>59</sup>

A stratégia illeszkedik a 2015. évi Országos Fogyatékosügy Programhoz (a továbbiakban: OFP),<sup>60</sup> amelynek 7.2. pontja szerint a fogyatékossgal élő személyek lakhatása tekintetében „különös súllyal kell figyelembe venni az önrendelkezés és a társadalmi integráció alapelvét”. Az OFP a kiváltásról szóló stratégiával kapcsolatban e követelményt támasztja: „[A]z erről szóló kormányzati stratégia alapján folytatni szükséges a fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltását, hangsúlyt fektetve a kiváltással érintett személyek és intézmények felkészítésére, tájékoztatására, támogatására [...] ezzel párhuzamosan fontos fejlesztési irány a támogatott lakhatás elterjesztését szolgáló fejlesztések indítása.”<sup>61</sup>

A kiváltási folyamat elősegítésekkppen a Szocvtv. 2013-tól a személyes gondoskodást nyújtó szakosított ellátási formák (intézményi ellátások) között új intézménytípust vezetett be: a támogatott lakhatást. A támogatott lakhatás – a törvényi definíciót alapul véve – a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek – ide nem értve a demens személyeket – és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében a lakhatási szolgáltatáson felül is számos, az érintettek autonómiáját elősegítő szolgáltatást nyújt (például mentálhigiénés és szociális támogatás, a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő szolgáltatások, szállítás, pedagógiai és egyéb tanácsadás, háztartási segítség, az egyén komplex szükségletfelmérése alapján felügyelet, étkeztetés, gondozás, készségfejlesztés stb.). Egyes szolgáltatások nyújtása megszervezhető nappali ellátás, támogató szolgáltatás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás vagy más szociális alapszolgáltatás nyújtására jogosult, külső szervezettel való megállapodás alapján. A lakhatási szolgáltatás felső létszámhatárhoz kötött (önálló lakás vagy ház esetén

58 A Szocvtv. a fogyatékos személyektől megkülönbözteti a pszichiátriai betegeket, azonban ez a megkülönböztetés a CRPD 1. cikkében foglalt definíciós rendelkezéssel nincs összhangban, amely a fogyatékos személyek között tartja nyilván a mentális károsodással élő, azaz pszichoszociális fogyatékossgal élő személyeket is (CRPD, 1. cikk: „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.”) Vö. GOMBOS 2013.

59 Kiváltási Stratégia, 3–4.

60 15/2015. (IV. 7.) OGY határozat az Országos Fogyatékossgügyi Programról (2015–2025), Melléklet.

61 OFP, 7. pont.



max. 12 fő, épületegyüttes esetén max. 50 fő), ami biztosítja a támogatott lakhatás kics csoportos jellegét.<sup>62</sup>

Az intézménytelenítést támogatják a nagyszámú intézményi férőhelyek korlátozását szolgáló rendelkezések, valamint az ápoló-gondozó intézmények további fejlesztését befagyasztó és a támogatott lakhatás fejlesztésére való fordításra kötelező rendelkezések.<sup>63</sup>

### *A kitagolással kapcsolatos jogi szabályozás kritikai elemzése*

Jóllehet a támogatott lakhatás konstrukciója és közfinanszírozási úton történő nyílt preferálása egyértelmű közeledést jelent a CRPD 19. cikkében meghatározott követelményekhez, a jogi szabályozás egyes elemei mégsem mondható kielégítőnek a CRPD-nek való megfelelés szempontjából. Az alábbiakban a támogatott lakhatás és az intézményi rendszer szabályozásával kapcsolatos egyes kritikákat vesszük sorra.<sup>64</sup>

- A lakhatási formák integrációjának lehetősége még mindig fennáll, ezért az e tekintetben fent megfogalmazott kritikák továbbra is elmondhatók.<sup>65</sup>
- A támogatott lakhatás a Szocvtv.-ben a személyes gondoskodást nyújtó ellátások között szerepel, és bár – eltérően az ápoló-gondozó, a rehabilitációs és az átmeneti intézményektől, valamint a lakóotthonoktól – nem minősül bentlakásos intézménynek,<sup>66</sup> a törvény fogalmi rendszerében mégis a szociális intézmény kategóriájába sorolják.<sup>67</sup> Továbbá a támogatott lakhatásra a törvényben meghatározott eltérésekkel a bentlakásos intézményekre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.<sup>68</sup> Mindez a támogatott lakhatásnak az intézményi formák felé való közeledését hozza magával. A CRPD 19. cikkéből világosan látszik, hogy a közösségi lakhatást és az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatásokat strukturálisan egységben kell kezelni, hiszen ezek együttesen szolgálhatják a fogyatékos személyek autonómián alapuló társadalmi részvételének célját. A Szocvtv. ehhez képest megtartotta azt az eredeti szolgáltatásszervezési koncepciót, amely me-reven szétválasztja a bentlakásos intézményi ellátásokat és az életvitelt támogató szolgáltatásokat. A törvény az intézményi ellátások közé sorolja a támogatott lakhatást, az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatásokat (nappali ellátás,

