

**Gyermekjóléti alapellátások és
szociális szolgáltatások**

- *helyzetértékelés* -

2011. március

Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet
Országos Szolgáltatás-módszertani Koordinációs Központ

Tartalomjegyzék

I. GYERMEKJÓLÉTI SZOLGÁLTATÁS, GYERMEKEK ÁTMENETI GONDOZÁSA.....	4
GYERMEKJÓLÉTI SZOLGÁLTATÁS.....	4
GYERMEKEK ÁTMENETI GONDOZÁSA	11
(HELYETTES SZÜLŐI ELLÁTÁS, GYERMEKEK ÁTMENETI OTTHONA, CSALÁDOK ÁTMENETI OTTHONA)	11
II. GYERMEKEK NAPKÖZBENI ELLÁTÁSA	18
BÖLCSŐDE	18
KÖZÖS INTÉZMÉNYKÉNT MŰKÖDŐ ÓVODA-BÖLCSŐDE ÉS EGYSÉGES ÓVODA-BÖLCSŐDE.....	21
EGYSÉGES ÓVODA-BÖLCSŐDE.....	21
CSALÁDI NAPKÖZI	23
HÁZI GYERMEKFELÜGYELET.....	26
CSALÁDI GYERMEKFELÜGYELET	27
ALTERNATÍV NAPKÖZBENI ELLÁTÁS.....	27
III. PSZICHIÁTRIAI BETEGEK SZOCIÁLIS ELLÁTÁSA	28
IV. FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK ELLÁTÁSA	58
TÁMOGATÓ SZOLGÁLAT	63
FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK NAPPALI INTÉZMÉNYE	66
ÁTMENETI ELHELYEZÉST NYÚJTÓ OTTHONOK	68
NAGY LÉTSZÁMÚ BENTLAKÁSOS SZOCIÁLIS INTÉZMÉNYEK ÁTALAKÍTÁSI KONCEPCIÓJA	70
REHABILITÁCIÓS INTÉZMÉNYEK.....	74
V. SZENVEDÉLYBETEG-ELLÁTÁS	80
SZENVEDÉLYBETEGEK NAPPALI INTÉZMÉNYE	81
SZENVEDÉLYBETEGEK ÁTMENETI OTTHONA	82
SZENVEDÉLYBETEGEK LAKÓOTTHONA.....	82
SZENVEDÉLYBETEGEK REHABILITÁCIÓS INTÉZMÉNYE	82
VI. IDŐSELLÁTÁS.....	88
IDŐSEK NAPPALI ELLÁTÁSA.....	88
HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS	92
JELZŐRENDSZERES HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS	108
VII. NEM (VAGY LAZÁN) CÉLCSOPORT SPECIFIKUS SZOLGÁLTATÁSOK	123
A CSALÁDSEGÍTÉS	123
JAVASLATOK	150
FALU- ÉS TANYAGONDNOKI SZOLGÁLTATÁS	154
ÉTKEZTETÉS.....	159
TÁBLÁZATOK	165

I. Gyermekjóléti szolgáltatás, gyermekek átmeneti gondozása

A gyermekek alapvető joga, hogy egyenlő, elérhető segítséget kapjanak felnevelkedésükhöz, képességeik, készségeik kibontakoztatásához, családban történő nevelkedésükhöz, függetlenül attól, hogy az ország mely részén, milyen méretű településen születtek. A gyermekellátásoknak, ebből fakadóan feladata, hogy szolgáltatásaikat úgy szervezzék, hogy az életkorának és szükségleteinek leginkább megfelelő minőségi ellátáshoz, egyenlő eséllyel férjen hozzá, az országban élő minden gyermek.

Gyermekjóléti szolgáltatás

A gyermekjóléti szolgáltatás biztosításának kötelezettségét a *Gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény* írta elő a települési önkormányzatok számára. A gyermekjóléti alapellátás ezen elemének mind a gyermekeket felé irányuló prevenciós tevékenységek terén, mind pedig a korrekció terén feladatot szánt a jogszabály. A gyermekjóléti szolgálat folyamatosan figyelemmel kíséri a településen élő gyermekek szociális helyzetét, veszélyeztetettségét és egyéni családgondozás útján vagy más, a helyi szükségletekre épülő, célzottan a gyermekek bizonyos szempontból hátrányos helyzetű csoportjait megcélzó programokkal látja el feladatát.

Rövid idő alatt az ország szinte valamennyi településén létrehozták a szolgálatokat, amelyek kezdetben nagyon eltérő szakmai színvonalon, leginkább elégtelen tárgyi feltételek között kezdték meg működésüket. Az elmúlt tizenhárom év alatt mind a szakmai színvonalban, mind az ellátás feltételrendszerében számtalan változás történt.

Nem lehet valamennyi területen folyamatos fejlődésről beszélni, hiszen a változó gazdasági-társadalmi viszonyok, a szolgáltatásra fordítható anyagi feltételek, illetve a külső szabályozók változása mind kihatással volt a szolgáltatás biztosításának módjára, a tényleges megvalósulási formára. A fenntartók éltek azzal a lehetőséggel, amely szerint a törvény teret enged a gyermekjóléti szolgáltatás biztosítása tekintetében több formában, különböző fenntartási keretekben működtetni azt. A kezdeti állapotokban szinte valamennyi szolgáltatás fenntartója a helyi önkormányzat volt, majd a kedvezőbb finanszírozási lehetőségek irányába mozdultak a fenntartók, éveken át tartó, szinte folyamatos átalakulásba kényszerítve a gyermekjóléti szolgálatokat. Ezek az átalakulások a szolgáltatás esetében a mindennapi szakmai munka szintjén is tényleges hatással bírtak.

A legjelentősebb változást a többcélú kistérségi társulások megalakulása okozta. A kistérség összehangolt fejlesztésének előmozdítása és az önkormányzati közszolgáltatások színvonalának emelése érdekében a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról szóló, *2004. évi CVII. törvény* alapján a legtöbb társulás *többcélú kistérségi társulássá* alakult át. Ez – az állami feladatokat társulásban megvalósító többcélú önkormányzati társulás – a gyermekvédelmi alapellátásában teljesen új struktúrákat hozott létre. A fenntartó önkormányzatok számára egyértelműen hasznos változás volt – hiszen kevesebb pénzből, megosztott felelősséggel látja el a törvényben rögzített feladatait – a szolgáltatások struktúrájára, illetve az általuk nyújtott szakmai tartalom színvonalára azonban nem hatott egyértelműen pozitívan. Minimálisra csökkent ugyan az úgynevezett „egyszemélyes szolgálatok”, a feladataikat egyedül, sokszor megfelelő végzettség, illetőleg

mindenfajta szakmai támasz nélkül ellátó családgondozók száma, de ez leginkább csak a számok világában megjelenő valóság. A gyakorlatban ugyanis, a korábban egyedül dolgozó családgondozók közül többen most is egyedül dolgoznak, mert a társulás csak „névleges” lett. Részben csökkent ugyan a megfelelő szakképesítés nélkül dolgozó kollégák száma (hiszen a társulások szerveződésekor több önkormányzat úgy látta biztosítottnak legalább részlegesen megvalósulni az önállóságát, hogy ragaszkodott a korábban feladatot ellátó, adott esetben szakképesítés nélküli családgondozó további alkalmazásához), ám a helyükbe lépő szakemberek, a társulási szerveződésben az eddiginél kevesebb óraszámban biztosítják a szolgáltatást. A gyermekek, illetve családjaik számára a hozzáférés szempontjából nem hozott kedvezőbb helyzetet, az, hogy ugyan családgondozó a társulásban működő intézmény munkatársaként megfelelő végzettséggel, és szakmai támogató háttérrel rendelkezik, de sokszor csak kéthetente egy órában áll rendelkezésre. A települések nagy részén éppen ezért, bár a szolgáltatás papíron ugyan biztosított, az ténylegesen nem elérhető és valós segítséget, valós szolgáltatást nem jelent, szakmai tartalma kevés és bizonyos alapvető feladatok sem teljesülnek (lsd. prevenció, jelzőrendszer működtetése stb.). Van olyan intézmény (Zala megyében), amely társulási fenntartásban összesen 83 települést lát el.

„A pozitív társulási tapasztalatokról beszámoló megyék közül is többen jelezték, hogy a szakmai feladatellátásban nem megoldott az a probléma, hogy a gesztor településen megtalálható pszichológiai-, fejlesztő pedagógiai tanácsadás szolgáltatások a kistérsülésekre kikerüljenek, ezeket csak a központi irodában érhetik el a szolgáltatást igénybe vevők. Ugyanez érvényes a prevenció programok tekintetében is, hiszen nem tud megvalósulni az a törekvés, hogy minden településen élő gyermek azonos feltételek mellett részesülhessen ezekből a szolgáltatásokból. Itt a különböző korosztályokat célzó klubok, csoportfoglalkozások, nyári táborok stb. általában csak utazással érhetőek el az ellátott terület jelentős része számára. A gesztortelepülésen kívül általában csak a veszélyeztetett gyermekekkel való foglalkozás, a konkrét gondozási folyamatok kivitelezése oldható meg eredményesen a rendelkezésre álló fogadói időben.”¹

Számszerűsítve a fenti folyamatokat az derül ki, hogy, a gyermekjóléti szolgáltatás kiépültsége országos lefedettséget mutat, s bár 2004 óta folyamatosan csökken a szolgáltatást nyújtó intézmények száma, az ellátott települések száma nem. Körülbelül 2009. évre ugyan stabilizálódott a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó intézmények helyzete, de a kedvezőbb finanszírozási feltételek megteremtése a fenntartókat a mai napig folyamatos átalakításra sarkallja. Éppen ezért nehéz pontos, az aktuális helyzetet ábrázoló adatokat szolgáltatni a területről.

Az országban mintegy 815 gyermekjóléti szolgáltatást nyújtó intézmény található,² ezek az intézmények az ellátásba bevont településekkel együtt az ország szinte valamennyi településén biztosítják a szolgáltatás elérhetőségét. A módszertani gyermekjóléti szolgáltatóktól érkező beszámolók alapján azt mondhatjuk, hogy megyénként egy, maximum két település található, ahol átmenetileg nem biztosított a gyermekjóléti szolgáltatás igénybevétele lehetőségének.³ Nem tudunk jelentős különbségeket kimutatni az ország egyes területei között, a szolgáltatás egységes, közel hasonló színvonalú országos viszonylatban. A szakmai tevékenységek eltérő mutatói nem elsősorban a szolgáltatók személyi-tárgyi

¹ Módszertani beszámoló összesítő 2009. évi gyermekjóléti módszertani feladatellátásról (2010. kézirat)

² Gyermekvédelmi Statisztikai Tájékoztató 2008. (megjelenés alatt)

³ Módszertani beszámoló összesítő 2009. évi gyermekjóléti módszertani feladatellátásról (2010. kézirat)

feltételeiből, vagy ténylegesen ellátott gondozási tevékenységéből adódnak, hanem abból az eltérő szolgáltatási környezetből, ahol működnek. Az egyéb gyermekjóléti és szociális szolgáltatások hiányával küzdő térségekben (pl. Észak-magyarországi régió) a gyermekjóléti szolgáltatók szervező, közvetítő tevékenysége gyakorlatilag ellehetetlenedik, míg például Budapesten a gyermekjóléti szolgáltatók számára arányaiban kevesebb feladatot jelent ez a tevékenység. Erőforrásait a megelőző funkcióra tudják összpontosítani, számos prevenciós programot valósíthatnak meg.

A *Gyermekevédelmi törvény* 2005. július 1-jével – a nagyobb lélekszámú, 40 000 lakos feletti településeken, illetve a megyei jogú városok számára – kötelezővé tette a gyermekjóléti központok működtetését, melynek keretében – a gyermekjóléti szolgálat alapfeladatain túl – biztosítani kell az utcai-lakótelepi szociális munkát, a kórházi szociális munkát, az ún. készenléti szolgálatot, valamint a kapcsolattartási ügyeletet is. A gyermekjóléti központok megalakulása nem volt zökkenőmentes, a kedvezőtlen finanszírozási feltételek nem segítették elő megalakulásukat (4 speciális szolgáltatás, mindegyikre kötelezően előírt szakemberlétszám, azonban csak egy normatív támogatás).

2009-re 44 gyermekjóléti központ működött az országban, ebből 18 Budapesten. Két város és két budapesti kerület a mai napig sem teljesítette a jogszabályi kötelezettségét. Ezzel szemben voltak olyan társulási fenntartásban működő intézmények, amelyek – tekintettel arra, hogy elérték a központ létrehozásához szükséges lakosságszámot –, gyermekjóléti központot hoztak létre, bővítve ezzel szolgáltatási repertoárjukat. Releváns különbségeket okoz, hogy mindezek a speciális szolgáltatások, az ország teljes gyermeklakosságát tekintve, csak kevés gyermeket érnek el, s őket is igen eltérő színvonalon. (A korábban már bemutatott társulási fenntartás a gyermekjóléti központok esetében is eredményezheti a hozzáférés egyenlőtlenségét: bár az intézmény gyermekjóléti központként működik, a speciális szolgáltatások csak a gesztor településen érhetőek el, az ellátott kisebb településeken csak névleges a szolgáltatás.

A gyermekjóléti szolgálatok által ellátott gyermekek

A gyermekjóléti szolgálatok tevékenysége az adott településen illetve ellátási területen élő valamennyi gyermek helyzetére indirekt módon hatással van, a gyermekek egy csoportjának helyzetére pedig direkt módon is. A gyermekjóléti szolgáltatók látókörébe elsősorban a veszélyeztetett gyermekek kerülnek, ám a szolgáltatókkal kapcsolatba kerülő gyermekek körét nem lehet csupán a problémákkal küzdőkre leszűkíteni. Prevenciós célzatú programjaikkal ugyanis a gyermekek sokkal szélesebb körének nyújtanak szolgáltatásokat. Mivel a prevenciós célú programok adminisztrálására vonatkozóan nincsenek előírások, ezért az egyes szolgáltatóknál eltérő módon kerülnek dokumentálásra. Az OSAP adatai szerint évente nagyjából 100 ezer körül van azoknak a gyermekeknek száma, akik a gyermekjóléti szolgáltatók által szervezett prevenciós programokat igénybe veszik, ez a szám kismértékben ugyan, de folyamatos emelkedik.

A gyámhatóságok által veszélyeztetettként nyilvántartott gyermekek száma iránymutató lehet a gyermekjóléti szolgáltatást igénybevevő gyermekek számára vonatkozóan (nem csupán a gondozási tevékenységgel érintett gyermekek).

1. számú ábra: A gyámhatóságoknál veszélyeztetettként nyilvántartott gyermekek száma⁴

gyámhatóságoknál veszélyeztetettként nyilvántartott gyermekek száma	2005	2006	2007	2008
adott év dec. 31-én	223 595	209 895	204 449	197 450

A gyermekjóléti szolgálatok által gondozott gyermekek száma 2006 –ig csökkenő tendenciát mutatott, azóta azonban újból folyamatos emelkedés tapasztalható.

2. számú ábra: A gyermekjóléti szolgáltatás által ellátott gyermekek száma korcsoportonként⁵

év	összesen	fiúk				lányok			
		összes	0-5 éves	6-13 éves	14-17 éves	összes	0-5 éves	6-13 éves	14-17 éves
2005	130 350	69 942	15 764	31 452	22 726	60 408	14 828	27 245	18 335
2006	122 908	66 393	14 877	29 665	21 851	56 515	14 048	25 014	17 453
2007	121 539	65 664	14 409	29 099	22 156	55 875	13 673	24 716	17 522
2008	126 478	68 561	14 509	29 159	24 893	57 917	13 863	24 923	19 131
2009	127 219	68 964	14 365	27 934	26 665	58 255	13 765	24 415	20 075

A korcsoportos bontás mellett érdemes vizsgálnunk a gyermekjóléti szolgálatok által kezelt problémák számát és megoszlását is. Évek óta, valamennyi gyermekjóléti szolgáltató viszonylatában megállapítható, hogy a legnagyobb számban előforduló anyagi problémák mellett a gyermeknevelési nehézségek jelennek meg hangsúlyosan. A *Gyermekevédelmi statisztikai tájékoztató (2007)* adatai szerint 2000 és 2007 között több, mint duplájára nőtt a gyermeknevelési problémák miatt gyermekjóléti szolgáltatási igénybevevő esetek száma, ez a tendencia azóta is megfigyelhető. Az elmúlt évtizedekben lezajló társadalmi változások hatására, minőségében, tartalmában és keretében átalakult az az idő, amit a szülők és gyermekek együtt töltenek. Ennek és egy sor más tendencia következményének köszönhetően sérült a családnak, mint a társadalom elemi egységének a szocializálás, mintákat átörökítő funkciója. Napjainkra, az a korosztály vált, válik szülővé, aki az említett átalakulásoknak gyermekként mindezeknek a kárvallottja volt. Ebből következően sok esetben hiányoznak azok a kommunikációs modellek, konfliktuskezelő-, gondozási-, nevelési és életviteli minták,

⁴

tájékoztatók 2005, 2006, 2007, KSH 2008, 2009

⁵

tájékoztatók 2005, 2006, 2007, KSH 2008, 2009

készségek, melyek segítséget nyújtanának a szülői-, házastársi szerepek betöltéséhez. Ennek a problémának a komplex kezeléséhez, a szülői kompetenciákat támogató, megerősítő szolgáltatások biztosításával tudnak hatékony válaszokat adni a gyermekellátások. A gyermekjóléti szolgáltató tevékenységnek a kezelt probléma típusa szerinti megoszlása egyértelműen alátámasztja, hogy a fenti problémák kezelése évről évre nagyobb igény mutatkozik. A 2009. évben⁶ a körülbelül 640 ezer kezelt probléma megoszlását tekintve, legnagyobb arányban, 25 %-ban az anyagi, lakhatási problémák jellemzőek, ezt követik a gyermeknevelési (20 %), a szülők, a család életvitelével kapcsolatos (15 %), a gyermek magatartásából, teljesítményzavarból származó (11,3 %) és a családi konfliktusból származó (10 %) problémák.

3. számú ábra: A gyermekjóléti szolgáltatás gondozási tevékenységének megoszlása⁷

Megnevezés	2005	2006	2007	2008	2009
A gyermekjóléti szolgálat gondozási tevékenységgel érintett gyermekek száma	130 350	122 908	121 539	126 478	127 219
ebből					
alapellátásban történő gondozás	105 780	99 501	96 248	100 512	99 763
védelembe vétel	22 539	21 997	23 371	24 743	26 036
utógondozás	2031	1 410	1 884	1 223	1 320

A gyermekjóléti szolgálatok gondozási tevékenysége során megfigyelhető tendencia a gondozott gyermekek számához képest arányaiban nő a védelembe vett gyermekek száma. Ez egyrészt azt jelenti azt, hogy a kedvezőtlen társadalmi folyamatoknak köszönhetően a gyermekek általános helyzete tovább romlik, a gyermekek, illetve a családok a gyermekjóléti szolgáltatás szolgáltató jellegét nem, vagy kevésbé tudják igénybe venni, másrészt azt mutatja, hogy a szolgáltatóknál részben hiányzik a szakmai tudás, részben pedig rendelkezésre álló erőforrások. A családgondozó sokszor eszköztelenségében fordul a hatósági intézkedés irányába, adott esetben ez az indoka a gyermek családból való kiemelésére történő javaslatételnek is. Mindez a gyermekjóléti szolgáltatás kapacitásainak hiányán túl azonban szorosan összefügg az alapellátások kiépültségének a hiányával is.

Évek óta probléma az átmeneti gondozás megfelelő formáinak hiánya, valamint nehezíti a gyermekjóléti szolgáltatók munkáját a napközbeni ellátások alacsony száma is. Ezen szolgáltatások terén a jobb ellátási mutatókkal rendelkező megyék esetében is kevés az igénybe vehető férőhelyek száma a lakosság számához viszonyítva. Gyakorlatilag az ország egész területén érezhető, hogy emiatt a gyermekjóléti szolgáltatás, nem tudja elégséges színvonalon ellátni szervezési feladatait, így tevékenysége nagyrészt csak a gondozási feladatokra koncentrálódik.

⁶ KSH adatok 2009.