62 Részletesen: Szocvtv. 75. §.

63 Szocvtv. 139. § (5)–(8) bek., 140/W. §, 129. §, 57. § (3)–(4) bek., 75. § (8) bek.

64 A szabályozás kritikus pontjainak összegyűjtésében fontos támpontokat szolgáltatott a dr. Gazsi Adriennel, a kiváltási folyamat mentorával folytatott szakértő interjú, továbbá dr. Gazsi Adrienn, Ruzsics Ilona és dr. Tausz Katalin előadásvázlata (*Pénzbeli ellátások, a jogi szabályozás és a nem-bentlakásos támogatási szolgáltatások*), amely az FSZK Nonprofit Kft. és a Kézenfogva Alapítvány által megvalósított, *Új dimenziók a fogyatékos személyek szociális ellátásában* című, közvetlen európai uniós forrású projekt zárókonferenciáján hangzott el 2016. július 16-án. Az előadás diái letölthetők: <http://fszk.hu/hir/projektzaro-konferencia/> (2017. 12. 01.)

65 Szocvtv. 85/B. §.

66 Szocvtv. 56. § (2) bek.

67 Szocvtv. 4. § (1) bek. h) pont.

68 Szocvtv. 75. § (9) bek.

támogató szolgáltatás, közösségi ellátás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás stb.) pedig az alapszolgáltatásokhoz.<sup>69</sup> Fontos lenne, hogy az ellátások struktúrája tükrözze a CRPD 19. cikkében hangsúlyozott összefüggéseket.

- Támogatott lakhatásban egyéni komplex szükségletfelmérés vagy a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonában való elhelyezésre alapot adó alapvizsgálat és komplex szükségletfelmérés eredménye alapján lehet részt venni. Ha az ellátott ápolást, gondozást nyújtó intézményből vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonból kerül támogatott lakhatásba, az ellátott komplex szükségletfelmérését – folyamatos ellátása mellett – az intézményvezető végzi el. A szükségletfelmérés költségét az intézmény viseli, abban – intézményvezetői kijelölés alapján – az intézmény alkalmazottja részt vesz. A komplex szükségletfelmérés alapján kell meghatározni az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatási elemeket, annak eredménye azonban a támogatott lakhatásra vagy a szükséges szolgáltatásokra való jogosultságot nem teremt.<sup>70</sup> Az ellátás – a komplex szükségletfelmérés alapján – határozott vagy határozatlan időtartamú.<sup>71</sup> Az említett komplex szükségletfelmérés tehát az intézményvezető kezdeményezésére készülő, a vonatkozó rendelet alapján részben orvosi, részben szociális szempontokon alapuló vizsgálat. A jogszabály által rendszeresített, *Komplex támogatás szükségletmérő eszköz* címet viselő lap végén a kitöltőnek – vagyis a felmérés végzőjének – nyilatkoznia kell arról, hogy a támogatott lakhatás igénybevételét megalapozó szükséglet fennáll, vagy sem.<sup>72</sup> A támogatott lakhatásban való részvétel tehát sokkal inkább az intézménybe való beutalási rendszerre hasonlít, mintsem a szabad lakóhelyválasztás folyamatára, amelyet a CRPD 19. cikke célul tűzne ki. Az önkéntes részvétel esélyeit tovább rontja, ha az érintett nem teljes cselekvőképességi státuszban van.
- A támogatott lakhatás igénybevétele számos vonatkozásokban orvosi szempontú elbíráláshoz kötött. Például az érintett az igénybevételről való döntést megelőzően 30 napos „próbaidőt” tölthet az „intézményben”, amelynek végén a háziorvos véleményének figyelembevételével döntenek az ellátásról.<sup>73</sup> A támogatott lakhatás igénybevétele iránti kérelemhez mellékelni kell az igénybevevő szakorvosának, kezelőorvosának szakvéleményét.<sup>74</sup>
- A támogatott lakhatás során igénybe vehető szolgáltatások meghatározására és az igénybe vevőt körülvevő támogatói kör meghatározására az egyénnek lényegében nincs ráhatása. A támogatott lakhatást igénybe vevő személy mellé az intézményvezető esetfelelőst jelöl ki. Amennyiben a szolgáltatás személyi fel-

69 Szocvtv. 57. § (1)–(2) bek.

70 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (a továbbiakban: 1/2000. SzCsM rend.) 110/B. §.