⁷

tájékoztatók 2005, 2006, 2007, KSH 2008, 2009

A tavalyi évben, a tankötelezettség teljesítésével összefüggésben megalkotott *2010. évi LXVI. törvény* 2010. augusztus 30-i hatállyal bevezette az iskoláztatási támogatás jogintézményét. Az új jogintézmény bevezetésével jelentősen megnőtt a gyermekjóléti szolgáltatók feladatköre, elsősorban adminisztratív szempontból, másodsorban az eseti gondnoksággal kapcsolatos feladatok ellátási kötelezettsége miatt. Az eltelt rövid időszakra való tekintettel pontos adatok nem állnak rendelkezésünkre, de a módszertani gyermekjóléti szolgáltatók jelzései alapján folyamatosan nő a szolgáltatóknál az olyan esetek száma, ahol iskolai hiányzások miatt indul hatósági eljárás, és az igazolatlan hiányzások esetén alkalmazandó jogkövetkezmények a gyermekjóléti szolgáltató fokozott közreműködését igénylik, eddig általuk nem végzett feladatokban (elsősorban az eseti gondnoksággal kapcsolatos teendők ellátását jelenti). A szabályozás (mind a jogi, mind pedig a szakmai) követendőnek tekinti azt a gyakorlatot, hogy a jogszabályi felsorolásban szereplők közül elsősorban ne a gyermekjóléti szolgálat családgondozói kapják az eseti gondnoki megbízást, hanem pl. közeli hozzátartozó, iskolai gyermek-és ifjúságvédelmi felelős, stb. Ettől függetlenül, az eddig rendelkezésünkre álló adatok alapján (2010.10.15-i állapot), a legtöbb jogerős határozatban a családgondozó kapta meg a feladatot (66%). Tekintettel arra, hogy a jogintézmény alkalmazásáról a jegyző nem diszkrecionális jogkörében határoz, valamint figyelembe véve, hogy a jogintézmény alkalmazása az érintett gyermekek védelembe vételével jár együtt, 2010. év második felétől kezdődően várhatóan jelentősen növekedni fog a védelembe vett gyermekek száma. Az a tendencia, hogy az adott évben elrendelt védelembe vételek száma szignifikánsan magasabb, mint a megszüntetett védelembe vételek száma, magát az intézkedés hatékonyságát is megkérdőjelezheti.

A gyermekjóléti szolgálatok által nyújtott szolgáltatások, illetve a gyermekjóléti központok speciális szolgáltatásai

A gyermekjóléti szolgálatok által biztosított tanácsadások, kiegészítő szolgáltatások, illetve a gyermekjóléti központok által nyújtott speciális szolgáltatások – bár az országos eloszlást tekintve viszonylagos kiegyensúlyozottságot mutatnak – a korábban bemutatott strukturális nehézségek miatt nem egyenlő mértékben érhetőek el valamennyi gyermek számára: a szolgáltatások általában a nagyobb intézményekben koncentrálódnak, a kistelepülésen élők számára nem biztosított az elérhetőségük.

4. számú ábra: A gyermekjóléti szolgálatok/központok által nyújtott szolgáltatások igénybevevőinek száma⁸

	2006	2007	2008	2009
fejlesztőpedagógusi ellátás	9 564	4 741	5 145	3 964
iskolai szociális munka	12 422	12 820	14 249	12 984
utcai és lakótelepi szociális munka	9 928	9 027	9 940	17 459
kórházi szociális munka	2 468	2 305	4 817	4 491
kapcsolattartási	6 189	6 449	3 689	6 490

⁸

tájékoztatók 2005, 2006, 2007, KSH 2008, 2009

ügyelet	(tevékenység száma)	(tevékenység száma)		
prevenációs célzatú szabadidős tevékenységek	94 756	101 628	108 839	n.a.
egyéb	24 947	29 918	29 189	n.a.

A felsorolt szolgáltatások közül az iskolai szociális munka a helyi szükségletekre adott válasza a gyermekjóléti alapellátásnak. A szolgáltatás tartalma jelenleg nem szabályozott, azt az egyes szolgáltatók a helyi igényekre alapozva határozzák meg.

Problémák és diszfunkciók:

A strukturális nehézségekből adódóan jelenleg a gyermekjóléti szolgáltatás – bár országos lefedettséget mutat – nem érhető el egyenlő eséllyel valamennyi gyermek számára. A színes szakmai tartalommal, magas színvonalon nyújtott szolgáltatások elsősorban a nagyvárosokban, a társulások központi településein érhetőek el. A kisebb településeken a gyermekjóléti szolgáltatás csak a legalapvetőbb funkciókat tudja ellátni, vagy még azokat sem. Az ország egyes területei így ellátatlanok maradnak, ráadásul úgy, hogy ezek a hiátusok a számadatok tükrében nem kimutathatóak, egyedül a szakmai ellenőrzések, esetleges gyermekeket érintő tragédiák azok, amelyek felszínre hozzák az adott térségekben a gyermekjóléti szolgáltatás szakmai tartalmának hiányosságait.

Az oktatásügy és a gyermekvédelem határterületi problémája a „hetes” rendszerű iskolai képzések megszűnése. Azoknak a gyerekeknek a problémája pedig, akiket családjuk nem tud a mindennapi gondoskodás rendszerességével ellátni, az iskolába-járással, járatással kapcsolatosan a család nem nyújt megfelelő támaszt a gyermek számára, jellemzően a gyermekjóléti szolgálatok látókörébe kerülnek (jellemző problémák: iskolai igazolatlan hiányzások, csellengés, kriminalizálódás veszélye stb.). Az ellátórendszer azonban – főleg a kisebb településeken – önmagában nem képes ezeknél a problémáknál hatékony segítséget nyújtani.

Az iskoláztatási támogatás felfüggesztése, illetve természetbeni formában történő nyújtása nem tudja megoldani valamennyi család problémáját. Amennyiben nem szerveződik konkrét segítségnyújtás, újabb, célzott szolgáltatás a család mellé, akkor az intézkedéstől nem várható, hogy a nő a családok támogató ereje, így nem éri el majd a kívánt hatást. Fontos lenne a szülői kompetenciákat erősítő szolgáltatások, illetve az iskolai beilleszkedést, részvételt támogató szolgáltatások bevezetése.

A *Közoktatási törvény* módosítása jelentős visszaesést eredményezett az iskolai gyermekvédelem területén, lényegében – kevés kivételtől eltekintve – az 1980-as évekéhez hasonló a helyzet alakult ki. A módosításban foglaltak alapján a közoktatási intézményekben az iskolai gyermek-és ifjúságvédelmi felelős alkalmazása nem előírás. Ennek eredményeképp az intézmények többségében csak névlegesen van gyermekvédelmi felelős, felkészültsége és motiváltsága esetleges, gyakran azé a pedagógusé lesz a feladat, akinek órahiánya van. Az OECD-országok közül Magyarországon a legjelentősebb az összefüggés a család szociokulturális jellemzői és a gyermekek iskolai teljesítménye között és ugyanez a korreláció jellemzi az iskolai végzettség és a munkaerő-piaci lehetőségek közötti kapcsolatot is. Mindez azt jelenti, hogy a gyermekek tanulmányi nehézségeit nem csupán különféle korrepetálásokkal kell kezelni, hanem szükség lenne a helyzet megoldásához a családok

támogatására is Az iskolai szociális munka elterjesztése részben megoldást jelenthetne a jelenleg mérhető problémákra.

A jelzőrendszer hatékony működtetése, valamint a gyermekekkel foglalkozó szakemberek együttműködése érdekében szükséges lenne a különböző szakterületek által használt fogalmak egységesítése. Az egységes fogalomhasználat, az egységes szemléletű ellátó munka, a hatékony ágazatközi együttműködés nélkülözhetetlen feltételévé vált (például a veszélyeztetettség-, hátrányos helyzet fogalmának azonos elvi alapokon történő alkalmazása).

Gyermekek átmeneti gondozása (helyettes szülői ellátás, gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona)

A gyermekek átmeneti gondozása a gyermekjóléti alapellátások körébe tartozik. Azzal a céllal jött létre, hogy azoknak a családban élő gyerekeknek, akik átmenetileg ellátás nélkül maradtak, vagy elhelyezés hiányában gondozás, nevelés, lakhatás nélkül maradnának, valamint akiknek ellátása a család életvezetési nehézségei miatt veszélyeztetett, teljes körű, testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődésüket, elősegítő ellátást biztosítson, ideiglenesen pótolja a szülői gondoskodást.

A szolgáltatás maximum 12 hónap, amely 6 hónappal, illetve tanítási év végéig meghosszabbítható.

Az átmeneti gondozás területén az intézményes formában nyújtott ellátások számában növekedés tapasztalható, a helyettes szülői ellátás mutatószámai azonban összességében nem változnak.

A jelenlegi ellátórendszer a gyermekek átmeneti gondozásában jelentős területi egyenetlenséggel küzd.

A *Gyermekekről törvény* módosítása értelmében, 2005. július 1-jével kezdődően a 20 ezer főt meghaladó lakosság számú településen **gyermekek átmeneti otthonát** kell működtetni. A hatályos szabályozás ellenére az országos lefedettség nagyon egyenlőtlen, vannak olyan megyék, melyekben egyetlen gyermekek átmeneti otthona sem működik (Fejér megye, Veszprém megye, Vas megye, Zala megye, Somogy megye, Tolna megye, Jász-Nagykun-Szolnok).

A **családok átmeneti otthona** elnevezésű szolgáltatás a Gyermekvédelmi törvény megszületése előtt is létező ellátási forma volt. Az ellátáshoz való hozzáférés lehetőségét elvben tovább növelte a Gyermekvédelmi törvény módosítása, amelynek értelmében, 2005. július 1-től, a 30 ezer főt meghaladó lakosság számú településen kötelező azt működtetni. Bár jellemzően a nagyobb városokban működnek ezek az ellátások, azért a gyakorlatban nem csupán a jogszabály által kötelezett településeken találhatók meg.

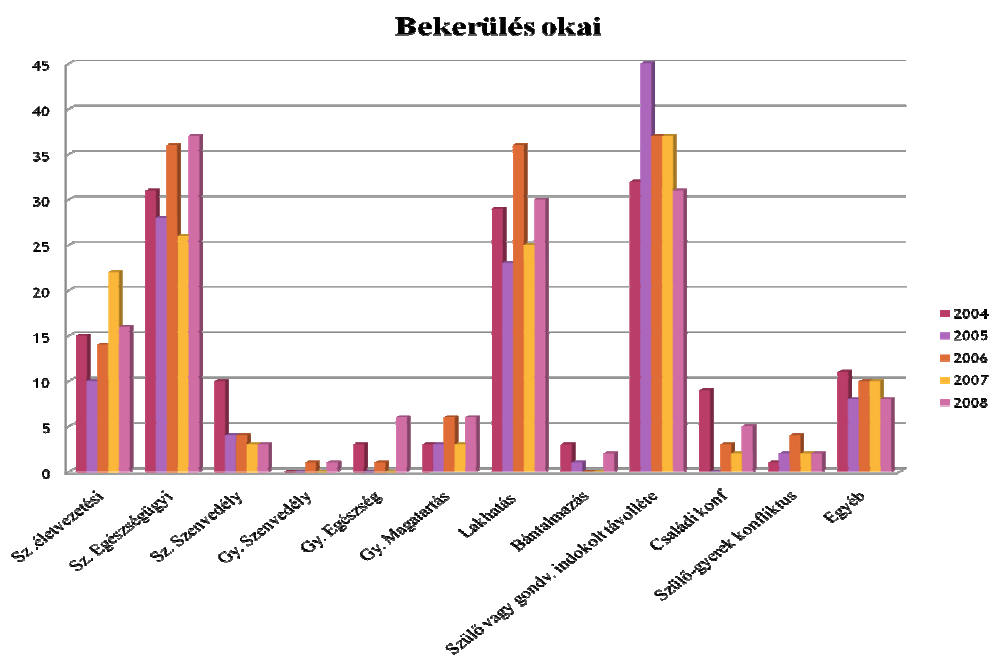
A **helyettes szülői ellátás** a *Gyermekekről törvény*t megelőzően nem létezett, így előzmény, önálló szakmai gyakorlat nélkül jött létre. Az első próbálkozásokat követően 1999-

2000 években kezdett el az országban kiépülni az ellátás, ezzel együtt egy új prevenciós gyakorlat nyílt meg a terület szakemberei előtt.

A helyettes szülői ellátás

2009-ben az Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet kérdőíves kutatást végzett a gyermekek átmeneti otthonai és a működő helyettes szülői hálózat körében.⁹ A felmérés szerint 203 helyettes szülőnél összesen 439 férőhely áll rendelkezésre. A kutatás tapasztalatai alapján a helyettes szülői ellátás igénybevételének legjellemzőbb oka a szülő vagy gondviselő távolléte. Az igénybevétel okai között jelentős számban fordul elő a szülő egészségügyi problémája miatt kezdeményezett ellátás, ez közel azonos arányú a megfelelő lakhatási körülmények hiánya miatt kezdeményezett igénybevétellel. A bekerülési okok másik nagy csoportjába a szülők életvezetési problémái tartoznak.

5. számú ábra: Helyettes szülői szolgáltatás, bekerülési okok¹⁰



A helyettes szülői ellátás igénybevételének mutatói – a hivatkozott kutatás alapján – az önkéntes igénybevételek erőteljes túlsúlyát mutatja. Az adatok alapján 93 százalékban a szülő kezdeményezi az ellátás igénybevételét, míg az estek 5%-ában a gyermekjóléti

⁹ E. Rajkó Ildikó: Felmérés a helyettes szülői ellátás és a gyermekek átmeneti otthonai körében 2006-2008, Kézirat 2009.

¹⁰ E. Rajkó Ildikó: Felmérés a helyettes szülői ellátás és a gyermekek átmeneti otthonai körében 2006-2008, Kézirat 2009.

szolgálat kezdeményezésére, további 2%-ban pedig a gyermek környezetében jelen lévő más jelzőrendszeri tagok kezdeményezésére történik a szolgáltatás nyújtása.

A KSH 2009. évi adatai is az önkéntes igénybevétel nagyobb arányú megjelenését mutatja, ez a tendencia évek óta jellemző a helyettes szülői ellátásra, köszönhetően az ellátás speciális jellemzőinek (családias, nem intézményi környezet, emberi tényezők).

A helyettes szülői ellátás előnyei a következők:

- A gyermek családi környezetben kap személyére szabott törődést, gondoskodást, nem szakad ki megszokott lakókörnyezetéből, megmaradnak személyes kapcsolatai, iskolai, szabadidős, baráti közössége.
- A szülő számára megnyugtató, hogy a lehető legkisebb változás következik be a gyermeke életében, s nem szakadnak távolra egymástól.
- Finanszírozási szempontból a legolcsóbb ellátási forma.

A helyettes szülői hálózattal kapcsolatos problémák

A helyettes szülői hálózat fejlődését, elterjedését elsősorban az ellátással kapcsolatos információ hiány (társadalmi és szakmai szinten), az önkormányzatok motivátlansága, valamint a szervezés nehézségei okozzák.

Az információ hiány társadalmi szinten azért hátráltatja a helyettes szülői ellátás fejlesztését, mert a szolgáltatásról kevés információ jut el mind a potenciális igénybevevők, mind pedig a lehetséges fenntartók felé. Az észlelő- és jelzőrendszer tagjainak tájékoztatatlansága akadályozza a problémamegoldás felismerését, valamint az igények megfogalmazását.

Az önkormányzatok motivátlanságának és a feladatellátás hiányának elsődleges indoka, hogy nem érdekeltek (pl. a finanszírozás miatt) a probléma helyi szintű megoldásában.

Az önkormányzatok nem érdekeltek abban sem, hogy a nehéz helyzetben lévő családok problémáit helyben oldják meg, a számukra gondot jelentő családok segítségét nem tekintik egyértelműen csak saját, „helyi” feladatuknak. Ezért is nem érzik felelősnek magukat azért, ha az átmeneti gondozás hiánya miatt, a gyermek végül is gyermekvédelmi szakellátásba kerül.

Az ellátással kapcsolatosan további problémát jelent, hogy a helyettes szülői megbízás nem jelent munkaviszonyt, így az EU forrásból kiírt pályázatokba nem lehet beilleszteni.

A helyettes szülői hálózattal kapcsolatos javaslatok:

A gyermekek átmeneti gondozása, mint ellátási forma legyen elérhető valamennyi gyermek számára, függetlenül a település nagyságától, lakosságszámától. A jelenlegi feltételek mellett a helyettes szülő/helyettes szülői hálózat működtetése a legkedvezőbb finanszírozású.

A reálisan megvalósítható lehetőség, a kistérségi társulásokban létrejövő helyettes szülői hálózatok rendszere. A szakmai támogatással működő hálózatok létrehozása megoldást jelentene a szervezés és a folyamatos működtetés nehézségeire, valamint szakmai garanciát jelentene az állam, mint finanszírozó számára is.

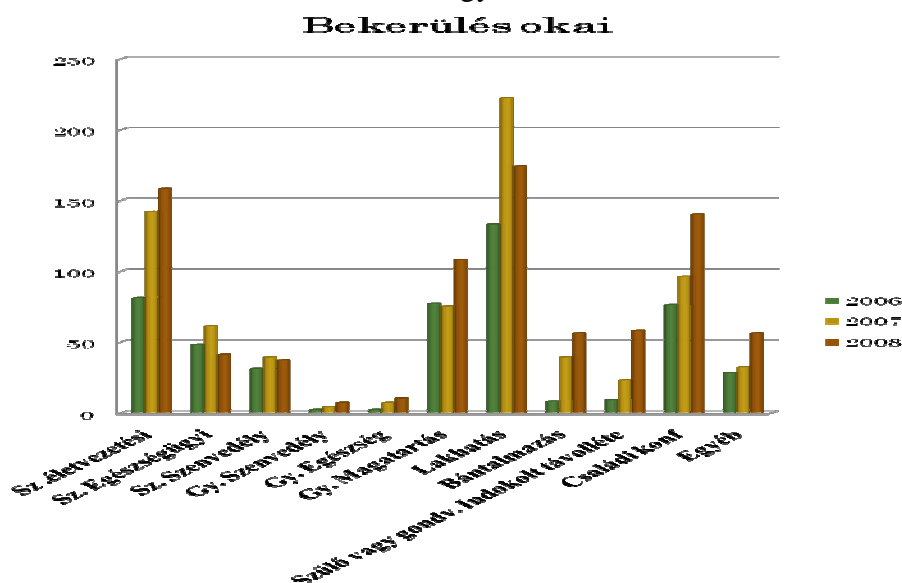
Szükséges volna a helyettes szülői képzések pályázati úton történő támogatása, melyben előnyt élvezhetnének a kistérségi társulásban megszervezett csoportok.

Gyermekek átmeneti otthona

A gyermekek átmeneti otthona az átmenetileg ellátás és felügyelet nélkül maradt, vagy az elhelyezés hiányában felügyelet nélkül maradó, valamint a család életvezetési nehézségei miatt veszélyeztetett családban élő gyermekek elhelyezésére szolgáló ellátás. Átmeneti biztonságot és ezzel együtt folytonos munkarend szerint 24 órás teljes körű szolgáltatást nyújt azoknak a 0-18 éves gyermekeknek, illetve fiatalokéknak, akiknek a szülei bizonyos meghatározott okok miatt ideiglenesen nem tudják otthonukban gondozni gyermeküket. Az átmeneti gondozás általános szabályainak megfelelően a gyermekek átmeneti otthona biztosítja a gyermekek teljes körű ellátását.

2009 első negyedében összesen 29 gyermekek átmeneti otthona működött, számuk az év végére 31-re nőtt. 2009-ben mintegy ezer gyermek részesült ellátásban több mint, 400 engedélyezett férőhelyen.

6. számú ábra: Bekerülési okok a gyermekek átmeneti otthonaiba¹¹



A gyermekek átmeneti otthonába bekerülés okai között elsősorban a lakhatási problémák szerepelnek, gyakori indok továbbá a szülők életvezetési problémái, illetve a szülő-gyermek közötti konfliktusok.

Az átmeneti gondozás egyéb ellátásaitól eltérően a gyermekek átmeneti otthonába az ellátás igénybevétele jellemzően nem az igénybevevő saját kezdeményezésére történik. Az ellátás igénybevétele általában a gyermekjóléti szolgálat kezdeményezi, akár a gyermek által jelzett, azonnali megoldást kívánó helyzetek esetében (pl. a gyermek azonnali elhelyezése szükséges), akár pedig a szülő-gyermek konfliktus egyik lehetséges megoldási módjaként. A gyermekvédelmi törvény 2010-ben hatályos változása szerint az átmeneti gondozás igénybevétele a hatóság is elrendelheti a védelembé vételi eljárás során. A gyámhatóság az esetek nagy részében a gyermekek átmeneti otthonában történő ellátást írja elő.

¹¹ E.Rajkó Ildikó: Felmérés a helyettes szülői ellátás és a gyermekek átmeneti otthonai körében 2006-2008, Kézirat 2009

7. számú ábra: Az ellátottak száma az ellátást kezdeményezője szerint a gyermekek átmeneti otthonaiban 2009. évben¹²

Szülő		450
Gyermek		82
Más intézmény összesen (04–08. sorok)		491
Ebből	oktatási intézmény	21
	egészségügyi intézmény	4
	hatósági kezdeményezés	68
	más szociális intézmény	25
	gyermekjóléti szolgálat	373
Ellátottak száma összesen (01+02+03. sorok)		1 023

Az átmeneti gondozásban töltött időt vizsgálva megállapítható, hogy a gyermekek átmeneti otthonaiban általában 3 hónapot (vagy maximum fél évet) töltenek a gyermekek, ennyi idő alatt realizálódik, hogy a gyermek visszakérül-e a saját családjába, vagy gyermekvédelmi szakellátás igénybevételére van szükség.