71 Szocvtv. 75. § (9) bek. a) pont.

72 1/2000. SzCsM rend., 14. sz. melléklet.

73 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről (a továbbiakban: 9/1999. SzCsM rend.), 17. §.

74 9/1999. SzCsM rend. 21. § (1), (6) bek.

tételeinek előírásai lehetővé teszik, az esetvitelt az intézményvezető is elláthatja.<sup>75</sup> Az igénybe vehető szolgáltatásokat a komplex szükségletfelmérés alapján határozzák meg.<sup>76</sup> Mindez csorbítja az önálló döntéseken alapuló, a támogató személyeket saját belátás szerint, bizalmi alapon kiválasztó életvezetés esélyeit.

- A kitagolás folyamata nem terjed ki a rehabilitációs és az átmeneti intézményekre, jóllehet – mint a fentiekben jeleztük – ezek a lakhatási típusok is a valóságban a nagylétszámú, szegregáló intézmények formáját öltötték. A rehabilitációs intézmények vonatkozásában nincs kapacitáskorlátozás. Az átmeneti intézményeket a szabályozás 2022. december 31-ig kivezeti az ellátórendszerből,<sup>77</sup> azonban ezek a támogatott lakhatás mellett rehabilitációs intézményekké is átalakulhatnak,<sup>78</sup> ami a nagylétszámú intézményi struktúra konzerválását erősítő folyamat.

### *A hazai kiváltási folyamat eddigi eredményeinek értékelése*

A Fot. fogyatékos személyek lakhatásáról való jogáról szóló rendelkezései, és az ezek nyomán létrejött első, majd második kiváltási stratégia alapvető viszonyítási pontként hivatkozik a CRPD 19. cikkében foglaltakra. Fontos kérdés azonban, hogy a magyar kiváltási folyamat eddigi tapasztalatai, a Kiváltási Stratégiában követendőnek kijelölt irány, valamint az ezzel összhangban létrejött jogszabályi és intézményi környezet mennyiben tükrözi valójában a CRPD említett rendelkezésében foglalt követelményeket.

Maga a tény, hogy az intézménytelenítési folyamat megindult, és az első szakaszában már kézzelfogható eredményekkel járt, feltétlen elismerést érdemel, hiszen abban már tulajdonképpen szakmai konszenzus áll fenn, hogy a fogyatékos személyek túlnyomó részének lényegében közösségi alternatíva nélküli intézményi ellátásba való kényszerítése sem emberi jogi, sem gazdasági okoknál fogva nem tartható. A CRPD vonatkozó rendelkezéseinek behatóbb vizsgálatának és az intézménytelenítés terén nagyobb múlttal rendelkező országokban lefolytatott kutatások, szakmai tapasztalatok tükrében rámutathatunk a magyar kiváltási folyamat egyes koncepcionális hiányosságaira.

- Amint a 19. cikk címéből és szövegezéséből is világosan kitűnik, a közösségi lakhatási szolgáltatások és az önálló életvitelt szolgáló közösségi szolgáltatások együttesen adhatják a fogyatékos személyek számára a közösségbe integrált, de önálló életvitel alapjait. A Szocvtv. és a kapcsolódó, rendeleti szintű szabályozás nem követi ezt a szemléletet, ugyanis megtartja a szociális intézményeket és a szociális

75 1/2000. SzCsM rend. 110/G. §.

76 1/2000. SzCsM rend. 110/B. §.

77 Szocvtv. 138. § (4) bek.

78 Miniszteri indoklás az egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról szóló 2016. évi CLXVI. törvény 21. §-ához.

szolgáltatásokat világosan elválasztó szabályozási struktúrát, és a támogatott lakhatást az intézmények közé sorolja.