Problémák és diszfunkciók:

- A gyermekek átmeneti otthonai esetében egyértelműen a szolgáltatáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége jelenti a legnagyobb problémát.
- A szakmai rendeltben meghatározott szakmai létszám-minimumok a gyakorlati feladatellátás során nagyon alacsonynak bizonyulnak: ezekkel a szakmai létszámokkal ugyanis nem megoldható a szakemberek helyettesítése.
- Magas a szakemberek fluktuációja. Ennek elsődleges oka az alacsony jövedelem mellett a szupervízió hiánya, illetve a szakmai támogató bázis hiánya.
- A gyermekek átmeneti otthonaiban magas a súlyos magatartászavarral, beilleszkedési nehézségekkel küzdő, antiszociális viselkedési jeleket mutató, vagy éppen a szenvedélybeteg gyermekek aránya. Az otthonok nem rendelkeznek a szükséges eszközökkel, feltételekkel ezeknek a gyermekeknek az ellátásához, amely nem csupán a szakszerű gondozást nehezíti, de egyben az eredményes kigondozás lehetőségét is csökkenti.

Családok átmeneti otthona

A családok átmeneti otthona olyan, a szülő, gyermekkel történő együttes elhelyezését biztosító szolgáltatás, amely segítséget nyújt a szülőnek gyermeke ellátásában, szülői kompetenciái gyakorlásában, s ennek megfelelően a szükséges mértékig beavatkozik a gyermekek gondozásával járó feladatokba is. A minimális intervenció elvének figyelembevétele mellett, ugyanakkor köteles biztosítani a gyermek számára a teljes körű ellátást, míg a szülő, illetve a szociális válsághelyzetben lévő várandós anya számára

¹²

KSH 2009.

biztosítja az életvitelszerű tartózkodás lehetőségét, tisztálkodási, mosási, főzési lehetőséget, a textíliával történő ellátást és a személyes higiéne feltételeinek megteremtését.

A legutóbbi jogszabályváltozásokkal lehetővé vált, hogy a családok átmeneti otthonai a várandós anya kérelmére annak élettársát is befogadják az otthonba, ezzel is támogatva a gyermeket vállaló, nehezebb helyzetben élő családokat.

A gyermekek átmeneti gondozását biztosító ellátási formák közül a családok átmeneti otthonai között találunk legmagasabb számban civil fenntartásban működő intézményeket.

A csaknem 150 működő otthonban összesen 6167 gyermeket gondoztak 2009. évben. Az átmeneti gondozást biztosító ellátások közül a családok átmeneti otthona működik legnagyobb kapacitással. Az átmeneti gondozás igénybevételének időtartama jellemzően hosszabb, mint a másik két gondozási forma esetén.

8. számú ábra: Az átmeneti gondozásban részesültek adatai a gondozás időtartama szerint¹³

Sor - szám	Megnevezés	Ellátás típusa			
		önálló helyettes szülő	helyettes szülői hálózat	gyermek átmeneti otthona	családok átmeneti otthona ^{a)}
		A	b	c	d
Az átmeneti gondozásban részesültek adatai					
01.	Csak ideiglenes gondozásban részesült		3	130	235
02.	0–3 hónap	4	75	463	2 542
03.	4–6 hónap	3	26	250	1 201
04.	7–10 hónap		11	91	854
05.	11–12 hónap		9	23	521
06.	12 hónapnál több		10	66	814
07.	Összesen (01–06. sorok)	7	134	1 023	6 167

Problémák és diszfunkciók:

A családok átmeneti otthonainak új kihívásokra kell felkészülniük a munkahelyüket elvesztő, majd ebből következően bedőlt lakáshitelek miatt otthonukat is elvesztő családok számának jelentős növekedése miatt. Az otthonok már 2008-ban érzékelték, hogy duplájára nőtt azoknak a családoknak a száma, akik emiatt kérték felvételüket a családok átmeneti otthonaiba, ez az arány azóta is folyamatosan növekszik.

Ezzel együtt új célcsoportnak tekinthetők a családok átmeneti otthonaiban az újonnan épült lakóparkok környezetéből érkező családok, akik elsősorban a társadalom

¹³

KSH 2009.

középosztályát képviselik, és számukra külön nehézségeket, problémákat okoz a szükségszerű beilleszkedési folyamat.

A családok átmeneti otthonai 100%-os kihasználtsággal működnek, és nehezebb a családok kigondozása a rendszerből.

A családok által hozott problémák száma és súlyossága egyre nagyobb, hosszabb időt igényel azok megoldása, így növekszik az ellátás igénybevételének időtartama. Gyakran az ellátás igénybevételének ideje alatt romlik tovább a család helyzete, előfordul, hogy ez idő alatt veszíti el mindkét szülő a munkahelyét.

Jellemzővé vált, hogy csak várólista alapján lehet bekerülni az otthonokba, ezzel gyakorlatilag elveszik az azonnali segítségnyújtás lehetősége, ami pedig különösen fontos lehet egy-egy család esetében, gyakran a gyermek családból való kikerülésének egyetlen megelőzési módja.

A szolgáltatás jelenlegi finanszírozása nem kedvez a kétfős családok ellátásnak, lassan teljesen kiszorulnak az ellátásból.

Javaslatok:

A családok átmeneti otthonainak rendszere mellé szükséges lenne kiléptető házak rendszerét kialakítani. Nem látszik indokoltnak a családok átmeneti otthonai számának további bővítése, sokkal inkább a kikerülési alternatívák megerősítése, támogatása.

Fontos lenne, hogy újradefiniálják az ellátás típus specializációit, különös tekintettel arra, hogy mely problémák fennállása esetén tud hatékony választ adni a családok átmeneti otthona és melyek azok a területek, ahol nem tud hatékony segítséget nyújtani.

II. Gyermek napközbeni ellátása

Bölcsőde

A bölcsődei ellátást jellemzően a 2-3 éves gyermekek veszik igénybe, arányuk a gondozott gyermekek 89 %-a. A gyermekek 2 éves koráig jár a magasabb összegű GYED, ezt követően az alacsonyabb összegű támogatás (Gyes) a családok jelentős hányadának nem biztosít lehetőséget arra, hogy a gyermekkel otthonmaradó szülő keresetét nélkülözni tudja.

A bölcsődébe járó gyermekek családi, szociális háttere különböző, ezzel kapcsolatba hozható számszerű adatok az étkezési térítési díjáról állnak rendelkezésre. Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesül és ingyenesen étkezik a beíratott gyermekek 13,25 %-a, összesen 4598 fő. 50 %-os díjkedvezményben részesülnek a 3 vagy több gyermekes családok gyermekei. Ez a beíratott gyermekek 9,86 %-át jelenti, összesen 3422 gyermek. A bölcsődébe járó gyerekek 25 %-a kedvezményre jogosult.

Magyarországon meglehetősen egyenlőtlen a szolgáltatáshoz való hozzáférés. Komoly problémát jelent, hogy csak azok számára van lehetőség elérni az ellátást, akik olyan településen élnek, ahol működik bölcsőde (az ország 3145 településéből csak közel 260 településen van). A bölcsődével való ellátottság aránya a fővárosban a legnagyobb, ahol a férőhelyek 33,15 %-a található. A megyei jogú városokban található a férőhelyek 33,08 %-a, városokban a 29,24 %, községekben pedig mindössze a férőhelyek 4,53 %-a.

A bölcsődék jellemzően zsúfoltak és magas a várólistán lévő gyermekek száma is. Az egy csoportban gondozható gyermekek száma 10-ről 12 főre emelkedett, illetve maximum 14 fő lehet a létszám azokban a csoportokban, ahol valamennyi gyermek betöltötte a 2 évet. A 2008-as adatok szerint, 25937 férőhelyen 33726 gyermeket gondoztak, ami átlagosan 130,03 %-os kihasználtságot jelent (de Győr-Moson-Sopron megyében ez az arány 152,20 %). Mind a gyermekek, mind a gondozónők számára megterhelő és a gondozás-nevelés minőségének rovására mehet a magas csoportlétszám. Az engedélyezett 12-14 fős csoportlétszám nem oldja meg a problémát, hiszen a nap egy részében, reggel és délután egy gondozónő van a 12-14 gyermekkel. (Miközben az éppen 2 évet betöltött csoportban, akár minden gyerek még pelenkás lehet.) További problémát jelent ezekben a helyzetekben, hogy a gondozási feladatokkal töltött idő meghosszabbodik. Ez alatt a csoportszobában a gyerekek maguk vannak vagy technikai dolgozó felügyeletével, aki nem szakember. Egyéni igényekre kevésbé tud a gondozónő megfelelő módon reagálni.

Azokon a településeken, ahol a bölcsőde önálló intézményként való működése nem biztosítható, a napközbeni ellátást a 3 év alatti kisgyermekeknek óvodában teszik elérhetővé, bölcsődei csoport indításával. Ezekben az esetekben fontos, hogy a bölcsődei csoport szakmai önállósága megőrizhető maradjon.

9. számú ábra: Az ellátás számszerű adatai¹⁴

¹⁴

KSH 2008., 2009

	2008	2009
Bölcsődék száma	594	625
Működő bölcsődei férőhelyek száma	25 937	26 687
Bölcsődébe járó gyerekek száma	33 726	34 694
Sajátos nevelési igényű gyermekek száma	575	550
A férőhelyek kihasználtsága	130,03%	130,00%

Az ellátás jellemző szakmai tendenciái:

Az utóbbi évtizedben a gondozás-nevelés egységes szemlélete eltolódni látszik a nevelés hangsúlya felé. A gondozónők 88 %-a szakképzett. A bölcsődei ellátás egyre inkább szolgáltatássá válik: a gondozás-nevelés személyre szólóvá vált, és figyelembe veszi a kisgyermek életkori és egyéni sajátosságait, valamint szülők elvárásait is.

A bölcsődék nyitottsága megjelenik a szülőkkel való együttműködés különböző formáiban: szülők tájékoztatása a napi eseményekről, szülőcsoportos beszélgetések, szülőkkel közös szabadidős programok szervezése, ünnepekre való készülődés stb.

Hagyományosnak mondható a sajátos nevelési igényű (sni) kisgyermekek fejlesztő gondozása, korai fejlesztése. Bár a vezetők törekednek a megfelelő feltételek biztosítására, azonban a magas csoportlétszámok nehezítik a figyelmesebb egyéni gondozást, korai fejlesztést. További probléma, hogy esetenként azért nem tudják felvenni a sajátos nevelési igényű gyermekeket a bölcsődékbe, mert akkor kevesebb gyermek vehető fel a csoportba.

Problémák és diszfunkciók:

Leggyakrabban felmerülő probléma a finanszírozással és a normatívával kapcsolatos. A bölcsődei normatíva nem a felvett, hanem csak a gondozott gyermekek után jár. Az sni-s kisgyermekre, az intézmény nem kap dupla normatívát. Az igényelhető korai fejlesztés normatívája nem kompenzálja a kieső férőhelyre járó normatívát.

A növekvő bölcsődei férőhely-igény sok helyen az alapellátás mellett meglévő szolgáltatások (pl. játszócsoportok) megszüntetésével járt.

Jellemzően magas a hiányzások száma, ami az étkezés térítési díjának kiesését okozza, miközben az intézmény működési költségei nem csökkennek.

A normatíva számítási módja nem megfelelő, ugyanis nem veszi figyelembe a nyári zárás és a karácsony körül kieső napok számát.

A finanszírozás nehézségei miatt a felszerelés, játékok cseréje, korszerűsítése, bővítése és az épületek felújítása elmarad. Az udvarok uniós szabványnak megfelelő korszerűsítése is csak kevés helyen történt meg.

Az uniós pályázati lehetőséggel éppen a hátrányos helyzetű településeken nem tudnak élni.

Komoly problémákat, hiányosságokat tapasztalunk a bölcsődés korú gyermekek ételmezésében az egységes óvoda-bölcsődékben, az integrált intézményekben, esetenként a bölcsődékben is. A 0–3 éves gyermekek egészséges táplálása érdekében javasoljuk a közétkeztetés rendeleti szabályozását és az étkezés ellenőrzését.

Általánosan magasnak mondható a gondozónők átlag életkora (40-50 év közötti), miközben alacsony a pályakezdő gondozónők aránya. Ez részben az alacsony kezdő fizetésből, részben pedig a fizikailag, szellemileg megterhelő munkavégzésből adódhat.

Problémás, hogy a bölcsődéknek nincs kidolgozott és elfogadott minőségbiztosítási rendszere.

A továbbképzési normatíva nem fedezi a költségeket és a kötelező jutalmat a teljesítőknek.

A bölcsődei szakképzés átalakulásából számos probléma következik. A szakképzésben ugyanis túlkínálat van: több különböző szintű és tartalmú képzés (OKJ 5.4., OKJ 5.5., főiskolai BA alapképzés) van érvényben az azonos munkakörben dolgozók (bölcsődei gondozó, szakgondozó) felkészítésére. Az OKJ 5.4.-es szakképzés többsége iskolarendszeren kívül, piaci alapon, minimális időtartamú irányított szakmai gyakorlattal vagy gyakorlat nélkül történik. Sajnálatos, hogy akár fél év alatt is emelt szintű szakképesítést szerezhetnek a képzésben résztvevők.

A jelenlegi gazdasági helyzetben a fenntartók még nehezebben tudják az intézmények működési költségeit biztosítani. Keresik a költségek csökkentésének lehetőségeit. Ez jelentkezhet a bölcsődei konyhák, a technikai dolgozók kiszervezésében, a felújítások későbbi időpontra halasztásában stb.

A családok részéről nagyobb igény jelentkezhet a férőhelyek iránt, így várhatóan nagyobb gyermeklétszámot kell ellátni. Növekedhet a hátrányos helyzetű családból érkező gyermekek száma, ezzel összefüggésben megnövekedhet a gondozási feladatok köre (pl. fürdetés, hajmosás, körömápolás stb), valamint a családi nevelés hiányosságainak a kompenzációja, a szülőszerepe támogatásában betöltött szerep, illetve veszélyeztetettség esetén a napközbeni ellátás biztosítása.

Javaslatok:

További bölcsődeépítés, fejlesztés, korszerűsítés pályázati forrásokból.

Kisebb településeken bölcsőde-óvoda integrált intézmények építésének támogatása pályázati forrásokból. (Mivel ez az intézmény rugalmasabban tud alkalmazkodni a változó gyermeklétszámhoz.)

A más napközbeni ellátási formák széles körű elterjedésének a segítése.

Valószínűleg nagyon megemelkedik a bölcsőde-óvoda integrált intézmények száma. A két szakterület együttműködésének formáit, módjait ki kell dolgozni, a meglévőket erősíteni kell.

Szerepet kell vállalni a családi napközik hálózattá való szerveződésében, nagyobb nyitás szükséges az együttműködés felé. (Közös szakmai rendezvények megrendezése, óvodákkal is.)

A bölcsődék működési költségeinek áttekintése, esetleges csökkentése, ami azonban nem eredményezi az ellátás színvonalának romlását.

Nem szükséges a normatíva összegének emelése, hanem kizárólag a számítási mód megváltoztatása: a beíratott gyermekekre, a férőhelyszámig lehetne megigényelni a normatívát (ez nem jelentene a jelenlegi tervezettnél több költséget, mivel az országos éves

költségvetés tervezésénél mindig az országos férőhelyszám szerint különítik el a forrásokat.) Jelenleg az adott év munkanapjai alapján történik a normatíva számítása, ami kedvezőtlen.

Az OKJ 5.4.-es képzés megszüntetését javasoljuk (részben az említett problémák, részben pedig a BA képzés beindulása miatt).

Támogatni kell a főiskolai kisgyermeknevelő képzést annak érdekében, hogy több pályakezdő gondozónő legyen és maradjon is a pályán.

Közös intézményként működő óvoda-bölcsőde és egységes óvoda-bölcsőde

A két ellátási forma újszerűsége miatt nem áll rendelkezésünkre OSAP-adat.

A közös intézményként működő óvoda-bölcsőde működését alakító módszertani ajánlás 2008 novemberében született meg, az egységes óvoda-bölcsőde működésére 2009. szeptember 1-étől adott lehetőséget a jogszabályi háttér.

A 0-3 éves korosztály napközbeni ellátáshoz való hozzájutása meglehetősen egyenetlen, mindkét ellátási forma a szolgáltatáshiányos településeken élő családok számára kínál megoldást.

Közös intézményként működő óvoda-bölcsőde

2009 első negyedében a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet adatgyűjtés céljából kérdőíves kutatást végzett a közös intézményként működő óvodákról-bölcsődékről.¹⁵ Az egész országra kiterjedő, de nem reprezentatív vizsgálat adatai alapján a mintában szereplő 45 intézményre vonatkozóan állapíthatók meg az alábbi következtetések.

A módszertani ajánlás nagy hangsúlyt helyez az óvodapedagógusok és a bölcsődei gondozónők szakmai együttműködésére. A megkérdezettek közül a bölcsődei szakemberek kevésbé elégedettek ennek megvalósulásával akár az óvodai válaszok átlagához, akár a saját maguk által megítélt óvodai szakmai önállósághoz viszonyítva.

A konkrét együttműködési formák közül elsősorban a vezetői szinteken történő egyeztetés és megbeszélés működik, kevésbé gyakoriak a hospitálások, a közös szakmai rendezvények és a családok számára közösen szervezett rendezvények. Úgy tűnik, a nevelés-gondozás napi gyakorlatának az ellátott korcsoport életkori sajátosságait figyelembe vevő összehangolása még jobbításra szorul. A kutatás eredményei szerint az egy gondozónőre jutó gyermekek számát tekintve a vizsgált közös intézmények mutatói rosszabbak az országos átlagnál.

Egységes óvoda-bölcsőde

Az egységes óvoda-bölcsődék igen rövid, mindössze 1 éves múlttal rendelkeznek. Nem áll pontos adat rendelkezésünkre, hozzávetőlegesen 100-120 egységes óvoda-bölcsőde működik az országban, számuk szinte napról napra növekszik.

¹⁵

Szombathelyiné és Korintusné, 2009, kézirat

Az egységes óvoda-bölcsődék működésére vonatkozóan nem történt még az ellátási forma jellemzőit feltáró kutatás.

Javaslatok:

Több szakmai fórum is foglalkozik a két ellátási forma működésével, a fejlesztés lehetőségeinek a kialakításával. Ezek közül kiemelkedő jelentőségű a Regionális Módszertani Bölcsődék II. Országos Konferenciája (2010, Szeged), melynek záródokumentumában a következő ajánlások fogalmazódtak meg a közös intézményként működő óvodák-bölcsődéket és az egységes óvodák-bölcsődéket illetően:

- A regionális módszertani bölcsődék munkatársai és az óvodai szakemberek hozzanak létre közös szakmai műhelyt az egységes óvoda-bölcsődében ellátott bölcsődés korú gyermekekről vezetett dokumentáció, a játszóudvar kialakítása, a gyermekélelmezés, a széles korcsoport nevelésével-gondozásával kapcsolatos gyakorlati vonatkozások kidolgozására a módszertani ajánlásban megfogalmazottak alapján, annak mintegy kibontásaként.
- A továbbiakban is szükséges lenne a regionális módszertani bölcsődének, monitorozási jogosultságot biztosítani a már működő egységes óvoda-bölcsődék esetében is, a bölcsődés korú gyermekek vonatkozásában, ezért javasoljuk, hogy az oktatási hivatal kérje fel a regionális módszertani bölcsődéket az intézmények monitorozására.
- Javasolt az egységes óvoda-bölcsőde bölcsődés korúakra vonatkozó minimális tárgyi felszerelését rögzíteni a 11/1994. MKM rendelet módosításában.
- Az egységes óvoda-bölcsődékben, az integrált intézményekben – esetenként a bölcsődékben is – komoly problémákat, hiányosságokat (életkor, szükségletek, minőség, ajánlott élelmi-és tápanyagok, étkezési rend figyelmen kívül hagyása) tapasztalunk a bölcsődés korú gyermekek élelmezésében. A 0–3 éves gyermekek egészséges táplálása érdekében javasoljuk a közétkeztetés rendeleti szabályozását, a fenntartó általi betartását, és az étkezés ellenőrzését.
- Javasolt, hogy az integrált óvoda-bölcsőde intézményekben és az egységes óvoda-bölcsőde intézményekben a vezető egy személyben feleljen meg a bölcsődei és az óvodai területen hatályos előírásoknak, amennyiben a szakmai szabályzók nem indokolják az önálló szakmai vezető alkalmazását.
- Szakmailag megengedhetetlen a 2,5 éves gyermekek normál óvodai csoportban történő elhelyezése. (Nem ritka, hogy a fenntartó ezt a megoldást választja, hiszen számára ez a legkönnyebben, legolcsóbban megvalósítható. Itt nincsenek létszámhatárok, előírt többlet személyi- és tárgyi feltételek. Ismert olyan Budapest környéki település, ahol a 35 fős óvodai csoportban 17 gyermek volt 3 évesnél fiatalabb!)

További javaslatok:

- Feltáró kutatás az egységes óvoda-bölcsődék működését illetően.
- A szakemberek közötti együttműködés javítása.
- Az ellátási formák szakmai-módszertani vonatkozásainak beépítése a szakemberek képzésébe (a gondozónők képzésbe és a óvodapedagógus képzésbe egyaránt).
- A gondozónők megismertetése az óvodai nevelés főbb jellemzőivel. (Az egységes óvoda-bölcsődékben dolgozó gondozónők számára már van akkreditált továbbképzés, ennek szervezése, meghirdetése mielőbb szervezése)

Családi napközi

A *Gyermekevédelmi törvény* a gyermekek napközbeni ellátása sorába beemelte a maximum 5, 20 hetes és 14 éves kor közötti gyermek napközbeni ellátását biztosító családi napközi szolgáltatást. A családi napközi a gyermekjóléti alapellátás része, a gyermekek törvényben rögzített napközbeni ellátásának családias körülmények között biztosított formája. Azoknak a gyermekeknek nyújt szolgáltatást, akik bölcsődei vagy óvodai ellátásban nem részesülnek, vagy iskolai oktatásban részesülnek, de nem veszik igénybe a napközit vagy tanulószobai ellátást. Vonatkozik továbbá azokra a gyermekekre, akik iskolai oktatásban részesülnek, esetleg igénybe veszik a napközit vagy tanulószobai ellátást, de felügyeletre van szükségük az iskola nyitvatartási idején kívüli is. A szolgáltatás kisebb fenntartási költségei miatt alkalmas a kistépülések napközbeni ellátási feladatainak biztosítására, hiszen lényegesen gazdaságosabban működtethető az olyan nagyobb intézménytípusoknál, mint a bölcsőde vagy az óvoda,

A gazdasági – társadalmi változások hatására (kétkeresős családmódel, aktív nagyszülők, többgenerációs családok számának csökkenése) országosan egyre nagyobb igény mutatkozik a gyermekek napközbeni ellátására, ezzel egyidejűleg a családi napközi iránt is.

Jelenleg országosan több mint 620 családi napközi működik, 4795 engedélyezett férőhellyel.¹⁶ A családi napközi szolgáltatást nyújtók száma (ezzel együtt a férőhelyek száma is) az utóbbi években ugrásszerűen megnövekedett az ország teljes területén, egyben megtartotta azt az egyenetlen eloszlást, amely a kezdetektől fogva jellemző az egyes térségekre. A legtöbb szolgáltató és férőhely a Közép-magyarországi régióban (elsősorban Pest megyében) működik (családi napközök száma: 172, férőhelyek száma: 1174), ahol a magas lakosságszám miatt fellépő igényeket a hagyományos bölcsődei ellátási forma nem tudja kielégíteni. A Nyugat-dunántúli régióban a korábban kiépült intézményrendszer kapacitásai elegendőek a feladat ellátására, így ott alacsony számban jelentek csak meg a családi napközök, hasonlóan az Észak-magyarországi régióhoz, ahol viszont a szolgáltatást potenciálisan igénylők anyagi lehetőségei nem adták az igénybevételre. (Nyugat-Dunántúl: 25 családi napközi működik, 280 férőhellyel, Észak-Magyarországon pedig 33 családi napközi, 410 férőhellyel.)

Tapasztalataink szerint a családi napközök a 0-5 éves korosztály ellátására szakosodott egyedüli ellátási formaként jelennek meg azokon a településeken, ahol nem működik

¹⁶ Szociális és Gyámhivatalok tájékoztatása alapján, a 2010. szeptemberi állapotnak megfelelően.

bölcsőde, ezzel szemben a nagyobb városokban kiegészítő, kínálatbővítő szolgáltatásként vannak jelen.

A családi napközi szolgáltatás célcsoportját a 20 hetes és 14 éves kor közötti gyermekek alkotják, de a tapasztalatok azt mutatják, hogy elsősorban a 0-5 éves korosztályú gyermekek szülei igénylik az ellátást gyermekeik számára, ebből is kiemelendő a 24-35 hónapos korú gyermekek magas száma. Adott időpontban vizsgálva megállapítható, hogy ezen korosztályú gyermekek képezik a családi napközi szolgáltatást igénybevevő gyermekek 50%-át, így nem vitatható, hogy ez a szolgáltatás elsősorban a bölcsődei ellátást egészíti ki a legtöbb térségben, és próbál válaszokat adni a hiányzó bölcsődei férőhelyek miatt fellépő szükségletekre. Ugyanakkor a szolgáltatás rugalmassága hozzájárul ahhoz, hogy segítse a családok és munkahelyek igényeinek összehangolását, és a közoktatási intézmények hiányzó, vagy nem elérhető szolgáltatásait (napközi, iskolaidőn kívüli gyermekfelügyelet) váltsa ki adott esetben.

Az óvodai férőhelyek a legtöbb helyen elegendőek a szükségletek kielégítésére, így az óvodáskor elérésével a családi napköziből az óvodákba kerülnek a gyerekek. Az 5-6 éves korosztály elsősorban azokban a családi napköziben képviselteti magát, amelyek valamilyen reform pedagógiai irányzat eszközeivel, módszereivel dolgoznak.

Az általános iskolás korú (7-14 éves) gyermekek aránya a családi napköziben körülbelül 17%. Ezt az arányt tovább növeli a valamilyen okból fogyatékos gyermekek száma, akik közül szintén az általános iskolás korosztály az, akik nagyobb számban veszik igénybe az ellátást.¹⁷

10. számú ábra: Családi napközit igénybevevő gyermekek száma és életkori megoszlása¹⁸

Családi napközi			
Családi napköziben igénybe vett gondozási napok (a tárgyévben)			489 670
Családi napközit igénybe vevő gyermekek száma az év folyamán			4 760
Családi napköziben gondozott gyermekek száma (május 31-én)			2 315
Ebből (03-ból):	4-11 hónapos	korú gyermekek száma	16
	12-23 hónapos		318
	24-35 hónapos		1 054
	3-4 éves		440
	5-6 éves		93
	7-10 éves		221
	11-14 éves		173
A május 31-én gondozott gyermekek közül (03. sor) fogyatékosok száma			11
Ebből (11-ből):	4-35 hónapos	korú fogyatékos gyermekek száma	1
	3-4 éves		2
	5-6 éves		
	7-10 éves		1
	11-14 éves		7
A május 31-én gondozott gyermekek közül (03. sor) lányok száma			1 004
Családi napköziben engedélyezett férőhelyek száma (december 31-én)			2 762

¹⁷ KSH 2009.

¹⁸ KSH 2009.

A szolgáltatás kapcsán a legtöbb kérdés a finanszírozás terén merül fel, ugyanis ez az a szolgáltatási forma a gyermekjóléti alapellátások közül, amely a különböző fenntartásban működő szolgáltatóknál egymástól eltérő normatív támogatás igénybevételét teszi lehetővé, ezzel az igénybevevők számára is különböző módon válik elérhetővé. Bár a szolgáltatás normatív támogatása 2003 év óta folyamatos emelkedést mutat, a normatív támogatás jelentős kiegészítést igényel a gyermek ellátásához a civil fenntartók esetén, amely összeg pedig egyértelműen az igénybevevőket terheli. A családi napközi szolgáltatáshoz 2003 évtől kezdődően igényelhető normatív támogatás.

11. számú ábra:

Normatíva	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Csana	100e	104e	156e	152e	250e	250e	246e	268e

A vállalkozók csak a normatíva 30 %-át vehetik igénybe. Tapasztalataink szerint a családi napközi szolgáltatás akkor működőképes, ha a fenntartó a normatíva 100 %-át igénybe veheti és az önkormányzat ellátási szerződés keretében támogatja a fenntartását.

A civil fenntartású családi napközök elsősorban azon térségek jellemzői, ahol az igénybevevők a viszonylag magas térítési díj ellenére is igénylik a szolgáltatást, részben a kevés bölcsődei férőhely okozta kényszerűség miatt, részben pedig a magasabb színvonalú szolgáltatás reményében. A kistélepi önkormányzatok által fenntartott családi napközök egyértelműen a helyi bölcsődei ellátást váltják ki, elősegítik a munkába járást, illetve a településen munkahelyteremtő funkciója is van.

Amennyiben a családi napközi működését nem a helyi önkormányzat biztosítja, vagy azt anyagilag nem támogatja, akkor az mondható el, hogy csak a középosztály számára megfizethető szolgáltatásról van szó, bizonyos jövedelemszint alatt kereső családok nem tudják igénybe venni azt. Ezzel könnyen láthatóvá válik, hogy a családi napközi szolgáltatás – részben a területi egyenlőtlenségek, részben pedig a magas önköltség miatt – nem tud olyan ellátási formaként működni a jelenlegi feltételek között, amely az alacsony jövedelmű családok számára segítséget nyújthat a gyermek napközbeni ellátásához. A hátrányos helyzetű gyermekek számára a szolgáltatás elérhetetlenné válik, ezzel tovább mélyíti a meglévő egyenlőtlenségeket.

Házi gyermekfelügyelet

A házi gyermekfelügyelet a gyermek otthonában, szakemberrel biztosított felügyelet, gondozás olyan esetekben, ha a szülő a gyermek állandó, vagy időszakos felügyeletét nappali intézményben valamilyen ok miatt nem tudja biztosítani. Gondozónői segítség biztosítható ikergyermekek születésénél, a gyermek megbetegedésének lábadozási időszakában, ha a szülőnek nehézség a munkahelyről való hosszú távolmaradás, sérült gyermekek néhány órányi vagy hosszabb idejű és rendszeres felügyelete, ha a szülő elfoglaltsága, vagy a munkahely igénye azt szükségessé teszi.

Ennek a családokat az otthonukban segítő szolgáltatásnak a kiépültsége sajnálatos módon igen alacsony, elsődlegesen azért, mert nem rendelkeznek külön normatív finanszírozással. Ezért a házi gyermekfelügyelet lassan épül ki: 2007. évben 162 gyermek részesült ellátásban 14 723 gondozási óra keretében, amit 34 szolgáltató biztosított,¹⁹ 2009-ben pedig már 312 gyermek, mintegy 18 145 gondozási óra keretében vette igénybe a szolgáltatást összesen 36 szolgáltatónál.²⁰

A házi gyermekfelügyelet nem mindennapos szolgáltatási forma a napközbeni ellátások területén. Nagyon kevés az a szolgáltató, aki felvállal egy, a Gyermekevédelmi törvény által szabályozott szolgáltatást, amikor hasonló tevékenységet végezhet kevésbé szigorú feltételek mellett (babysitter). Ezek a szolgáltatások ráadásul igen jól megférnek a feketegazdaságban, hiszen mind a szülő, mind a „gyermekvigyázó” számára előnyös, ha adómentes a szolgáltatás.

A jogszabályban meghatározottak szerint fogyatékoság vagy súlyos betegség miatt magántanuló gyermekek házi gyermekfelügyeleti ellátása nem köztudott, így annak igénylése csak ritka esetben történik. A szolgáltatást jelenleg végzők köre jellemzően nagyvárosokban összpontosul, ahol a napközbeni ellátások szélesebb köre vehető igénybe mind az egészséges, mind a fogyatékos gyermekek számára.

Kistelepüléseken, vidéki kisvárosokban egyre nagyobb igény mutatkozik az előbbi, újabb típusú ellátásokra, hiszen az iskolabezárások, óvodamegszüntetések, bölcsődék, fogyatékos személyek napközbeni ellátásának hiánya ezeket a területeket érinti leginkább. A kistérségi társulások sem gondolnak jelenleg a gyermekellátások ezen területére, mert a napközbeni ellátást legtöbb helyen megoldottnak vélik, illetve nem kapnak erre vonatkozóan lakossági jelzéseket, megfelelő tájékoztatást. Az anomáliát az is okozza, hogy a normatív támogatások nem jelölnek ezekre a szolgáltatásokra célzott forrásokat a társulások számára, illetve a tájékozottság hiánya miatt csak a már megszokott napközbeni ellátásokban gondolkoznak. Jelenleg a szolgáltatást többségében az önkormányzatok, a bölcsődék, kisebb számban pedig a civilek nyújtják.

Családi gyermekfelügyelet

Az ellátási forma a 2010. január elsejétől, új napközbeni ellátási formaként került bevezetésre, azzal a céllal, hogy ezt, a családi napközinnél egyszerűbben létrehozható ellátási formát minél több olyan kisgyermek igénybe tudja venni, akinek szülei nevelői, gondozói munkavégzésük, munkaerőpiaci részvételt elősegítő programban, képzésben való részvételük, betegségük vagy egyéb ok miatt a gyermek napközbeni ellátásáról nem tudnak gondoskodni. A családi gyermekfelügyelet létrehozása ugyanakkor nem ösztönözte a gyermekellátást felvállaló vállalkozókat ennek a formának a létrehozására, mert anyagilag semmiképpen nem volt kifizetődő. Nem ösztönözte az ellátás kiépülését a szakmai szabályozóban maximált gyermeklétszám (3 gyermek – saját gyermekkel együtt) sem. Tudomásunk szerint összesen 3 ilyen szolgáltató működött az országban. Jelenleg a gyermekek nevelését, gondozását támogató ellátások átalakulásával, - tekintettel arra, hogy az ellátott gyermekek életkora 2-4 év közötti lehetett- ennek az ellátási formának a létjogosultsága csekély.

¹⁹ Gyermekvédelmi statisztikai tájékoztató 2007.
²⁰ KSH 2009

Alternatív napközbeni ellátás

A gyermekek napközbeni ellátása körébe tartozik az alternatív napközbeni ellátás is, amellyel helyi adottságoktól függően, helyi igényekhez igazodva, az ellátott célcsoport sajátosságait figyelembe vevő formában és eszközökkel biztosítható a gyermekek ellátása. Az alternatív napközbeni ellátás valamely gyermekekből álló célcsoport életkori sajátosságaihoz, illetve a szülők speciális élethelyzetéhez igazodó, a gyermekek társadalmi beilleszkedését és közösségi tevékenységét elősegítő rendszeres, meghatározott időtartamokra megszervezett, önálló szakmai programban rögzített tevékenység. Az alternatív napközbeni ellátások kiépültségéről, a szolgáltatási forma keretein biztosított szakmai tartalmakról kevés információval rendelkezünk, központi adatgyűjtés a szolgáltatásról nincs. Éppen ezért arra vonatkozóan, hogy pontosan hol, mennyi szolgáltató és milyen tartalommal biztosít ellátást. A rendelkezésre álló adatok hiányában nem vonhatók le azok a tapasztalatok, következtetések, amelyek megalapoznák a szükséges szakmai fejlesztési irányokat.

Problémát jelent, hogy az alternatív napközbeni ellátások tekintetében jelenleg nincs önálló szakmai- módszertani támogatást biztosító szolgáltató.

Tekintettel arra, hogy az alternatív napközbeni ellátások tekintetében a működési engedélyeztetési eljárás egységes gyakorlata nem alakult ki, az ellátások közé besorolható szolgáltatások sokszínűek, átláthatatlanok, nehezen foglalhatók egységes keretrendszerbe.

III. Pszichiátriai betegek szociális ellátása

A szociális szolgáltatásokat igénylő pszichiátriai betegek ellátása több oldalról is határterületnek bizonyul, jelen tanulmány célja és keretei azonban csupán a szociális ellátás területére fókuszál. Bizonyos esetekben természetesen ebben a helyzetképben is szükséges a kapcsolódó ágazatokat, ellátórendszereket érinteni (jellemzően az egészségügy és az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kérdések tekintetében érinteni).

A pszichés megbetegedéssel küzdők részére biztosított szociális szolgáltatásoknak a törvényi háttérét az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban szociális törvény), valamint annak végrehajtási rendelete, az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet (továbbiakban 1/2000-es rendelet) a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről c. jogszabályok jelentik.²¹

Kik a pszichiátriai betegek?

A WHO meghatározása szerint a lelki egészség egy olyan állapot, jól-lét, amelyben az egyénnek kiteljesedhetnek a képességei, képes megbirkózni a szokványos feszültségekkel és termékeny, eredményes munkát végezni, valamint alkalmas arra, hogy hozzájáruljon a közösségéhez.²²

A kérdést érintő jogszabályi definíció szerint pszichiátriai betegnek tekintjük azt a személyt, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel.²³

A szociális szolgáltatásokat igénybevevők köre azonban egy szűkebb kört jelent, mint amit a definíció meghatároz. Az egyes szociális ellátások esetében a jogszabályok által meghatározott igénybevételi feltételek szűkítik a célcsoportot. Az ellátásonként változó kritériumok mentén megjelennek az egymástól eltérő logikai és célrendszerek, valamint szemléletmódok: míg a bentlakásos intézményekbe való bekerülés feltétele az orvosi szakvélemény megléte (tehát itt alapvetően medikális szempont a döntő), addig az alapszolgáltatások esetében (közösségi ellátásnál bizonyos diagnózis fennállásánál) a szociális szempont érvényesül.

A pszichiátriai betegek száma és a betegségek jellege Magyarországon

Nemcsak a hazai statisztikákban, de általában a pszichiátriai betegekkel kapcsolatos adatok esetében is meglehetősen bizonytalanok a számszerűsíthető adatok. A statisztikákban

²¹ A pszichiátriai betegek egészségügyi kezelésére vonatkozó legfontosabb szabályt az 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről X., A pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozása c. fejezet tartalmazza, valamint külön kormányrendelet szabályozza közösségi pszichiátriai ellátás finanszírozási rendjét 191/2008. (VII. 30.) Korm. Rendelet a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről.

²² Forrás: http://www.mentalwell-being.com/mental_health.html

²³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről X. fejezet 188.§ d.

megjelenő adatok nagy része ugyanis inkább a szervi panaszokkal járó betegségeket tükrözi, azonban igen alacsony a pszichés, lelki zavaroknak a felderítettsége.²⁴

Eltekintve több, speciális problémától, a hazai mentális zavarok nagyságrendek tekintetében megegyeznek a világ más pontjain mért adatokkal. Bizonyos (későbbiekben bővebben tárgyalt) társadalmi okoktól eltekintve a mentális kórkép kultúráktól, földrajzi régióktól, koroktól függetlenül a lakosság körében egy százalék körüli gyakorisággal (egy éves prevalencia) fordul elő. Ez a magyarországi népességre számítva körülbelül 100 000 szkizofrén beteget jelent. „A főszabály alól azonban található néhány kivétel is. Az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzetünk a férfiak depressziója, a kóros alkoholhasználat, a bipoláris betegség és a befejezett öngyilkosságok tekintetében. Bár az öngyilkossági halálozás tekintetében az utóbbi évtizedben az abszolút számokat illetően határozott javulás volt tapasztalható (1983 és 2007 között a 100 ezer lakosra jutó öngyilkossági arány 45,3-ról 24,4 – re csökkent), az abszolút javulás ellenére relatív helyzetünk továbbra is igen rossz: az öngyilkossági halálozásban, Litvánia mögött Magyarország áll a 2. helyen az EU-ban. Nem csökken, sőt, enyhén emelkedik a gyermek-serdülőkori öngyilkosságok száma. Évek óta rendre az első három halálok között szerepel a korcsoport mortalitási statisztikáiban”.²⁵

A leggyakrabban előforduló betegségekről közelítő adatot a pszichiátriai gondozók éves statisztikai jelentéséből tudhatunk meg. Ez a statisztika nyújt továbbá a célcsoport demográfiai jellemzőiről is tájékoztató jellegű információt, illetve az adatot elfogadhatjuk az előfordulás gyakoriságának alsó határaként is.²⁶ Ezek alapján 2008. december 31-én, a gondozókban nyilvántartott 18 évnél fiatalabb betegek száma közel 19 000 fő. A betegek egyharmada lány, míg kétharmada fiú. A leggyakrabban előforduló diagnózisok a mentális retardáció, a pervasív fejlődési zavarok és a hiperkinetikus zavarok körébe tartoznak. (1.sz. Melléklet)²⁷

A gondozókban nyilvántartott, több mint 145 000 felnőtt esetében a nemek aránya megfordul, a betegek kétharmada nő, egyharmaduk pedig férfi. A betegek több mint harmada az aktív korú, 35-54 év közöttiek közül kerül ki. (1. sz. Melléklet) A megbetegedések legnagyobb része a hangulatzavarok, a neurotikus és szomatiform rendellenességek, valamint a szkizofrénia körébe tartoznak.

A fentiekben bemutatott adatok mellett a következőkben a szociális szolgáltatásokat igénybevevők statisztikája következik. Mint látni fogjuk, a pszichiátriai problémákkal küzdőknek csak egy töredéke részesül valamilyen szociális szolgáltatásból.