- A lakóotthon mint intézménytípus bevezetésének eredetileg sem volt célja a fogyatékos személyek túlnyomó részének kivezetése a nagylétszámú lakóintézményekből, így a lakóotthonok megjelenése nem is eredményezett számottevő javulást a fogyatékos személyek összességének lakhatási körülményeinek vonatkozásában. A 2011-től kezdődött kitagolási folyamat a támogatott lakhatást vezette be a közösségi lakhatás alapvető formájaként. A támogatott lakhatásra vonatkozó szabályozás – különös tekintettel arra, hogy részben a szociális intézményekre vonatkozó szabályokat háttérszabályként rendeli alkalmazni<sup>79</sup> – nem tűnik kellően rugalmasnak ahhoz, hogy ebbe a közösségi lakhatási modellek olyan széles spektruma beleférjen, amely lehetőség szerint minden fogyatékos személynek az egyéni szükségleteinek megfelelő, a 19. cikk követelményeit is teljesítő lakhatási formát nyújt.<sup>80</sup> Mint láthattuk, a nemzetközi gyakorlatban az önálló életvitelt elősegítő – lakhatási és életvitelt támogató – szolgáltatáscsomagok összeállításának számos modellje alakult ki, s megállapítást nyert, hogy a modellek sokfélesége szolgálja leginkább azt a célt, hogy az igen eltérő támogatási szükségletekkel rendelkező fogyatékos személyek mindegyike megtalálhassa azt az életmódot, amely az ő esetében a legmagasabb szintű életminőséget segítheti elő. Célszerű lenne, ha a fogyatékos személyeknek egyfelől a támogatási-gondoskodási szükségleteik szerint, másfelől az aktuális és kedvező körülmények között elérhető autonómiájuk maximális tiszteletben tartása mellett az intenzív gondoskodást biztosító lakhatási-támogatási formáktól kezdve a támogatott, közösségi lakhatáson keresztül az önálló vagy családban való lakhatás támogatásáig többféle modell állna rendelkezésére a kiváltási folyamat végén. Magyarországon például teljesen kiaknázatlan a személyre szabott költségvetés intézményrendszere – mint a kliens által koordinált modellek alapformája –, amellyel több országban már kiváló tapasztalatok vannak, s már a magyar szakirodalom is vizsgálta a bevezetés lehetőségeit.
- A támogatott lakhatás rendszerébe való bekerülés és az ottani életbe való beilleszkedés is több ponton azt tükrözi, hogy a jogalkotó nem volt képes teljesen elszakadni az intézményekre vonatkozó szabályozás alapelveitől. A 19. cikkben hangsúlyozott döntésszabadságtól messzemenőig elüt a támogatott lakhatásba való bekerülés beutalásszerű szabályozása, a szolgáltatásszervezésben az intézményvezető által kontrollált szükségletfelmérés dominanciája, az esetfelelős intézményvezető által való kijelölése stb. Meg kell azonban jegyezni, hogy a támogatott lakhatás szabályozása bizonyos vonásokban kellőképpen kidolgozott,

79 Szocvtv. 75. § (9) bek.

80 Azonos véleményt fejt ki: BERNÁT et al. 2016, 54–55.; *A TASZ véleménye az egyes szociális tárgyú rendeletek módosításáról és a szociális módszertani intézmények kijelöléséről és feladatairól szóló 3/2008. (IV. 15.) SZMM rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló EMMI rendelet tervezetéről* (2013).

és megfelelően reprezentálja a közösségi alapú lakhatás alapelveit (például míg más szociális intézményeknél a házirendet a fenntartó hagyja jóvá, támogatott lakhatásnál az „együttélési szabályokat” a fenntartó a lakókkal közösen alakítja ki).<sup>81</sup>

- A szabályozás fontos hiányossága, hogy megengedi a támogatott lakhatás megvalósítását más bentlakásos intézményekkel integrált formában.<sup>82</sup> Így tartani lehet attól, hogy megismétlődik a lakóotthonok kapcsán tapasztalt probléma: a közösségi lakhatási jelleget elnyomja az „anyaintézmény” eredeti struktúrája.