²⁴ Nincs egészség lelki egészség nélkül. In: Statisztikai Tükör IV. évfolyam 2010/112.szám

²⁵ Idézet a Lelki egészség operatív programjából (továbbiakban LEGOP). A LEGOP 2007-2013-ig több kormányzati cikluson átívelő szakmai fejlesztés alapja. In: http://www.allamreform.hu/letoltheto/egeszsegugy/hazai/A_Lelki_Egeszseg_Orszagos_Programja_LEGOP.pdf

²⁶ A pszichiátriai betegekre vonatkozó valós adat természetesen ennek többszöröse. Ezekben a statisztikákban ugyanis nemcsak a gondozókon kívül is egészségügy vagy szociális szolgáltatást igénybevevők száma, de a más orvosi kezelésben részesülő, vagy éppen a betegségtudat hiányában orvosi kezelésben nem részesülő egyének magas aránya sem jelenik meg.

²⁷ Forrás: Pszichiátriai gondozók jelentése. 2008 évről, Országos Jelentés

A pszichés problémákkal, lelki megbetegedésekkel betegek jogosultak lehetnek az életkoruktól és egyéb körülményeiktől függően az 1993. évi III. törvény által előírt és biztosított, természetbeni és pénzbeli ellátásokra.²⁸

A szociális alapszolgáltatások közül a pszichiátriai betegek részesülhetnek falu- és tanyagondnoki szolgáltatásban, étkeztetésben, házi segítségnyújtásban, igénybe vehetik a családsegítés szolgáltatását, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, ha a feltételek betartásához kellő belátási képességgel rendelkeznek. Az elmúlt évek kedvezőtlen tendenciáinak köszönhetően egyre több kezeletlen pszichiátriai beteg jelent meg a hajléktalan ellátásban, illetve magas azoknak a száma, akiknél éppen a hajléktalanok ellátását biztosító szociális szolgáltatások keretében derült fény a kliens ilyen irányú problémájára.

A betegek további alapszolgáltatások keretében közösségi gondozást vehetnek igénybe, valamint nappali ellátást.

A szociális ellátórendszer által biztosított szakosított ellátási formák közül az ápolást-gondozást nyújtó intézmények, a rehabilitációs intézmények, a rehabilitációs célú lakóotthonok, illetve az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények nyújthatnak szolgáltatást a rászorulóknak számára.

12. számú ábra:

Szolgáltatások	Szolgáltatók/intézmények száma	Engedélyezett férőhelyek száma
Pszichiátriai betegek közösségi ellátása	95	5153 ²⁹
Pszichiátriai betegek nappali ellátása	62	1847
Pszichiátriai betegek átmeneti otthona	6	99
Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye	8	223
Pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona	24	350
Pszichiátriai betegek ápoló – gondozó otthona	76	8838

Forrás: <http://szocialisregiszter.afsz.hu/>

A szolgáltatási rendszer neuralgikus pontjának tekinthető, hogy miközben a különböző szakmai elvek mentén megjelenő szándékok célja az alapellátási szolgáltatások ellátotti körének bővítését jelöli, addig a jelenlegi rendszerben az alapszolgáltatásokat igénybevevők köre csak megközelíti a szakellátásban részesülő betegek számát. A pszichiátriai betegek szociális ellátási rendszere így reprodukálja a hagyományos egészségügyi ellátás sokat kritizált institutionális logikáját, holott egyik funkciója éppen ennek kiváltása lenne. Az alapszolgáltatások közül egyedül a közösségi pszichiátria ellátás köre bővült számottevő

²⁸ A pszichiátriai betegek részére az önkormányzatok – saját forrásaik terhére – elvileg biztosíthatnak egyéb támogatási formákat is, ilyen szolgáltatások működéséről azonban a tanulmány szerzői nem tudnak.

²⁹ Ebben az esetben az adat a teljesített feladategységet, nem pedig az engedélyezett férőhelyszámot jelöli.

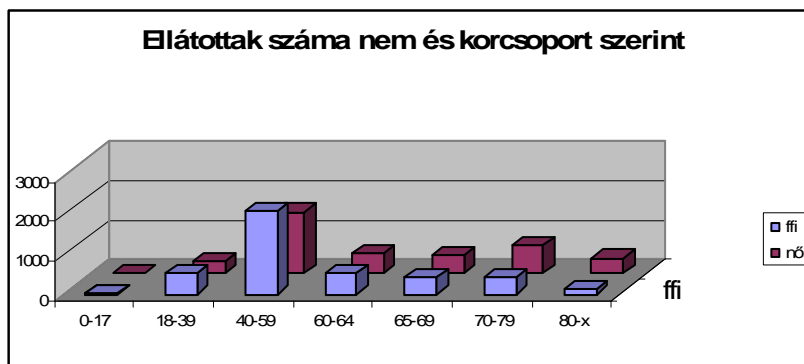
mértékben az utóbbi években, ez a tendencia ugyanakkor nem érzékelhető a többi, a reintegrációt segítő intézmények (rehabilitációs vagy az átmeneti otthonok) esetében.

A pszichiátriai otthonokban élők és a közösségi ellátásban részesülők demográfiai jellemzői

13. számú ábra: A pszichiátriai otthonokban élő személyek életkor szerinti megoszlása³⁰:

Ellátottak száma nem és korcsoport szerint			
korcsoport	férfi	nő	összesen
0-17	15	1	16
18-39	540	333	873
40-59	2132	1567	3699
60-64	538	512	1050
65-69	415	468	883
70-79	444	708	1152
80-x	119	396	515
Összesen	4203	3985	8188

14. számú ábra: A pszichiátriai otthonokban élő személyek életkor szerinti megoszlása³¹:



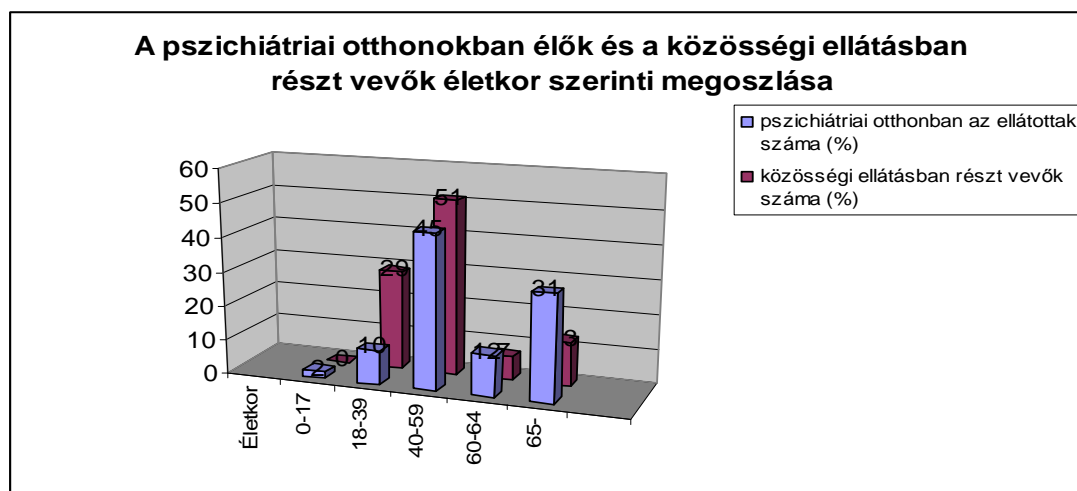
Megállapítható, hogy az aktív korú ellátottak teszik ki az összes pszichiátriai beteg 56 %-át (18-59 éves).

Az alábbi diagramokon a pszichiátriai otthoni és a közösségi ellátásban részesülő ellátottak korösszetételének összehasonlítása látható:

³⁰ Forrás: [Szociális](#) statisztikai évkönyv, 2008

³¹ Forrás: [Szociális](#) statisztikai évkönyv, 2008

15. számú ábra:



A fenti diagramokból kitűnik, hogy a közösségi ellátásban részesülő személyek – a pszichiátriai közösségi ellátás céljából adódóan – fiatalabb korosztályba tartoznak, mint a bentlakásos intézményben elhelyezettek.

A pszichiátriai betegségek kialakulásának társadalmi okai és szociális következményei

Számos társadalomtudományi kutatás rávilágított arra, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek és általában a társadalmi működés diszfunkciói egyértelműen kimutathatóak a mentális zavarok kialakulásában, gyakoriságukban.³² Megállapítható, hogy a lakosság társadalmi, gazdasági helyzete leképeződik a lelki megbetegedésekben szenvedők számarányában, illetve a társadalmi egyenlőtlenségek, a negatív gazdasági változások hatása a lakosság egészségi állapotára különös tekintettel, a pszichés problémák számarányára vonatkozóan egyértelmű relációt mutat, folyamatosan növekszik a pszichés problémákkal küzdő egyének létszáma az országban.

A lelki megbetegedésekre visszavezethető tényezők a következők:

- „Magyarországon „sajátos” kockázati tényezőnek kell tekinteni a rendszerváltással járó gyökeres gazdasági- társadalmi- politikai változások hatását, az új helyzethez való gyors alkalmazkodás komolya erőfeszítést igényelt és igényel az emberektől, amelynek még hosszabb távon is érezni fogjuk a hatásait.”³³
- Az elöregedés kedvezőtlen hatással van a pszichés kórképek megjelenésének gyakoriságára (demencia).
- „A hazai kutatások szerint Magyarországon a lakosság rossz általános egészségi állapota miatti keresőmunka-képtelenség, illetve általában a munkanélküliség, különösen a tartós munkanélküliség relatíve magas aránya a mentális

³² Többek között Pikó Bettina, A mentális zavarok szociológiája c. tanulmányában. (In: A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban (szerk. Pikó Bettina), Szeged, 2002.

³³ In: LEGOP

egészségproblémák fontos kockázati tényezője. Az öngyilkosságok tekintetében is a legfontosabb kockázati tényező a munkanélküliség.”³⁴

- A magyar munkavállalók munkaterhelése az európai átlagnál nagyobb, a munkavállalói jogérvényesítési lehetőségek hiányosak, a munkahelyi stressz magasabb.”³⁵
- A hazai gazdasági folyamatok mentén növekvő számban jelenik meg a háztartások eladósodása és a családok szegénységi kockázata, mely szintén növeli, illetve felerősíti a pszichés kórképeket.
- A hazai társadalom rossz egészségi állapota, valamint a szenvedélybetegek arányának növekedése közvetlenül is jelentkezik a pszichiátriai megbetegedések kockázatai között.
- Rizikófaktoraként kell megjelölni a család egységének felbomlását, a családon belül szerepek átalakulását, a családon belüli erőszak növekedését.
- Bizonyos szociológiai (területi és célcsoportokra vonatkozó) jellemzők mentén a növekvő társadalmi/gazdasági egyenlőtlenségek, vagy éppen a szegregáció is növekvő kockázatot jelent. (például a cigányság élet és lakáskörülményei, szociális helyzete és kitörési lehetőségei a mai magyar társadalomban, vagy a gyermekszegénység helyzete).
- Sok esetben hiányzik a különböző társadalmi alrendszerek szerves együttműködésének gyakorlati szintű megvalósulása, illetve nem hatékony a humánszektorok (oktatás, gyermekvédelem, szociális ellátórendszer, egészségügyi ellátórendszer) koherens együttműködése.
- Az oktatási rendszer a versengést preferálja az együttműködéssel szemben, a diákok túlterheltek, hosszú időn keresztül nagy stressz hatásnak vannak kitéve. A nem észlelt és ezért nem kezelt pszichiátriai betegségek a gyermekek körében növeli az iskolai kudarcok számát és csökkenti a képzésben eltöltött időt.³⁶
- Egyértelmű veszélyforrásként jelenik meg a gyermekvédelmi gondoskodásban eltöltött időszak, illetve megoldatlan akár a védelembe vett, akár pedig a szakellátásba került gyerekek megfelelő gondozása. További probléma a gyermekvédelmi szakellátásból kikerült fiatalok veszélyeztetettsége.

A nagyobb számban diagnosztizált szenvedélybetegek és velük olykor szoros kapcsolatban álló pszichés zavarok, illetve pszichiátriai betegségek száma és aránya a fentiek alapján összetett rendszer „eredményeinek tekinthetőek”.

A krónikus pszichiátriai betegséggel élők – elsősorban az erős életviteli készségcsökkenések miatt – valamennyi társadalomban könnyen sodródnak a társadalom peremére, kerülnek szociális krízisbe. Ez a tétel különösen igaz és hangsúlyosan jelenik meg a mai hazai gazdasági, társadalmi viszonyrendszerben. Bár a szociális krízisek okozta mentális zavarok feloldásának (is) az elsődleges színtere elsősorban az egészségügyet (pszichiátriai) jelöli, a pszichiátriai betegellátás optimális működtetése csak az aktív, rehabilitációs és krónikus fekvőbeteg ellátás, a járóbeteg-szakellátás és a pszichiátriai betegek speciális szociális ellátásai (közösségi ellátások, bentlakásos intézmények stb.) komplex rendszerként kezelésével lehetséges.

³⁴ In: LEGOP

³⁵ In: LEGOP

³⁶ In: LEGOP

A pszichiátriai betegeket érintő aktuális, legfontosabb szociális következmények:

- Az otthonukban élő pszichiátriai betegek elszegényedésének következményeként további szociális problémacsoportok alakulhatnak ki: jellemző, hogy a betegek áldozatul esnek a lakásmaffióknak, hitelfelvételre kényszerülnek, vagy kényszerítik őket. Gyakori, hogy a betegeket a megélhetési szükségletek miatt olyan hozzátartozók veszik magukhoz, akikkel az megfelelő együttélés nem biztosított, akár bántalmazásnak is ki vannak téve.
- „A kezeletlen pszichiátriai betegeknél az átlag populációhoz mérve jelentősen gyakoribb a kóros szerhasználat. Ez a betegcsoport lényegesen rosszabbul működik együtt a szomatikus kezelésekkkel is. A depresszió és a szorongás fokozzák az öngyilkosság, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás és stressz-táplálkozás gyakoriságát is.”³⁷
- Az utóbbi években egyértelműen nőtt azoknak a pszichiátriai betegeknek a száma, akik adósságcsapdába kerültek.
- Magas azoknak a betegeknek az aránya, akik vagy be sem kerülnek, vagy pedig kiesnek a nyugdíjszerű ellátásokból, illetve a pénzbeli juttatásokból
- Folyamatosan romlanak a betegek munkaerő-piaci kilátásai, beleértve az elsődleges és másodlagos munkaerőpiacot is.
- Az utóbbi években nőtt a pszichiátriai betegek szembeni negatív társadalmi attitűd és az érintettek stigmatizációja, mely szintén növeli a betegek kiszolgáltatottságát.
- Akár társadalmi, akár pedig a családok szintjén megfigyelhető a családi kapcsolatok lazulása, megszűnése, így nő az izoláció kockázata.
- Egyre magasabb azoknak a betegeknek a száma, akik fiatal korban (25-35 év) kerülnek intézménybe. Ennek okai olyan társadalmi folyamatokra vezethetők vissza, mint a tolerancia hiánya, a munkanélküliség vagy éppen a szegénység növekedése.
- A krónikus pszichiátriai betegek gyakran társbetegségekkel élnek, mely erősíti hátrányos helyzetüket.

A pszichiátriai betegek a következő okokkal indokolják a szociális szolgáltatások igénylését:

- támogató szociális háttér (család) hiánya
- önellátó képesség hiánya
- társadalmi együttélés szabályainak durva megsértéséből adódó konfliktusok családon, adott lakókörnyezeten belül
- életviteli készségek csökkenése
- szociális izoláció, elmagányosodás
- gyógyszer compliance segítése
- gondozóorvosnál való rendszeres megjelenés elérése.(közösségi ellátás esetén)
- szociális krízis, adósságcsapda
- álláskeresési nehézségek

A fenti indokok és az egészségügyi gondozás mellett a szociális szolgáltatások hatékony szerepe az egyének készségcsökkenésének, illetve az egyének pszicho-szociális eszköztárának a javításában, valamint az önálló életvitel sikeres kialakításában is szerepet kap. Az esetek

nagy részében a pszichiátriai betegek a szociális szolgáltatásokat az aktív szakasz lezajlását követően veszik igénybe³⁸, elsősorban az életminőség javítása céljából. Mind az aktív szakaszban, mind pedig a rehabilitációs folyamat során is fellépnek betegségből adódó pszichológiai (lélektani) és szociális krízisek, melyek fokozott támogatást igényelnek. A szociális szolgáltatásokat nyújtóknak – az aktív jelenlét mellett – lehetőségük van a kliensek állapotrosszabbodásának, krízisállapotának felismerésére, így szerepük lehet akár életmentő beavatkozásra is! A tapasztalatok ugyanakkor azt mutatják, hogy a lelki megbetegedésekkel küzdők jelentős része csak akkor kerül az egészségügyi és szociális ellátórendszer látókörébe, amikor önálló életvezetési készségei és képességei oly mértékben csorbulnak, hogy az az egyén vagy a környezete számára jelentős életminőség csökkenést, vagy akár veszélyforrást is jelenthet.

³⁸

A krónikus pszichiátriai betegségek különböző, egymástól jól elkülöníthető stádiumokban zajlanak, az egyes fázisok más-más megközelítést igényelnek.

A pszichiátriai betegek részére szolgáltatás biztosító szociális intézményrendszer

A pszichiátriai betegek részére biztosított szolgáltatások alapszabály-rendszerét egyrészt a Szociális törvény, másrészt pedig az 1/2000-es rendelet rögzíti.

16. számú ábra:

SZT által nevesített szolgáltatások		
alapszolgáltatás		
<p>közösségi ellátás</p> <ul style="list-style-type: none"> • alacsonyküszöbű ellátás, a gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció az ellátottak saját lakókörnyezetében történik • pályázat útján, alaptámogatás: 2 000 000 Ft/szolgáltatás, teljesítménytámogatás 150 000 Ft/fő (2009-2010 év) 		<p>pszichiátriai betegek nappali intézménye</p> <ul style="list-style-type: none"> • napközbeni ellátást biztosítása, melynek keretében komplex pszichoszociális rehabilitáció elősegítése folyik a napi életritmus biztosításával • normatíva: 206 100 Ft/fő • 10 000 fő feletti településen kötelező
átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény		
	<p>pszichiátriai betegek átmeneti intézménye</p> <ul style="list-style-type: none"> • ideiglenes, teljes körű ellátás biztosítása, az otthoni • normatíva: 635 650 Ft/fő • 30 000 fő feletti településen kötelező 	
szakellátás		
<p>pszichiátriai betegek rehabilitációs intézete</p> <ul style="list-style-type: none"> • a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja • normatíva: 710 650 forint/fő • fővárosi és megyei önkormányzati feladat • 1. a szolgáltatás célja, 2. ellátási kötelezettség paramétere 	<p>pszichiátriai betegek lakóotthona</p> <ul style="list-style-type: none"> • a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja, korszerű lakhatást-és életkörülményeket biztosít • normatíva: 710 650 Ft/fő • fővárosi és megyei önkormányzati feladat 	<p>pszichiátriai betegek ápolást-gondozást nyújtó intézménye</p> <ul style="list-style-type: none"> • tartós bentlakás, teljes körű ellátást biztosít • normatíva: 710 650 Ft/fő • fővárosi és megyei önkormányzati feladat

A közösségi pszichiátriai ellátás

A közösségi pszichiátriai ellátás 2005 és 2009 közötti időszakban a települési önkormányzatok részére kötelezően előírt speciális alapfeladatként jelent meg. Az ellátásszervezés 2009 évtől átalakult: állami feladatszervezésbe került a szolgáltatás pályáztatása és a finanszírozása is.³⁹ Az Szt. 131/A. §-a alapján a szolgáltatások működését az állam főszabályként 3 évre megkötött finanszírozási szerződések útján támogatja. A finanszírozás átalakításának indoka egyrészt a korábbi közösségi ellátások területi egyenlőtlenségek mérséklése volt, illetve a szükségletekhez igazítás. Az átalakítás további fontos eredménye lett, hogy kialakult egy szektorsemleges finanszírozás, amellyel megszűnt a civil fenntartók lépéshátránya.

³⁹

In: http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_szocpol_gyermekved

A szolgáltatás biztosítása kétféle finanszírozásból tevődik össze: egyrészt az alapvető működést finanszírozó alaptámogatásból áll, másrészt pedig a vállalt feladatmutatótól függő teljesítménytámogatásból.⁴⁰

A közösségi pszichiátriai ellátás célja a betegségből adódó károsodás, pszicho-szociális fogyatékoság okozta hátrányok leküzdése annak érdekében, hogy a betegek a lehető legteljesebb mértékben részt vehessenek a közösség életében. A szolgáltatás a betegek lakókörnyezetében folyik, ezáltal biztosítani tudja, hogy az érintett ott kap segítséget problémáira, ahol azok keletkeztek. Így az ellátási területen javul a betegek segítséghez jutási esélye és nő az igénybevételi hajlandóság is, amely tehermentesíti az ellátórendszer többi szereplőjét. A közösségi ellátás a pszicho-szociális rehabilitáció eszközeivel nyújt segítséget: az érintettek megküzdési képességének erősítésével, önsegítő aktivitásuk ösztönzésével, felelősségérzetük ébrentartásával, készségfejlesztéssel, személyes szabadságuk tiszteletben tartásával, az erőforrások felkutatásával, a segítő intézmények közötti együttműködés elősegítésével.⁴¹

A közösségi ellátás a saját lakókörnyezetükben élő krónikus pszichiátriai betegeknek biztosít szolgáltatást.

Az ellátotti kört, illetve a finanszírozás alapját meghatározó feladategységbe tartozó betegek körét az 191/2008. (VII.30.) Korm. rendelet szabályozza. A jogszabály 1.§ cb) pontja szerint a feladategység elszámolható azoknak a pszichiátriai betegeknek az esetében, akik a pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás keretében a külön jogszabályban foglaltak szerint egész évben szolgáltatásban részesülnek és a BNO 10 kódkönyv F 00-09 vagy 20-99 diagnóziskódba tartoznak.

17. számú ábra: A szolgáltatók száma és területi elhelyezkedése

Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére, 2009			
Terület	Tárgyév folyamán ellátásba vettek	Tárgyév folyamán ellátásból kikerültek	Ellátottak száma tárgyév XII. 31-én
Budapest	531	638	1111
Pest	170	188	205
Közép-Magyarország	701	826	1316
Fejér	23	14	124
Komárom-Esztergom	2	13	84
Veszprém	61	14	84
Közép-Dunántúl	86	41	292
Győr-Moson-Sopron	75	37	193
Vas	105	89	166
Zala	100	358	245

⁴⁰

A szolgáltatás esetében az éves feladatmutatót a 191/2008. (VII.30.) Korm.rend. határozza meg. A jogszabály szerint a kötelezően teljesítendő feladatmutató éves átlagban 40 fő. A teljesített feladatmutató meghatározása során pedig nem vehető figyelembe a) pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás esetén az a BNO 10 kódkönyv F 20-29 vagy 31-33 diagnóziskódba nem besorolható ellátottakkal teljesített feladatmutató, amely éves szinten meghaladja az összes figyelembe vehető feladatmutató 10 százalékát.

⁴¹ In: Bugarszki Zsolt - Gordos Erika - Marketti Judit (2008) Szakmai ajánlás a közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére. Budapest, FSZH és Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.

Nyugat-Dunántúl	280	484	604
Baranya	61	97	196
Somogy	40	78	150
Tolna	68	79	140
Dél-Dunántúl	169	254	486
Borsod-Abaúj-Zemplén	18	53	53
Heves	45	38	87
Nógrád	64	17	90
Észak-Magyarország	127	108	230
Hajdú-Bihar	447	446	594
Jász-Nagykun-Szolnok	133	286	150
Szabolcs-Szatmár-Bereg	272	297	370
Észak-Alföld	852	1029	1114
Bács-Kiskun	184	49	263
Békés	118	271	307
Csongrád	159	100	357
Dél-Alföld	461	420	927
Összesen	2676	3162	4969
Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyv			

Problémák a közösségi ellátás területén

A szolgáltatáshoz való hozzáférés továbbra sem biztosított egyenlő mértékben, jelentős különbségek tapasztalhatóak a vidéki és fővárosi szolgáltatások között. A vidéki területeken a feladat ellátását nagymértékben megnehezíti a települések közötti távolságok, az utazási nehézségek és költségek. A gondozásra szánt időtartam jelentősen lerövidül az utazási idő miatt, különösen akkor, ha a közösségi gondozó tömegközlekedési eszközzel jár.

Működő szolgáltatók esetében a közösségi gondozók leterheltsége jelentős, a szakszemélyzet létszáma és a rendelkezésre álló gondozási egységek nem minden esetben teszik lehetővé a megfelelő ellátás biztosítását, a felmerült szükségletek mennyiségi és minőségi kielégítését.

Egyes szervezetek, szolgáltatók között nagyfokú eltérés tapasztalható a szakemberek felkészültsége terén: ahol létezik egészségügyi háttérintézmény vagy pszichiátriai betegek szociális ellátását biztosító intézmény keretében szervezett a közösségi pszichiátriai ellátás, ott jellemzően sokkal magasabb szintű az ellátás.

Az ellátási igények koncentrációja és azok minősége igen különböző, így a nyújtott szolgáltatások szakmai tartalma és mennyiségi mutatói is jelentős különbségeket mutatnak.

Jellemző, hogy a fővárosi és nagyvárosi szolgáltatók kedvezőbb helyzetben vannak tárgyi és személyi feltételrendszerüket, a munkaerő mennyiségét és a minőségét tekintve egyaránt. Ez egyrészt abból következik, hogy könnyebben elérhetőek számukra az új, korszerű információk és képzési lehetőségek, másrészt ezek a szolgáltatók jobb eséllyel tudják a hálózati munka módszerével támogatni az igénybevevőt.

A kliensek és családjuk általában összetett szociális problémával keresik fel a szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások további egységeit. Ezeknél az eseteknél jellemző, hogy a szolgáltatók nem képesek hatékonyan segíteni a mentális problémákkal küzdő (akár a közösségi gondozóval együtt érkező) beteget, amelynek elsődleges oka, hogy az ott dolgozók

általában nem rendelkeznek a pszichiátriai betegek és családjaik gondozása területén korszerű ismeretekkel.

Javaslatok

A közösségi ellátás fejlesztésének és hatékony működésének legfontosabb feltétele az ellátó személyzet szakmai képzése, ami a pszichiátriai betegek betegségének, magatartásának és terápiájának alapszintű ismeretére vonatkozik. A képzésben – a szükséges szociális és pszichiátriai stb. ismereteken túl – elméleti és gyakorlati felkészültséget kellene szerezni a kliens családokkal való együttműködésben.

Fontos lenne a szervezett hivatásgondozás, a „praxis-analízis”, az egyéni vagy csoportos szupervíziós lehetőség feltételeinek a munkarendbe való beépítése, finanszírozása, a gyakorlati hozzáférés támogatása.

Pszichiátriai betegek nappali ellátása

A pszichiátriai betegek nappali ellátásának a célja, hogy elősegítse az otthonukban élő pszichiátriai betegek komplex pszicho-szociális rehabilitációját. Az ellátás alapvetően a beteg öntevékenységeinek és önellátásának a kialakítását, megerősítését szolgálja, miközben a kliens segítséget kap a társas kapcsolatok kialakításához, illetve számára biztosítja az étkezést és az alapvető higiénés szükségletek kielégítését, a megfelelő szabadidős programokat, valamint segítséget kap a gyógyszeres terápiája betartásában is.⁴² A nappali intézményekben olyan programokat, illetve oktatási/képzési és foglalkoztatási lehetőségeket kell biztosítani, amelyek hozzájárulnak a kliens sikeres reintegrációjához.

A pszichiátriai betegek nappali ellátásában részt vehet valamennyi, a tizennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő, otthonukban élő pszichiátriai beteg.⁴³

A nappali intézményben elhelyezett gondozottak többnyire kompenzált státuszban vannak, nem veszélyeztető állapotúak és gyakran egyéb diagnózisokkal illetve fogyatékkal is küzdenek (pl. értelmi akadályozottság, szenvedélybetegség stb.).

Az intézmény kiemelt hangsúlyt fektet a családdal és a természetes támogatókkal való együttműködésre. Ennek célja, hogy a támogatott személy biztonságban érezze magát, megteremtődjen a családban, otthoni környezetben való együttélés lehetősége, és reális eséllyé váljon a foglalkoztatás és az oktatás világába való visszatérés. A nappali ellátások segítségével a családok tehermentesítődnek, a gondozást-ápolást végző családtagnak lehetősége nyílna a munkaerőpiacon való aktív szerepvállalásra.

A hatékony nappali ellátási forma hosszabb időt igénylő rehabilitációs forma, ami a családok tehermentesítése mellett a mentális betegséggel élők fokozatos fejlesztését végzi, a kigondozás egyértelmű elérésének céljával. A cél elérésének realitását rendszeres belátható időnként meg kell vizsgálni és szükség esetén az ellátottat más ellátási formába kell irányítani.

⁴² In: In: Bugarszki Zsolt - Gordos Erika - Marketti Judit (2007)Pszichiátriai betegek nappali intézménye.

Irányelv

⁴³ In: 1993. évi III. tv 65/F

18. számú ábra: A szolgáltatók száma és területi elhelyezkedése:

Pszichiátriai betegek nappali ellátása				
Terület	férőhelyek száma	ellátottak száma (XII. 31.)	intézmények száma*	
Budapest	291	513	8	
Pest	20	19	1	
Közép-Magyarország	311	532	9	
Fejér	30	35	1	
Komárom-Esztergom	20	19	1	
Veszprém	20	20	1	
Közép-Dunántúl	70	74	3	
Győr-Moson-Sopron	30	30	1	
Vas	20	20	1	
Zala	70	67	2	
Nyugat-Dunántúl	120	117	4	
Baranya		1		
Somogy				
Tolna				
Dél-Dunántúl		1		
Borsod-Abaúj-Zemplén	101	102	2	
Heves	12	11	1	
Nógrád				
Észak-Magyarország	113	113	3	
Hajdú-Bihar	60	52	2	
Jász-Nagykun-Szolnok	92	92	1	
Szabolcs-Szatmár-Bereg	130	144	4	
Észak-Alföld	282	288	7	
Bács-Kiskun	25	9	1	
Békés	533	347	10	
Csongrád	103	134	3	
Dél-Alföld	661	490	14	
Összesen	1557	1615	40⁴⁴	

Problémák a nappali ellátások területén

Férőhely és kapacitáshiány miatt nem biztosított a kliensek részére az egyenlő esélyű hozzáférés.

Az intézmények egy része nem készült fel megfelelő módon (módszerek, eszközök) a pszichiátriai betegek heterogén ellátási igényeire, amely ellehetetleníti a személyre szabott szolgáltatás biztosítását.

A legtöbb szolgáltatónál mivel hiányoznak az oktatási/képzési programok, ugyanígy a jövedelemszerzésre alkalmas foglalkoztatás is, ezért az intézmény általában kulturális programok és különböző szocioterápiás foglalkozások szervezésével próbál napi programokat

44

Forrás: KSH, OSAP

ajánlani. Ezek azonban egyrészt nem biztos, hogy kielégítik a célcsoport igényeit, másrészt hosszútávon nem segítik intenzíven az egyéni reális célok elérését, a „felépülési” folyamatot.

Javaslatok

A nappali intézményekben az ellátást igénybe vevő személyek és a segítők képzése mellett, a foglalkoztatásnak már a munkaerő-piaci elvárások fokozatos bevezetését kell szolgálni, ami viszont a munkavállalás és munkaminőség színvonalának folyamatos emelését jelenti.

Pszichiátriai betegek átmeneti intézménye

A pszichiátriai betegek átmeneti intézménye 1 évre biztosít ideiglenes elhelyezést a mentális és pszichiátriai problémákkal küzdő személyek részére. A szolgáltatás célja az önálló életvitel feltételeinek fenntartása a szociális segítségnyújtás lehetőségeinek felhasználásával és speciális programok szervezésével (képességfejlesztés, stresszkezelés, munkavállalással kapcsolatos tréningek, szociális esetmunka, életvezetési készségek fejlesztésének elősegítése, szabadidős programok).⁴⁵ Az ellátás legfőbb célja a családba, otthoni környezetbe való visszahelyezés támogatása és elősegítése. A sikeres visszahelyezés érdekében a családokkal, természetes támogató személyekkel végzett szociális munka legalább olyan fontos, mint a lakó érdekében és vele közösen tett intézkedések sora.

„A pszichiátriai betegek átmeneti otthonában az a pszichiátriai beteg helyezhető el, akinek ellátása átmenetileg más intézményben vagy a családjában nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése nem indokolt.”⁴⁶

Az ellátottak olyan mentális problémákkal, pszichiátriai kórképekkel rendelkeznek, akiknek a szükségleteit a családi viszonyok között általában a mikroközösség kielégíti.

Az intézményi elhelyezés oka olyan szituáció, amelyről feltételezhető annak átmeneti jellege, akár előre számítható határozott időtartama. Jellemző, hogy az ellátás a család tehermentesítését biztosítja (gyakran fordul elő, hogy a gondozó családtag maga is megbetegszik, és kórházi ellátásra szorul). Az átmeneti elhelyezési kérelem benyújtását ezen kívül általában lakhatási, megélhetési problémák, a család eladósodása, illetve kritikus élethelyzetek szokták eredményezni, de jellemző az is, hogy az elhelyezést hirtelen állapotromlás, olykor kezelhetetlennek tűnő konfliktushelyzetek, a nyílt agresszió és az abúzusok különböző formáinak megjelenése okozzák.

⁴⁵ In: 1/2000. 85.§ és 87§.

⁴⁶ In: 1993. évi III. tv. 83/A. §

19. számú ábra: A szolgáltatók száma, területi elhelyezkedése és az engedélyezett férőhelyek száma

Pszichiátriai betegek átmeneti otthona		
Terület	férőhelyek száma	intézmények száma*
Közép-Magyarország	28	2
Közép-Dunántúl	25	2
Nyugat-Dunántúl	6	1
Dél-Dunántúl	0	0
Észak-Magyarország	0	0
Észak-Alföld	20	1
Dél-Alföld	0	0
Összesen	99	6

Problémák az átmeneti otthonok tevékenységi területén

- Legfontosabb nehézség az átmeneti intézményi férőhelyek igen korlátozott létszáma (jelenleg összesen 99 férőhely biztosított az országban). Ennek következtében hiányos az egymásra épülő ellátási formák szisztematikus és elérhető távolságban lévő rendszere, rugalmatlanná és életszerűtlenné válik az egyes elemek közötti átjárhatóság.
- A szolgáltatás nem éri el a kitűzött célt, hiszen a fenntartó abban érdekelt, hogy férőhelyei az éves gondozási napok maximális számában betöltöttek legyenek és mindenképpen jelentős érv a mielőbbi visszakerülés szakmai támogatása ellen. Bár jelentkezők vannak a megüresedett férőhelyekre, az áthelyezések jelentős többsége az ápoló-gondozó otthoni ellátás felé történik, kisebb arányban történik tényleges átmeneti idejű és adekvát szakmai tartalmú segítségnyújtás.
- Fontos probléma, hogy a legtöbb beteg útja az átmeneti otthonokból egyenesen az ápoló-gondozó otthoni ellátás felé vezet, ami többnyire élethosszig tartó ellátás jelent. Az intézményekben ugyanis nincs meg a megfelelő szakmai létszám és speciális kompetenciákkal felvértezett szakszemélyzet a visszahelyezés komplex folyamatát segítő team alapjaként.

Pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthona

Ápoló-gondozó otthonokban azoknak a személyeknek szükséges teljes körű ellátást, valamint az egészségügyi ellátását biztosítani, akik önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képesek, feltéve, hogy ellátásuk más módon nem oldható meg.

Az intézménynek biztosítani kell a jogszabályok mentén a megfelelő tárgyi és személyi feltételrendszert, a működési rendet, az ápolási és gondozási feladatok keretébe tartozó tevékenységeket, a szocioterápiás és szociális foglalkoztatási formákat, a dokumentációk megfelelő vezetését, az átlátható, számon kérhető és nyomon követhető intézményi működést, valamint a tevékenység értékelését és megfelelő fejlesztését.

A pszichiátriai betegek otthona azokat a krónikus pszichiátriai beteget látja el, akik az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotúak, akut gyógyintézeti kezelést nem igényelnek és egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt önmaguk ellátására segítséggel sem képesek. Az ellátotti kör olyan betegekből áll, akik állapotukat, szociális kapcsolataikat, oktathatóságukat vagy foglalkoztathatóságukat tekintve olyan halmozott hátrányt szenvednek el, hogy kizárólag csak ápolásra, állandó felügyeletre, megfigyelésre és gondozói támogatásra szorulnak.

Azok a betegek, akinek a kezelőorvos által meghatározott alaptergésge időskori vagy egyéb szellemi leépülés, súlyos antiszociális, közösségi együttélésre képtelen személyiségzavar vagy szenvedélybetegség, csak abban az esetben vehetőek fel, ha az intézmény az alaptergésgeével összefüggésben is képes szolgáltatást nyújtani számára.⁴⁷

A pszichiátriai ápoló-gondozó otthonokban élők leggyakoribb orvosi diagnózisai a következők:

- Borderline személyiségzavar
- Scizophrenia chronika
- Organikus paranoid zavar
- Aethylizmus chronika
- Scizoaffektív zavar
- Mentális retardáció markáns viselkedésromlással
- Depresszió
- Paranoid pszichozis
- Bipoláris affektív zavar

A jogszabály szerint ön és közveszélyes állapotú ellátott nem kerülhet felvételre, azonban a pszichiátriai betegségek jellegéből fakadhatnak, hogy a lakó állapota változik, intenzív szakaszba lép vagy kompenzált időszak tartható fenn.

⁴⁷

In: 1993. évi III. tv 71. § (1)

20. számú ábra: A szolgáltatók száma, területi elhelyezkedése és az engedélyezett férőhelyek száma

Pszichiátriai betegek bentlakásos ellátása			
Terület	férőhelyek száma	ellátottak száma (XII. 31.)	intézmények száma*
Budapest	300	300	4
Pest	886	843	11
Közép-Magyarország	1186	1143	15
Fejér	248	249	3
Komárom-Esztergom	202	204	3
Veszprém	255	268	3
Közép-Dunántúl	705	721	9
Győr-Moson-Sopron	496	490	4
Vas	996	993	9
Zala	410	410	4
Nyugat-Dunántúl	1902	1893	17
Baranya	238	253	4
Somogy	285	279	3
Tolna	140	141	2
Dél-Dunántúl	663	673	9
Borsod-Abaúj-Zemplén	810	811	5
Heves	300	304	1
Nógrád	267	265	2
Észak-Magyarország	1377	1380	8
Hajdú-Bihar	638	629	13
Jász-Nagykun-Szolnok	277	276	5
Szabolcs-Szatmár-Bereg	427	421	7
Észak-Alföld	1342	1326	25
Bács-Kiskun	465	453	3
Békés	457	458	6
Csongrád	434	429	5
Dél-Alföld	1356	1340	14
Összesen	8531	8476	97

48

Problémák az ápoló-gondozó otthonok ellátásokkal kapcsolatban

- Az intézményvezetők általános tapasztalata, hogy a bentlakásos ellátást kérelmezők kb. 30-35%-a igazából nem a bentlakásos intézmény célcsoportja, hanem a közösségi, illetve otthonközeli ellátásoké. Ezt az előgondozás, illetve az intézményben végzett

állapot- és szükségletfelmérések támasztják alá. Célszerű már az előgondozás szakaszában bemutatni, felajánlani a közösségi ellátást, mint alternatívát (Ez csak abban az esetben releváns, ha a kliens elérhető közelségben van a közösségi ellátásoktól.) Tekintettel arra, hogy az átmeneti intézményi, a lakóotthoni és a rehabilitációs intézményi férőhelyek igen korlátozott létszámban biztosítottak, valamint a nappali ellátórendszer elszórtan van jelen, gyakorlatilag az otthonában különböző okok miatt nem ellátható pszichiátriai betegek „gyűjtőjévé vált” az ápoló-gondozó otthoni intézmények rendszere. A bekerülést hosszú várakozási idő előzi meg, 2009-ben ugyanis a pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthona 99,3%-os kihasználtsággal működött.