## Összegzés

A CRPD preambulumban a részes államok kifejezték azon meggyőződésüket, miszerint a fogyatékossgal élő személyek jogainak és méltóságának előmozdítására és védelmére irányuló átfogó és egységes nemzetközi egyezmény jelentősen hozzá fog járulni a fogyatékossgal élő személyek súlyos társadalmi hátrányának orvoslásához, és előmozdítja egyenlő esélyekkel történő részvételüket a civil, a politikai, gazdasági, társadalmi és kulturális élet területén mind a fejlődő, mind a fejlett országokban.<sup>83</sup> Magyarország a CRPD ratifikációjának tízéves évfordulóján is túl van, ezért elmondhatjuk, hogy már számottevő idő állt rendelkezésére a jogalkotónak és a fogyatékossgügyben tevékeny kormányzati és társadalmi szereplőknek arra, hogy megismerkedjenek a CRPD céljaival, elveivel, az egyezmény egésze és egyes cikkei által támasztott követelményrendszerrel, és aktivitásukat ehhez igazítsák. Tanulmányomban nagy hangsúlyt fektettem arra, hogy a CRPD struktúráját horizontális rendelkezéseiben rejlő értékhierarchiát és követelményrendszert bemutassam, hiszen ezek mélyebb megértése nélkül az egyes cikkek lényeges tartalma, összefüggésrendszere sem érthető. Majd egy kulcsjelentőségűnek mondható cikk (19. cikk) nemzeti végrehajtásának mikéntjéhez adtam szempontokat az előzőekben kifejtettek fényében. Elemzésemben tekintettel voltam a kérdéses cikk végrehajtása során nemzetközi szinten keletkezett eddigi tapasztalatokra és akadémiai irodalomra. A vonatkozó magyar szabályozást ezek, valamint a megvalósulás státuszát jelző empirikus adatok tükrében értékeltem. Főbb megállapításaimat az alábbiak szerint foglalom össze.

### *A CRPD átültetésének alapvető szempontjai*

- (1) A CRPD nemcsak jogi, hanem politikai dokumentum. A CRPD az ENSZ korábbi emberi jogi dokumentumaira épül, az azokban megfogalmazott jogok újrafogalmazását tartalmazza a fogyatékos személyek szemszögéből. Az átültetésben és végrehajtásban részt vevők, akár az állami, akár a magánszféra szereplői, mindenekelőtt tisztában kell lenniük az egyezmény által képviselt

81 Szocvtv. 92/B. § (1) bek. c) pont, 92/C. § (1) bek. a) pont; 1/2000. SZCSM rend. 5. § (4) bek. b) pont.

82 Szocvtv. 85/B. §.

83 CRPD preambulumban, y) pont.

fogyatékoságfelfogással annak érdekében, hogy megfelelően értelmezzék az egyezmény alapelveit és egyéb horizontális rendelkezéseit, s ezek fényében az egyes jogokat megfogalmazó cikkeket.

- (2) A CRPD a korábban a társadalom struktúráit mélyen átható, orvosi paradigma antiteziseként létrejött társadalmi paradigma világszinten történő érvényesülését kívánja elérni. Azonban maga a CRPD sem teljesen következetes e célkitűzést illetően. Helyesnek, és a CRPD-vel is összeegyeztethetőnek tűnik az az álláspont, amely szerint a fogyatékos személyekre vonatkozó jogalkotásnak és társadalmi cselekvésnek fő szempontként e személyek emberi méltóságának kiteljesítését és magas szintű életminőségének szolgálatát kell eredményezniük. Ehhez a paradigmák, különösen a CRPD által is előtérbe helyezett társadalmi paradigma eszköszerepet tölthet be, de az orvosi paradigma egyes elemei is szolgálhatják ezen alapértékeket.
- (3) A CRPD végrehajtása során figyelembe kell venni, hogy a fogyatékos személyek köre igen változatos, heterogén csoport, amelynek alcsoportjai, tagjai rendkívül eltérő társadalmi hátrányokkal küzdő, különféle támogatási szükségletekkel rendelkező személyek. Egy-egy jog érvényesülésének indikátorai tehát nagyban különbözöek lehetnek a fogyatékos személyek egyes csoportjai vonatkozásában.
- (4) A CRPD-ben kifejezésre jut, hogy az emberi jogok összessége csak egymást támogatva, kiegészítve valósítható meg, és számos kölcsönös kapcsolódási pont figyelhető az első és a második generációs jogok között. Az egyes jogok rendszerének egybeforrasztását, a kulcsrendelkezéseknek mondható cikkek kiemelését szolgálják a CRPD horizontális rendelkezései is. Viszont a gyakorlatban előfordulnak olyan helyzetek, amelyekben a CRPD-ben foglalt jogok megvalósítása nem egymást kiegészítő, támogató cselekvést igényel, hanem éppen fordítva: egyes jogok kompetitív helyzetbe kerülhetnek. Az ilyen helyzetekben hasznos, ha az egyezmény végrehajtásával kapcsolatban döntéseket hozók szilárd fogódzókat találnak a fogyatékos személyek emberi méltóságának és magas szintű életminőségének alapértékeiben, ezek fényében értelmezik az egyezmény alapelveit, s ezekkel összhangban kísérelik meg létrehozni az egyes jogok érvényesítésének helyes kompromisszumát, egyensúlyát.

### *Szempontok a CRPD 19. cikkének végrehajtásához*

- (1) A CRPD 19. cikkében összekapcsolódik a fogyatékos személyek önálló életvitelének és közösségi befogadásának követelménye. Támogatott életvitelnek nevezhetjük az önállóság és a közösség általi befogadás együttes megvalósulásának folyamatát.
- (2) A 19. cikk jól megválasztott címében megfogalmazott jog tartalmát a cikk szövege három pontba foglalt követelményrendszerben fejt ki, amelyet

a következőképpen foglalhatunk össze: a lakhatási forma szabad megválasztásának joga és az úgynevezett közösségi lakhatáshoz való jog; a hozzáférés a fogyatékos személyek önálló életvitelét segítő közösségi szolgáltatásokhoz; az egyenlő esélyű hozzáférés a mindenki számára nyitott, önálló életvitelét segítő közösségi szolgáltatásokhoz.

(3) Részletes leírást adtam az intézményi és a közösségi lakhatás fogalomrendszeréről, valamint az intézménytelenítés céljainak történeti megjelenéséről, nemzetközi szakirodalomban megjelenő végrehajtási szempontjairól. E szempontok az alábbiak szerint összegezhetők:

- Az intézménytelenítés hármasszervezeti, szolgáltatási feltételrendszere: a nagylétszámú intézmények lebontása, a közösségi alapú lakhatási formák kialakítása és a kapcsolódó közösségi szolgáltatások elérhetővé tétele.
- A támogatott életvitel minőségi kritériuma a fogyatékos személyek életminőségének magas szintje. Kutatási adatok alátámaszthatják, hogy a közösségi lakhatási formák általában magasabb szintű életminőséget tudnak nyújtani a kliensek részére. Azonban az életminőség egy számos tényezőtől összeadódó mutató, amelyet az egyéni szükségletek szerint egyénenként változó módon lehet támogatni, nem feltétlenül a közösségi lakhatás útján. A támogatott életvitelhez való jog többféle szolgáltatásszervezési modell keretében megvalósítható. Hasznos, ha a fogyatékos személy szükségleteihez igazodóan egy adott szociális rendszer többféle modell nyújtotta lehetőséget is kínál. A modellváltozatok egy tipológiáját is bemutatam.

(4) A támogatott életvitel hazai megvalósulásának kezdeti stádiumában járunk. A kormány intézménytelenítési (kitagolási) stratégiája 2036-ig kívánja megvalósítani a korábban egyeduralkodó, totális intézményi struktúra lebontását. A Kiváltási Stratégia középpontjában a támogatott lakhatás mint új lakóegység bevezetése és általánossá tétele szerepel. A kitagolási folyamat 2011 óta tart, és eddig az intézményi férőhelyek töredékét sikerült kiváltani támogatott lakhatási férőhelyekkel.

(5) A támogatott lakhatás jelenlegi konstrukciója a CRPD 19. cikkének megvalósulása szempontjából előremutató fejlemény, hiszen a közösségi lakhatás koncepciójának minden eddigi szociális intézménynél jobban megfelel. Azonban a támogatott lakhatásra vonatkozó szabályozás több vonatkozásban kritikával illelhető az egyezmény követelményrendszerének és a nemzetközi tapasztalatok fényében.

- A támogatott lakhatás megvalósítható más, intézményi típusú lakhatási megoldásokkal integrált formában, így a korábbi tapasztalatokra tekintettel fennáll a veszélye annak, hogy az új lakóegységeket az „anyaintézmény” árnyékában az intézményi struktúrák fogják áthatni.