- A bekerült ellátottak koruk, nemük, szociális és anyagi helyzetük, iskolázottságuk, kórképük, kórtörténetük, kapcsolódó egyéb betegségeik és szocializáltságuk alapján igen heterogén lakóközösséget alkotnak, amelynek együttélési problémáit az élethosszig történő berendezkedés tovább mélyíti.
- A bentlakásos intézmények esetében erősíteni kell a rehabilitációs szemléletet, ki kell dolgozni a rehabilitációs tevékenység jogi, pénzügyi és szakmai motivációs rendszerét és meg kell teremteni a rehabilitációs tevékenység optimális személyi és tárgyi feltételeit, valamint módszertani eszköztárát is.
- Általánosan jelentkezik a kettős diagnózisú, halmozott hátrányokkal érintett lakók ellátási nehézsége.
- Jellemző probléma, hogy, a pszichés tüneteket produkáló, ön- és közveszélyes magatartást tanúsító fiatalok, 14 éven felüli fiatalok problémáját a gyermekvédelmi ellátórendszer nem képes kezelni, ezért ellátási kényszerből többen felnőtt korú pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthonában kerülnek elhelyezésre.
- Az ellátási területen hiányzik a megfelelő számú képzett és kompetens szakszemélyzet, kidolgozatlanok a gondozási módszerek és eszköztárak.
- Olykor a tárgyi környezet elavult, lelakott, felújításra vagy karbantartásra nincsenek források, az egyéni és közösségi élettér zsúfolt és nem teszi lehetővé az intimitást, az elkülönülést, az egyéni ízlés megjelenését.
- Az élet minden fontos színtere az intézményben található, olykor még az épületet sem kell elhagyni, amely hospitalizációs ártalomhoz vezet. Amennyiben az intézmény szegregált környezetben található, az előbbieket hatványozottan éreztetik hatásukat.
- A szakszemélyzet egy része felkészületlen az agresszió megfelelő kezelésére, a korlátozások jogszerű alkalmazására és ebben egységes elvárás-rendszert, megfelelő gyakorlatot a szakma sem közvetít számukra.
- A bentlakásos intézmények nem rendelkeznek különleges szükségletű pszichiátriai betegek gondozását biztonságosan, az emberi méltóságot tiszteletben tartó úgynevezett speciális részlegekkel,
- A jelenlegi normatív finanszírozási rendszer nem teszi lehetővé a differenciált - az ellátást igénybe vevő személyek egyéni gondozási szükségleteit és fizetőképességét, valamint a végzett munka nehézségi fokát is figyelembe vevő finanszírozást. Ennek következménye, hogy az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező és súlyosabb tüneteket produkáló kliensek, kérelmezők kiszorulhatnak a bentlakásos intézményekből. (A jogalkotó a felvételi rendszer elemeinek részletes szabályozásával több éve törekszik ennek megakadályozására.
- A gyakorlatban szerzett tapasztalatok alapján ki kell emelni a fent felsoroltakból, a személyzet szakképzését és továbbképzését. Folyamatos lehetőséget kell biztosítani az ápoló-gondozó otthonoknak a fejlesztési pályázatokon való részvételére.

Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézményei (rehabilitációs intézmény és rehabilitációs lakóotthon)

A rehabilitációs intézmény a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja.⁴⁹

A pszichés zavarokkal küzdő lakók számára biztosított szolgáltatás célja, hogy az ellátott fokozatosan, egyre nagyobb mértékben függetlenítődjön az intézményesült rendszertől, kialakuljanak szociális kapcsolatai, anyagilag motiválttá váljon, önálló jövedelemre tegyen szert, kialakuljon, illetve megszilárduljon a lakó munkavállalói identitása, képessége. (A pszichiátriai betegek esetében felépülésen nem a teljes fizikális, mentális és emocionális egészséget értjük, hanem az önálló életvitelhez, kielégítő szociális kapcsolatokhoz való megfelelő állapot elérését, amely az egyén életében pozitív irányú minőségi változást eredményez.)

A sikeres rehabilitációs intézményi működéshez elengedhetetlen az egyéni nyomonkövetés és megfelelő kapcsolatrendszer kialakítása mind a segítők, mind a lakók, mind pedig az oktatók és foglalkoztatók részéről.

A lakóotthoni forma egyértelműen közelebb viheti az ellátottakat a családi életforma megtapasztalásához.

A pszichiátriai rehabilitációs intézményében azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget, illetve 16. életévét betöltött szenvedélybeteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód. A rehabilitációs intézményi keretek között indokolt biztosítani annak a rászoruló személynek az elhelyezését, akinek az egészségi, a pszichés, a mentális, a szociális állapota a rehabilitáció több területén, együttesen zajló, komplex, átfogó segítséget igényel és ennek hatékony megoldása ambuláns formában vagy más intézményi keretek között nem valósítható meg.⁵⁰

Az rehabilitációs célú intézményekben olyan pszichiátriai betegeknek és/vagy stressz által kialakult betegségekben szenvedőknek nyújtanak ellátást, akik számára elsődleges cél, hogy be/visszakerüljenek akár a munkaerő-piacra, akár az oktatási rendszerbe.

A rehabilitálandók állapotukat tekintve többnyire kompenzáltak és önálló életvitelre, életmódra képesek, s a rehabilitáció célját tekintve fontos tényező, hogy a betegségük kezelése során döntően együttműködők.

⁴⁹ 1993. évi III. tv. 72.§

⁵⁰ 1993 évi III. tv. 73. § (1)

21. számú ábra: A szolgáltatók száma, területi elhelyezkedése és az engedélyezett férőhelyek száma

Pszichiátriai betegek rehabilitációs lakóotthona		
Terület	férőhelyek száma	intézmények száma*
Közép-Magyarország	85	1
Közép-Dunántúl	0	0
Nyugat-Dunántúl	46	3
Dél-Dunántúl	12	1
Észak-Magyarország	0	0
Észak-Alföld	80	3
Dél-Alföld	0	0
Összesen	350	8

22. számú ábra: A szolgáltatók száma, területi elhelyezkedése és az engedélyezett férőhelyek száma

51

Régió	Intézmények száma	Biztosított férőhelyek száma
Észak-Alföld	3	80
Észak -Magyarország	0	0
Dél-Alföld	0	0
Dél-Dunántúl	1	12
Közép-Dunántúl	0	0
Közép- Magyarország	1	85
Nyugat-Dunántúl	3	46
ÖSSZESEN	8	223

52

Problémák a lakóotthonok és a rehabilitációs otthonok tevékenységi területén

Magyarországon össztársadalmi szinten hiányzik a pszichés problémákkal küzdők felépülésébe illetve önálló életvitelre, életmódra való alkalmassá válásában való hit és ezáltal a helyi közösségek elköteleződése és motivációja sincs jelen, amely a folyamat nélkülözhetetlen közegét jelentené. Nehezíti az integrációs folyamatot a társadalmi előítéletesség, amely a megfelelő információk hiányából fakad. A kriminalizálódott esetek médiavisszhangja tovább növeli a szakadékot az „épek” társadalma és a pszichiátriai betegséggel küzdők között, következményei beláthatatlanok és visszavetik a pozitív kezdeményezéseket.

Gyakran a szakemberek képzése nem megfelelő, nem rendelkeznek azokkal az ismeretekkel, módszerekkel, technikákkal, amelyek alkalmazásával segítenék a lakók felépülését, önállóvá válását. Maguk a szakemberek sem hisznek a rehabilitáció sikerében, mivel nincsenek olyan

⁵¹ <http://szocialisregiszter.afsz.hu/>

⁵² <http://szocialisregiszter.afsz.hu/>

gyakorlati mintahelyek és sikeres mintaprojektek, ahol elsajátíthatnák a pszichiátriai betegek oktatása, képzése, továbbképzése és sikeres foglalkoztatása során elérhető eredmények tapasztalatait, illetve találkozhatnak sikeres rehabilitációs munkát végző szakemberekkel, valamint „talpra állt” mentális zavarokban szenvedő egyénnel, tapasztalati szakértőkkel.

Kompetens szakemberek nélkül a családok támogató rendszere is csorbul, hiszen nincs részükre megfelelő útmutatás, tanácsadás és nincs, aki a hozzátartozó felépülésében hitet kölcsönözne.

Az intézmények egy része szegregált környezetben, településektől távol helyezkedik el, így a lehetséges munkahelyek, oktatási intézmények elérhetetlenek.

Nincsenek befogadó munkahelyek, rugalmas munkakörök és állami ösztönzők, amelyek támogatnák a mentális zavarokban szenvedők foglalkoztatási esélyeit. Ugyanígy hiányoznak azok a komplex és rugalmas oktatási és foglalkoztatási szolgáltatást biztosító szervezetek, amelyek szélesebb és színesebb lehetőséget is nyújthatnának a munkatapasztalat megszerzésére.

Maga a rehabilitációs intézmény, illetve a rehabilitációs célú lakóotthon befogadó társadalom, helyi környezet, munka – és oktatási lehetőségek nélkül, megfelelően képzett és kompetens segítők nélkül nem lehet eredményes.

A lakóotthonok és rehabilitációs otthonok hatékonyságát a pszichiátriai betegek társadalmi elutasítottságát oldó Anti-Stigma program képes sikeressé tenni. A komplex támogató programnak az érintettek napi segítség igénybevételének biztosítása (mentorálás) mellett az eredeti család szemléletváltozását és együttműködését szükséges biztosítani.

Pszichiátriai betegek részére nyújtott családsegítő szolgáltatások

A mentális problémákkal élők és családjaik részére a családsegítés keretében szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást, a pénzügyi, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését szükséges biztosítani. Ezen kívül családgondozást kell működtetni, így a családban jelentkező működési zavarok, illetve konfliktusok megoldásának elősegítését, valamint közösségfejlesztő, egyéni és csoportos terápiás programok szervezését, családokon belüli kapcsolaterősítést szolgáló közösségépítő, családterápiás, konfliktuskezelő mediációs programokat és szolgáltatásokat.

A jelzett feladatokat különböző kötelező és speciális szolgáltatások formájában, jogszabályok, helyi rendeletek vagy szakmai koncepció alapján meghatározott keretek között szükséges megvalósítani. Maga a rehabilitációs intézmény, illetve a rehabilitációs célú lakóotthon befogadó társadalom, helyi környezet, munka – és oktatási lehetőségek nélkül, megfelelően képzett és kompetens segítők nélkül nem lehet eredményes.

A pszichiátriai betegek különböző indokokkal keresik fel a szolgálatot. Egyrészt a betegeket súlyosan érinti a társadalmi kirekesztődés, az elszegényedés, a családi zavarok és diszfunkciók: sokan közülük betegségük vagy a gyógyszerek mellékhatása miatt ugyanis nem tudnak munkát vállalni, nem képesek eltartani magukat, ezáltal pedig valamely szociális-egzisztenciális probléma mentén kerülnek be a családsegítő ellátásaiba. Másrészt pedig a családsegítéssel való lefedettség, az ellátásba bevont települések aránya közel 90 %-os Magyarországon, szemben a betegek részére biztosított egyéb, szociális és egészségügyi ellátással, azok területi egyenlőtlenségével és a hozzáférés nehézségeivel. Harmadrészt a betegség belátással nem rendelkező, és éppen ezért orvosi kezelésben nem részesülő betegek, ezt a szolgáltatást veszik igénybe a leginkább és itt van lehetőség arra, hogy orvosi ellátásba kerüljenek.

A közösségi pszichiátriai, és a nappali ellátások keretében elsősorban azokat a pszichiátriai betegeket látják el, akik orvosi kezelés alatt állnak, vagy álltak, elfogadják az orvosi diagnózist, kéri az ellátást Bizonyos szolgáltatásokat a családsegítőkből ők is igénybe vesznek (pl. adósságkezelés, szociális ügyintézés, pszichológiai szolgáltatások). Ezekben az esetekben – amennyiben létezik és jó az együttműködés a többi pszichiátriai ellátással – általában jól működik a szolgáltatás nyújtása, ugyanígy, a szolgáltatásban tartás is, mivel az együttműködési nehézségekben kiegyenlítő-egyensúlyozó szerepet tud vállalni a közösségi gondozó (pl. adósságkezelés folyamatában).

A családsegítő szolgálatok látóterébe kerülő, orvosi kezelésben nem részesülő ügyfelekkel (ennek elsődleges, ám nem kizárólagos oka a betegségbelátás hiánya) való együttműködés legnagyobb nehézsége, hogy a mentális és szociális állapotuk lényegesen rosszabb az orvosi kezelésben részesülő pszichiátriai betegeknél. Ezek a kliensek általában későn és súlyosan veszélyeztető tényezők közepette, leggyakrabban adósság-, munkanélküliség-, vagy lakhatási problémával keresik fel a családsegítő szolgálatokat.

Fontos problémaként jelentkezik – mind az egészségügy, mind pedig a szociális rendszer oldaláról alap-és szakellátás szintjén is –, hogy nagyon változatos, illetve egyenlőtlen területileg a rászorulóknak számára elérhető intézmények száma, illetve kapacitása.

A családsegítő szolgálatok kliensei közül az orvosi kezelésben nem részesülő pszichiátriai betegekkel kapcsolatban a legfontosabb probléma szorosan összekapcsolódik a kényszergyógykezelés (1997. évi CLIV.(199.§) dilemmáival. A törvény visszássága nyomán kialakult patthelyzetben ugyanis a családgondozóknak sok esetben semmilyen adekvát, szakmai eszközük nincs a kliens problémáinak a megoldásában.

Javaslatok

- a szociális és az egészségügyi ellátás határesetének kezelésére közös eljárásrend és szakmai ajánlás kidolgozása
- a családgondozók számára speciális képzésre, a célcsoport problémáira fókuszáló szupervízióra van szükség, hogy megismerjék és megértsék a pszichiátriai betegek helyzetét, problémáit, viselkedését és megtanulják a betegekkel való együttműködés hatékony módját
- speciális feladatként be kell emelni a családsegítő szolgálatokhoz a közösségi ellátók multidiszciplináris teamben való részvételét, a kórházak pszichiátriai osztályával való kapcsolattartást, valamint az egészségügy területén szabályozni szükséges a kórházi szociális munkásnak a jelzőrendszer működtetésében való részvételét
- a pszichiátriai betegek közösségi és nappali ellátásában finanszírozott orvos konzultáns feladatai közé be kell emelni (plusz finanszírozással) a családsegítő

szolgálatoknál megforduló pszichiátriai betegekkel folyó munka konzultációval történő támogatását

- a jelenleginél sokkal hangsúlyosabb, átgondolt, hosszútávú prevenció (családi konfliktusok kezelése, mediáció, egyéni, pár és családterápia, önismeret, személyiségfejlesztés, komplex mentálhigiénés programok) kell megvalósítani
- szükséges lenne elérni, hogy az egészségügy nyitottabb legyen a szociális szakmával, akár kötelező esetkonferencia előírásával
- alapvető fontosságú a társszakmákkal, intézményekkel való szoros együttműködés, a multidiszciplináris szemlélet sok esetben akár a teljesen kilátástalannak tűnő eseteknél is megoldást jelenthet. Az intézményközi együttműködések (amennyiben vannak elérhető társintézmények) alappillére az intézményközi esetmegbeszélő, esetkonferencia, az együttműködési keret meghatározása, ezen belül pedig a feladatok, kompetenciák kijelölése

Pszichiátriai betegek részére biztosított gyermekjóléti szolgáltatások

A gyermekjóléti szolgálatok ellátottai körében megjelenő pszichiátriai betegséggel küzdőkről (felnőttekről és gyermekekről) pontos számadatokkal nem rendelkezünk. Tekintettel arra, hogy az országos adatgyűjtések a gyermekjóléti szolgáltatók által kezelt problémák típusait, illetve az ezekkel a problémákkal érintett gyermekek számát gyűjtik, nem állapítható meg pontosan, hogy hány ellátott gyermek esetében beszélhetünk egyértelműen pszichiátriai betegségről.

23. számú ábra:

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Ellátott gyermekek száma (2009)
Anyagi (megélhetési, lakhatással összefüggő stb.)	148 203	151 629	161 245	165 404	171 652	178 884	160 030	27 313
Gyermekevelési	97 945	115 029	124 977	128 913	133 663	143 794	125 225	19 635
Gyermekeintézménybe beilleszkedési nehézség	30 446	31 672	37 691	40 900	37 924	46 385	44 106	10 706
Magatartászavar, teljesítményszavar	57 051	62 449	76 900	78 242	78 919	89 975	72 414	15 863
Családi konfliktus (szülők egymás közötti, szülők-gyermek közötti)	63 870	69 018	78 072	76 497	78 375	82 075	64 303	14 184
Szülők vagy a család életvitele	82 249	95 830	104 896	110 760	113 085	123 212	97 185	18 230
Szülői elhanyagolás	32 723	36 204	39 708	41 022	40 893	42 243	40 112	10 553
Családon belüli bántalmazás (fizikai, szexuális)	8 842	11 093	11 761	13 269	11 528	13 336	11 535	4 442
Fogyatékoság, retardáció	12 053	12 814	12 380	11 854	11 957	11 762	9 826	2 386
Szenvedélybetegségek	21 732	23 272	23 610	22 461	22 412	20 561	15 248	3 907
Problémák száma összesen	555 114	610 327	671 240	689 322	700 408	752 227	639 984	127 219

A mentális problémák az egészségügyi, a szociális valamint az oktatási rendszer hiányosságai, illetve folyamatos változásai miatt veszélyeztető tényezőkké válhatnak.⁵³ Általánosságban elmondható, hogy a pszichés problémával küzdő gyermekek gyakran nem a pszichés probléma okán, hanem valamilyen más, kézzelfoghatóbb, a mélyebb problémát eltakaró jelenség miatt kerülnek kapcsolatba a szolgáltatóval, elsősorban valamely gyermekvédelmi jelzőrendszeri tagtól érkező jelzést követően.

A gyermekjóléti szolgálatok a pszichiátriai beteg gyermekek, illetve szüleik gondozása során alapvetően szolgáltatás-szervezési funkcióikat látják el. Mindamелlett a probléma felismerése is adott esetben a gyermekjóléti szolgáltató feladata, ahogyan az is, hogy ezzel szembesítse a szülőt. A gyermekjóléti szolgálatoknál elérhető tanácsadók (pszichológiai, fejlesztőpedagógiai) száma kevés, feladatkörükből, az alkalmazott vagy megbízott szakemberek végzettségéből adódóan is elsősorban tanácsadóként funkcionálnak, terápiát, pontos diagnosztizálást nem végeznek. Mindamелlett ennek a „tanácsadói hálózatnak” a kiépültsége is leginkább esetleges, a gyermekjóléti szolgálatok jelentős részénél nem találunk pszichológust, fejlesztőpedagógust, olyanokat, akik szakszerűen segíthetnék a mentális problémával élő gyermekek ellátását.

Problémák a mentális problémákkal küzdő gyermekek ellátásával kapcsolatban

- A gyermek- és ifjúságpszichiátriai járóbeteg-ellátás alapját képező gyermek-és ifjúsági ideggondozók száma kevés, de ennél is nagyobb gondot okoz azok felszereltsége, és szakemberrel való ellátottsága, amely az országban igen nagy egyenlenséget mutat. Egyes helyeken csak pár órában van gyermekpszichiátriai ellátás (hosszú várakozási idővel, gyakorlatilag csak gyógyszer-felírásra „szakosodva”), máshol egész szakmai team áll a pszichiátriai betegséggel küzdő gyermek és családja rendelkezésére.
- Van olyan megye (pl. Komárom-Esztergom), ahol már évek óta jelzik problémaként a gyermekpszichiátriai ellátás szinte teljes hiányát, ugyanis ezekről a területekről a gyermekjóléti szolgálatoknak csak a fővárosban működő (bentlakásos) intézményekben van lehetőségük eljuttatni a pszichiátriai problémával küzdő gyermekeket. Az országos intézmények (pl. Vadaskert Kórház és Szakambulancia) a gyermekek diagnosztizálását ellátják, azonban a szükséges terápiák biztosítását már nem minden esetben tudják felvállalni, illetve a család számára sem vállalható, hogy ekkora távolságokba hordja a gyermeket. A helyben elérhető szolgáltatások hiánya ezen a területen is nagy gondokat okoz.
- A gyermekjóléti szolgálatok látókörébe egyre több olyan gyermek került, akik a pszichiátriai zavarok mellett szenvedélybetegségekben is szenvednek. Ez a célcsoport az egészségügy számára is „rejtőzködőnek” minősül, ezeknek a gyermekeknek az ellátását szinte egyetlen intézménytípus sem vállalja föl. Addiktológiai pszichiátriai részlegek gyermekek számára végképp nem elérhetőek, nincsenek. Ezek a gyermekek pedig mentális zavaruk miatt (és egyébként életkoruk miatt is jórészt) a szenvedélybeteg ellátás hatóköréből kiesnek, függőségük miatt pedig a

⁵³ A módszertani gyermekjóléti szolgálatok több alkalommal foglalkoztak már szakmai anyagaikban azzal a feladattal, amit a mentális problémákkal küzdő gyermek, illetve szülő ellátása jelent a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtók számára. A szülő mentális betegsége- a gyermek veszélyeztetettsége (Konszenzus Konferencia 2008), A mentális problémákkal küzdő gyermek gondozása (Konszenzus Konferencia 2009)

gyermekpszichiátriai osztályokról szorulnak ki, így egyetlen ellátásba sem juttathatóak be.

A gondnokság intézménye és a pszichiátriai beteg ellátás

Magyarországon 2009-ben 51 305 fő állt gondnokság alatt, közülük 19 351 főnek hivatásos gondnoka volt, míg 31 954 főnek egyéb gondnok került kirendelésre, leggyakrabban közeli hozzátartozó, szülő, házastárs, gyermek vagy testvér látja el az ezzel járó feladatokat. A gondnokoltak létszáma 2006. évtől kezdődően gyakorlatilag stagnál, számottevő eltérés nem mutatkozott. Ezek a számok nemzetközi összehasonlításban is nagyon magasak. Az intézményben élő pszichiátriai betegek jelentős része gondnokság alatt áll, döntő többségüknek hivatásos gondnoka van. Gyakran tapasztalható, hogy míg a bekerülés időpontjában a hozzátartozó látja el a gondnoki feladatokat, azonban az intézményi elhelyezés időtartamának előrehaladtával, egyenes arányban nő a hivatásos gondnokok kijelölésének száma.