- A támogatott lakhatásra a törvényben meghatározott eltérésekkel, de számos kérdésben a bentlakásos intézményekre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.
- A CRPD 19. cikkéből világosan látszik, hogy a közösségi lakhatást és az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatásokat strukturálisan egységben kell kezelni, hiszen ezek együttesen szolgálhatják a fogyatékos személyek autonómián alapuló társadalmi részvételének célját. A Szocvtv. ehhez képest megtartotta azt az eredeti szolgáltatásszervezési koncepciót, amely mereven szétválasztja a bentlakásos intézményi ellátásokat és az életvitelt támogató szolgáltatásokat.
- A támogatott lakhatás igénybevétele több vonatkozásban az intézményi megoldásokra (például a szolgáltatás „beutalásszerű” igénybevétele, az esetfelelős „intézményvezető” által való kijelölése, az igénybe vehető, életvitelt segítő szolgáltatások körében a kliens döntési szabadságának korlátozása stb.).
- A kitagolás folyamata nem terjed ki az úgynevezett rehabilitációs és az átmeneti intézményekre, jóllehet – mint a fentiekben jeleztük – ezek a lakhatási típusok is a valóságban a nagylétszámú, szegregáló intézmények formáját öltötték.

## Felhasznált irodalom

- A TASZ véleménye az egyes szociális tárgyú rendeletek módosításáról és a szociális módszertani intézmények kijelöléséről és feladatairól szóló 3/2008. (IV. 15.) SZMM rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló EMMI rendelet tervezetéről (2013). Kézirat, Budapest, Társaság a Szabadságjogokért.
- ABBOTT, David – TOWNSLEY, Ruth – WATSON, David (2015): Multi-agency working inservices for disabled children: what impact does it have on professionals? *Health and Social Care in the Community*, Vol. 13, No. 2. 155–163.
- BERNÁT Anikó et al. (2016): *Fogyatékossgal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban – Zárótanulmány a „VP/2013/013/0057 azonosítószámú „New dimension in social protection towards community based living” című projekthez kapcsolódó társadalomtudományi kutatáshoz*. Budapest, Tárki Zrt. 54–55. Forrás: [www.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408\\_fszk.pdf](http://www.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408_fszk.pdf) (2017. 12. 01.)
- BLYTH, Craig – GARDNER, Ali (2007): ‘We’re not asking for anything special’: direct payments and the carers of disabled children. *Disability and Society*, Vol. 22, No. 3. 235–249.
- CHALLIS, David et al. (2002): Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 17, No. 4. 315–325.
- FISHER, Karen R. et al. (2010): *Effectiveness of individual funding approaches for disability support*. Canberra, Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.
- FOX, Noelin (2017): Independent Living: The Potential of the European Court of Human Rights. In O’MAHONY, Charles – QUINN, Gerard eds.: *Disability Law and Policy: An Analysis of the UN Convention*. Dublin, Clarus Press. 239–248.



Szemponatok a UN CRPD hazai végrehajtásához, különös tekintettel az egyezmény...

- FRANCIS, Grace Lucille – BLUE-BANNING, Martha – TURNBULL, Rud (2014): Variables within a household that influence quality-of-life outcomes for individuals with intellectual and developmental disabilities living in the community: Discovering the gaps. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, Vol. 39. No. 1. 3–10.
- GAZSI Adrienn (2016): A támogatott döntéshozatal elve és gyakorlata. *Esély*, 27. évf. 2. sz. 62–92.
- GOFFMAN, Erving (1968): *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Aldine Transaction.
- HALMOS, Szilvia (2017): Szempontok a UN CRPD hazai végrehajtásához, különös tekintettel az egyezmény 19. cikkére (a fogyatékos személyek önálló életvitelhez és közösségbe való befogadáshoz való joga) I. *Acta Humana*, 17. évf. 6. sz. 75–102.
- HENMAN, Paul – FOSTER, Michele (2015): Models of disability support governance: a framework for assessing and reforming social policy. *Australian Journal of Social Issues*, Vol. 50, No. 3. 233–252.
- HILLMAN, Amy et al. (2012): Experiencing rights within positive, person centred support networks of people with intellectual disability in Australia. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 56, No. 11. 1065–1075.
- KOZMA Ágnes (2007): Bentlakásos ellátások értelmi fogyatékos felnőttek számára az Egyesült Államokban – elvek és trendek. *Kapocs*, Vol. 6, No. 4. 4–5.
- MANSELL, Jim – BEADLE-BROWN, Julie (2011): Intézménytelenítés és közösségi lakhatás: Az Értelmi Fogyatékosok Kutatás Nemzetközi Társaság Összehasonlító Szakpolitika és Gyakorlat tematikus csoportjának szakmai állásfoglalása. (Ford.: Kozma Ágnes – Petri Gábor) *Esély*, 22. évf. 2. sz. 110–123.
- NIRJE, Bengt – PERRIN, Burt (1995): A normalizációs elv és félreértelmezései. In HATOS Gyula szerk.: *Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön*. Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. 33–56.
- Organization of Services for Mental Health: Mental Health Policy and Service Guidance Package* (2003). Geneva, World Health Organization.
- PETRI Gábor – KOZMA Ágnes (2012): *Mapping Exclusion – Institutional and community-based services in the mental health field in Europe*. Brussels, Open Society Foundation, Mental Health Europe.
- PRIDEAUX, Simon et al. (2009): Disabled people and self-directed support schemes: reconceptualising work and welfare in the 21st century. *Disability and Society*, Vol. 24, No. 5. 557–569.
- RUZSICS Ilona (2014): A személyre szabott költségvetés – a felnőtt értelmileg akadályozott személyek társadalmi integrációjának egy eszköze. *Esély*, 25. évf. 1. sz. 80–91.
- RUZSICS Ilona (2015): *A kitagolás folyamata Európában és Magyarországon (e-tananyag)*. Mentorháló Program. Forrás: [www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/index.html](http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/index.html) (2017. 12. 01.)
- SAINSBURY, Roy – LAWSON, Anna – PRIESTLEY, Mark (2017): *Social protection for disabled people in Europe: Synthesis report*. On behalf of the European network of academic experts in the field of disability (ANED). Human European Consultancy, University of Leeds. Forrás: [www.disability-europe.net/theme/social-protection](http://www.disability-europe.net/theme/social-protection) (2017. 12. 01.)
- SCHALOCK, Robert L. (1996): *Recognizing the conceptualization of measurement of quality of life*. In SCHALOCK, Robert L. – SIPERSTEIN, G. N. eds.: *Quality of life. Volume I: Conceptualization and measurement*. Washington, D.C., American Association on Mental Retardation. 123–139.
- VERDES Tamás – SCHARLE Ágota – VÁRADI Balázs (2011): Intézet helyett – A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. *Esély*, 22. évf. 4. sz. 3–34.

VERDES Tamás – TÓTH Marcell (2008): *A gondnoksági rendszer társadalmi funkcióiról*. Forrás: [https://tasz.hu/files/tasz/imce/gondnoksag\\_funkcio.pdf](https://tasz.hu/files/tasz/imce/gondnoksag_funkcio.pdf) (2017. 12. 01.)

VERDES Tamás (2009): „A ház az intézet tulajdona” – A totális intézmények lebontásáról, humanizálásáról és modernizálásáról. *Esély*, 20. évf. 4. sz. 92–114.

### ***Jogforrások***

1023/2017. (I. 24.) Korm. határozat a fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017–2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról

15/2015. (IV. 7.) OGY határozat az Országos Fogyatékossgügyi Programról (2015–2025)

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról

1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról

9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételeéről

A WHO Európai Nyilatkozata a Gyermek és Fialok, valamint Családjuk Egészségéről (2010).

Az Emberi Jogok és Alapvető Szabadságok Védelméről szóló Egyezmény (1950). Európa Tanács, Róma, 1950. november 4., CETS N. o. 005.

Az ENSZ Általános Ajánlása (27. sz.) az Idős Nőkről és Védelmükről, valamint Emberi Jogairól.

Az ENSZ Gyermek Alternatív Gondozásáról szóló Iránymutatása (2010).

Az ENSZ Gyermek Jogairól szóló Egyezménye (1998).

Az ENSZ Idős Személyekről szóló Alapelvei („Madridi Nyilatkozat”) (1991).

*Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care* (2012). Brussels, European Expert Group on the Transition from Institutional to Community Care, 25. Forrás: [www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/GUIDELINES-Final-English.pdf](http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/GUIDELINES-Final-English.pdf) (2017. 12. 01.)

*Green Paper – Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union* (2005). Brussels, COM(2005)484, 2005. 10. 14. Forrás: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf) (2017. 12. 01.)

Miniszeri indokolás az egyes szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények módosításáról szóló 2016. évi CLXVI. törvény 21. §-ához.

*Stanev v. Bulgária*, Appl. No. 36760/06., Jan. 17. 2012, § 132.

*Submission of the Australian Government Day of General Discussion on the Right of Persons with Disabilities to Live Independently* (2016). Forrás: [www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CallDGDtoliveindependently.aspx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CallDGDtoliveindependently.aspx) (2017. 02. 01.)

*Submission to the UN Committee on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities on Key Issues for a General Comment on Article 19* (2016). Inclusion Europe. Forrás: [www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CallDGDtoliveindependently.aspx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CallDGDtoliveindependently.aspx) (2017. 12. 01.)