- A gondnokokkal való hatékony együttműködés kulcsfontosságú a szociális szolgáltatások minősége tekintetében. A döntési autonómiájuktól teljesen megfosztott személyek életük személyi, tárgyi feltételeit érintő kérdésekben passzivitásra vannak utalva. A helyettes döntéshozatal során véleményük az őket érintő kérdésekben gyakran irreleváns.
- A korlátozásokkal élőkről kizárólagos kategóriákban való gondolkodás a társadalom előítéletességét, a stigmatizációt erősíti.
- A kizáró gondnokság következményei csökkentik a pszichiátriai rehabilitáció hatékonyságát, annak több alapelvével is ütközve. Sérül a partnerség elve, hiszen az őket érintő kérdésekben ki vannak szolgáltatva gondnokuk elképzeléseinek. Véleményük, akaratuk háttérbe szorulásával nehezen jelenhetnek meg együttműködő partnerként a rehabilitációs folyamatban. A túlzó korlátozás (pl. a meglévő képességek ellenére a munkaszerződés kötésének lehetetlensége) megakadályozza a továbblépést a rehabilitációban, ez pedig nehezíti a lépcsőzetesség elvének érvényesítését. Ugyanakkor, bár a cselekvőképesség korlátozásáról szóló rendelkezések célja a korlátozott személyek védelme volt, gyakori tapasztalat, hogy a gondnokoltak vagyoni kérdésekben hátrányba kerülnek, családi játszmák áldozataivá válnak. A 2001. évi XV. törvény rendelkezik a cselekvőképesség ügycsoportos korlátozásának és a gondnokság felülvizsgálatának bevezetéséről. Ez a törvénymódosítás jelezte a gondnoksági rendszer anomáliáinak felismerését, de célját nem érte el. Az eltelt időszakban a gondnokoltak 80%-a továbbra is kizáró, illetve általános korlátozó gondnokság alá került, ügycsoportos korlátozás csupán az érintettek egyötödére vonatkozott. A továbblépés fontos része volt a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény 2007. évi országgyűlési ratifikálása, melynek legfontosabb követelménye, hogy „a részes államok elismerik, hogy a fogyatékossgal élő személyeket az élet minden területén másokkal azonos alapon megilleti a jog-, illetőleg cselekvőképesség.”
- Az elmúlt években történtek törekvések a gondnokság szabályozásának módosítása tárgyában, számos kérdésben azonban az egységes alapelvek, célok és módszerek tekintetében továbbra sincs konszenzus.

Általános problémák a pszichiátriai betegek szociális ellátásával kapcsolatban

- A jelenlegi ellátórendszerben nem biztosított a különböző ellátásokhoz való hozzáférés lehetősége, ezáltal súlyosan sérülnek az egyének és családjaik állampolgári illetve ellátotti jogai.
- A jelenlegi ellátórendszer által biztosított kapacitások a legtöbb esetben nem teszi lehetővé, hogy az ellátási területen feltárt szükségleteket mennyiségileg ki tudják elégíteni.
- A jelenlegi ellátórendszer személyi és tárgyi feltételeit tekintve nem minden esetben képes, sőt az esetek zömében nem alkalmas arra, hogy egyénre szabott és kliens-centrikus minőségi ellátást biztosítson az ellátottak részére. A pszichiátriai megbetegedések területén a prevenció nem biztosított, bár vannak olyan kórképek amelyek esetében az időben elkezdett felvilágosítás, a családok és természetes támogatók bevonása és tájékoztatása által megakadályozhatóvá válna a súlyosabb betegség kialakulása, vagy az életminőség szintjének drasztikus csökkenése.
- A szociális ellátások megfelelő szintű biztosításához a pszichiátriai ellátás területén alapvető fontosságú az egészségügyi ellátórendszerrel kiépített szoros partneri együttműködés, valamint a gyermekvédelmi, oktatási és foglalkoztatási rendszerekkel való helyi és általános szintű együttműködési modellek és gyakorlatok kialakítása, fejlesztése és fenntartása. Jelenleg ez nem működik megfelelő hatékonysággal, illetve elszigetelt módon vannak jelen jól működő gyakorlatok.
- A pszichiátriai betegek szempontjából nélkülözhetetlen a megélhetést jelentő munkahely, a megváltozott állapothoz és önellátási képességhez illeszkedő védett foglalkoztatási lehetőségek biztosítása. Ennek hiányában ugyanis kilátástalan, ellehetetlenült helyzetbe kerülnek nem csak a pszichiátriai problémákkal küzdő egyének, de családjaik is.
- Még mindig sok az olyan nappali ellátásban és szociális foglalkoztatásban részesülő pszichiátriai beteg, akik állapotukból kifolyólag a nyílt munkaerőpiacon is megállnák a helyüket, ha biztosított lenne számukra a munkahely lehetősége.
- Számos pszichiátriai beteg problémáinak jelentős részére megoldást jelenthetne a védett, támogatott lakhatás lehetősége.
- Magas a kallódó, pszichiátriai szempontból magas kockázatú fiatalok száma, akinek az alacsonyküszöbű ellátása nem biztosított a finanszírozási korlát miatt.
- Mind a jogszabályok szintjén, mind pedig szakmai szempontból is alapvetően szükséges a tudatosan tervezett és végrehajtott gondozás, amelynek adminisztrációs eleme az egyéni fejlesztési terv. A tudatosan tervezett és végrehajtott gondozás jogszabályi és szakmai elvárása az egyéni fejlesztési tervek szakszerű elkészítése, majd a megfelelő rehabilitációs szemléletű gondozás biztosítása, valamint a tervek rendszeres időközönként történő felülvizsgálata. Ez azonban – miközben vitathatatlanul szükséges – túlzott terhet jelent az intézményekre, elsősorban a szakszemélyzet korlátozott létszáma és viszonylag alacsony szakmai végzettsége miatt.
- Az ágazatról összességében általában megállapítható, hogy az intézményi profil nem tiszta, nem tükrözi az ellátottak diagnózis szerinti (ellátási szükséglet) szerinti összetételét.
- Tipikus, hogy az ellátott nem az általa szükségelt intézménybe, intézmény típusba kerül, illetve kap ellátást, hanem az intézmény a saját profilja, szolgáltatásai által

megengedett viszonylagos rugalmassággal igyekszik – nagyjából egységes színvonalon – kiszolgálni, ellátni a valóságos állapotától függetlenül.

- Jellemző, hogy a kettős diagnózisú betegek többféle ellátást is igénybe vesznek egy időben, így az egyéni esetkezelés, a hatékony forrásfelhasználás nem valósul meg. Jelenleg az ellátórendszer nem képes kezelni azokat a halmozottan sérült, több kórképpel, vagy fogyatékossgal küzdő ellátottakat, akiknél nehezen meghatározható a vezető kórkép.
- A társadalom és a helyi közösségek előítéletein, előítéletes gondolkodásán a jelenlegi ellátórendszer érdemben segíteni nem tud. A célcsoport számára adományokat gyűjteni rendkívül nehéz.
- A civil társadalom korlátozott részvétele a pszichiátriai gondozásban nem kedvez a helyi szükségletekre koncentrált újszerű és szükségletekhez igazodó modellek kifejlesztéséhez és további fejlesztéséhez, valamint fenntartásához.
- A pszichiátriai betegek ténylegesen nem képeznek homogén szükségletű klienskört, betegségükből adódóan állapotuk rendkívül gyorsan változhat, amelynek eredményeképpen a pszichiátriai betegeket ellátó intézményekben vannak és mindig is lesznek abúzusok, amelyek a lakókat, illetve a dolgozókat érhetik. Összességében elmondhatjuk, hogy a jelenlegi intézmények jelentős többsége nem rendelkezik megfelelő személyi feltételekkel és korszerű ismeretekkel, módszertannal az abúzusok tudatos megelőzése érdekében, vagy nem alkalmazza azt megfelelően.
- Továbbra sincs megoldva a börtönből vagy zárt intézményekből kikerülő pszichiátriai kórképpel rendelkezők szakmai alapokon nyugvó mentori rendszere.
- Még mindig nem, és csak évek múlva tervezett a pszichiátriai ellátások szakmai standardjainak kidolgozása és bevezetése.
- Összességében elmondható, hogy a szociális intézmények jelentős részében jellemző az magas ellátotti létszám, olykor a korszerűtlen elhelyezési körülmények.

Általános diszfunkciók a pszichiátriai betegek szociális ellátásával kapcsolatban

- Az intézmények területileg, földrajzilag szegregáltak, a társadalmi integráció lehetősége már térben akadályozott.
- A pszichiátriai betegek szociális szolgáltatásai zömében rugalmatlanok, nem alakul ki az egymásra épülő szociális szolgáltatások rendszere, az átjárhatóság nem biztosított. A szociális szolgáltatások kapacitásai nem állnak szinkronban az ellátási szükségletekkel, a hozzáférésükhöz való térbeli és időbeni tényezők nem teszik lehetővé a megfelelő szociális védőháló kialakítását és megerősítését.
- A szolgáltatási rendszer neuralgikus pontjának tekinthető, hogy miközben a különböző szakmai elvek mentén megjelenő szándékok célja az alapellátási szolgáltatások ellátotti körének bővítését jelöli, addig a jelenlegi rendszerben az alapszolgáltatásokat igénybevevők köre még mindig nem éri a szakellátásban részesülő betegek számát
- Alacsony szinten és elszigetelten működnek gyakorlatok a pszichiátriai szociális ellátások és az egyéb humánszolgáltató rendszerek között.
- Vannak olyan közösségi pszichiátriai ellátások és nappali intézmények, amelyek valós rehabilitációs eszközökkel segítik a klienseket. Ezen jó gyakorlatok felismerése, népszerűsítése kevésbé hatékony, olykor megfigyelhető, hogy a szolgáltatások közötti szakmai kommunikáció is hiányos.

- Gyakori eset, hogy a pszichiátriai problémával küzdő egyén az ellátórendszer más elemeiben kap ellátást, a készség-csökkent pszichiátriai beteg felmerülő szükségleteit paternalista gondozási szemlélettel túlgondozzák és/vagy egyáltalán nem jut el a pszichiátriai szociális szakszolgáltatókhoz, vagy több éves megkésettiséggel kerül szakavatott kezekbe.
- A pszichiátriai ellátásokat nyújtó szolgáltatók és intézmények alacsony létszámú szakszemélyzete túlterhelt, fokozott igénybevételnek van kitéve. Jelentősen veszélyezteti a kiegészítő testi és pszichés ártalmait. A dolgozók szakmai – anyagi megbecsülése nem áll szinkronban az elvégzett munka nehézségi fokával. A szakemberek túlterheltsége az ellátás tartós szakmai színvonalát veszélyezteti.
- A bentlakásos intézmények finanszírozása nem motiválja arra a fenntartókat és az intézményeket, hogy az alacsonyabb jövedelmi réteghez tartozó és/vagy nagyobb gondozási szükségletekkel rendelkező ellátottakat fogadják.
- A jelenleg működő bentlakásos ellátórendszer nem motivált arra, hogy az ellátás keretében – szem előtt tartva a kliens felépülési modelljét – a családba való visszatérésre fókuszáljon, hanem általában az élethosszig tartó gondozásra készül fel. A lakókörnyezetből történő kiemelés követően az ellátás gyakori következménye a családi, baráti, társas kapcsolatok beszűkülése, valamint a hospitalizációs ártalmak megjelenése. Az évekig tartó intézményi ellátást követően jellemző a függőségi viszony kialakulása, a csökkent autonómia.
- Módszertani tapasztalat, hogy időskori vascularis demencia kórképekben, vagy Alzheimer típusú megbetegedésben szenvedő egyének még mindig felvételre kerülnek pszichiátriai intézményekbe.
- A pszichiátriai ellátást biztosító szolgáltatók és intézmények nem rendelkeznek hatékony érdekképviseléssel, ezáltal nem képesek tolmácsolni megfelelő módon a döntéshozók és jogalkotók felé szakmai nehézségeiket az ellátórendszerben rejlő tényleges problémákat.
- A pszichiátriai egészségügyi ellátórendszer működésének anomáliái elkerülhetetlenül jelennek meg a szociális szolgáltatások területén: a szakorvoshiány, az ágyszám csökkentések, a kapacitáscsökkenés, a pszichiátriai gondozók létbizonytalansága, az egyre szigorodó terápiás protokollok, az egységes nyelvezet hiánya a pszichiátriai szociális ellátórendszerrel, valamint a két terület szoros és hatékony együttműködésének hiánya.

Javaslatok

- A szociális alapszolgáltatások jelenleg igen szétagolt rendszere nem biztosítja megfelelő módon, hogy a pszichiátriai betegekről és családjaikról olyan egységként beszéljen a szakma, akiknek egy időben többféle szolgáltatásra is szükségletük lehet és ezen szociális szolgáltatásokat egy kvázi „szociális csomagként” ugyanazon szervezet biztosítja. Véleményünk szerint az alapszolgáltatások szétagolt rendszerét megszüntetve az egyéni és családi egység szükségletei mentén újra kellene gondolni, hasonlóan a pénzbeli ellátások rendszeréhez.
- A pszichiátriai alapszolgáltatás fejlesztése különös tekintettel a közösség pszichiátriai gondozás és a pszichiátriai betegek nappali ellátó intézményeinek kapacitás bővítése és a területi egyenlőtlenségek felszámolása a hozzáférés vonatkozásában kulcsfontosságú a megfelelő ellátórendszer kialakítása során.

- A területi szükségletekhez leginkább igazodó ellátórendszer létrehozása a cél. Az átfogó ellátást mindenhol biztosítani kellene, de a szolgáltatások arányait a célcsoport, a felmerülő igények és a településszerkezeti sajátosságok figyelembe vétele mellett kell meghatározni. Ehhez a problémához szorosan kapcsolódó kérdés, hogy jelenleg semmilyen olyan adatbázis, adatfelvétel nincs, amely világossá tenné azokat a szociológiai, demográfiai jellegzetességeket, melyek mentén az ellátásokat valóban a szükségletek mentén lehetne tervezni. A terület egyáltalán nem rendelkezik az ellátási igényt mutató differenciált adatokkal, a tapasztalatok összegyűjtésének és adekvát közlésének országos rendszere kidolgozatlan, eseti jellegű. Az empirikus tapasztalatokra nem reagál az intézményi finanszírozás.
- Szolgáltatásonkénti jobban differenciáló, a szolgáltatások jellegére, tervezhetőségére és értékelhetőségére vonatkozóan adekvát indikátorok kidolgozására lenne szükség. Ki kellene dolgozni az indikátorok teljesítésével összhangban lévő finanszírozási rendszert. Az indikátorokkal szoros összefüggésben meg kellene határozni a szolgáltatások mennyiségi és minőségi mutatóit meghatározó szakmai standardokat. Meg kell határozni az egyes ellátási formák esetében a szervezeti struktúrák célját, célcsoportjait, az input-output elemeket, a feladatokat, kompetenciahatárokat, tevékenységeköröket, és a működési forrásokat.
- Lehetőséget kellene biztosítani a nagy létszámú intézmények számára is fejlesztési célú pályázati programokon való részvételhez, ha már ezen intézmények „lebontására”, strukturális átalakítására nincs lehetőség.
- A pszichiátriai ellátás szakmai és jogi szabályokon alapuló ellenőrzését lehetőleg képzett és tapasztalt szakértők végezzék, akik ismerik a célcsoport sajátos szükségleteit.
- Kiemelten fontos a 14-18. év közötti korosztály ellátásra szolgáló krízis intervenciós osztályok létrehozása. Pénzbeli krízisalap lehetőségének megteremtése az alapellátás lehetőségein belül.
- Ágazati szintű szakmai iránymutatás és országosan egységes tematikájú akkreditált képzés szükséges a veszélyeztető, közvetlen veszélyeztető magatartás esetén alkalmazható korlátozó intézkedésekről.
- Szükséges továbbá a társadalmi kirekesztődés elleni kampányok, projektek létrehozása a pszichiátriai betegek elszigeteltségének feloldása és társadalmi beilleszkedésének elősegítése érdekében.
- A civil részvétel lehetőségének támogatásával és erősítésével a helyi szintű gondozási modellek és eljárások száma jelentősen növekedne, ezáltal az ellátórendszer hatékonyabb működését tenné lehetővé.
- Biztosítani szükséges az átmeneti férőhelyek számának fejlesztését, hogy ennek birtokában a családok és egyének valós szolgáltatást vehessenek igénybe.
- A pszichiátriai ellátást igénybe vevő kliensek jelentős része igen alacsony jövedelmi réteghez tartozik. Általában szociális transzferből élnek. Az alacsony jövedelmi helyzetben lévő lakó természetesen alacsonyabb személyi térítési díjat képes fizetni, amely növeli az intézményre és a fenntartóra jutó terheket. Javasoljuk olyan állami finanszírozási rendszer kialakítását, amely figyelembe veszi az önhibáján kívül például a pszichiátriai betegségek kapcsán alacsonyabb jövedelemmel rendelkező lakók miatt kiesett források mértékét is.
- A közösségi ellátás térnyerése mellett sem csökkent jelentősen az intézményi elhelyezést kérelmezők száma. A családok biztosítékként, tartalék lehetőségként tartják fent az igényt arra az időre, amikor már nem lesznek képesek gondoskodni a

hozzátartozójukról. A bentlakásos elhelyezésre való várakozás tényét a rokkantsági felülvizsgálatok esetében is kihasználják a betegek. Továbbá az a folyamat is érvényesül, hogy egy hatékonyan működő közösségi ellátás mellett – az észlelő és jelzőrendszer működtetése kapcsán eddig látókörbe nem került betegek felkutatásával – átmenetileg nő azok száma is, akiknek az ellátás alapszolgáltatások keretében már nem, csak szakosított ellátás keretein belül megoldható.

- A társadalmi és gazdasági folyamatok miatt továbbra is jelentős lehet azoknak a száma, akiknek nem jelent, és a későbbiekben sem fog megoldást jelenteni az alapellátás. A mindenképpen bentlakásos elhelyezésre szorulóknak esetében folytatni kell a nagy létszámú intézmények kiváltását, a lakóotthonok és külső férőhelyek létesítését, amelyek révén ésszerűsíthető és hosszútávon fenntartható az ellátásban foglalkoztatottak száma is.
- Átfogó és átjárható ellátási rendszer kialakítása szükséges. Olyan, ahol az egyes szolgáltatások megfelelő indikációval vehetőek igénybe és elkerülhetők az átfedések, továbbá a költség-hatékonyabb szolgáltatás megelőzi a kevésbé költséghatékonyat. Gondoskodni kell a rehabilitáció különböző területei – egészségügyi, képzési, átképzési, továbbképzési, szociális, mentálhigiénés és foglalkozási rehabilitációk – közötti illeszkedés megteremtéséről, az intézményi háttér korszerűsítéséről szükség esetén kapacitás átcsoportosítással, illetve a kompetenciahatárok és az együttműködés feltételeinek meghatározásával.
- Javasoljuk a szociális foglalkoztatás rendszerének átalakítását oly módon, hogy:
 - a szakhatóság által készített munkarehabilitációs alkalmassági vizsgálat módszertana megfelelő legyen a pszichiátriai betegek tényleges ilyen célú vizsgálatára
 - lehetősége legyen az intézményeknek igen széles repertoárú tevékenységet megkínálni a lakói számára és az ehhez szükséges tárgyi és személyi feltételek biztosítottak legyenek
 - a szociális foglalkoztatás rendszere ne válhasson egyértelműen az elégtelen források kiegészítésének, vagy pótlásának lehetőségévé, hanem az eredeti célt szolgálja.
- Az egyes szolgáltatási formák igénybevételi-feltételeinek korrekt megállapítására és az ellátottak folyamatosan változó ellátási igényeinek nyomon követésére olyan szabályokat kell alkotni, melyek a vizsgálatot végzők számára felvállalható terheket jelentenek, egyértelműek, ellenőrizhetőek, dokumentálhatóak. Kompetens szakértők – természetesen az összeférhetlenségi tényezők számbavétele mellett – végezhessenek jogosultsági vizsgálatokat. Kerülni kell a bonyolult, felesleges elemeket tartalmazó, szubjektív megítélésére lehetőséget teremtő dokumentáció (kérdőív, felmérés) használatát.
- Rendszeres, az egészségügyi és a szociális szférában egységes koncepcióval végzett felmérés segítené annak meghatározását, hogy kik azok, akiknek az ellátása a lakókörnyezetben, nappali, közösségi ellátás keretében megoldható.

IV. Fogyatékos személyek ellátása

Az írás az Országos Fogyatékosügyi Módszertani Munkacsoport által összeállított problématerképén kívül más felmérések, elemzések, szakpolitikai tanulmányok eredményeit is tartalmazza.

A célcsoportnak nyújtott szociális szolgáltatások alapelvei

A fogyatékoság társadalmi modelljét általában ellentétére, az orvosi modellre hivatkozva szokás bemutatni. Az orvosi modell a fogyatékoságot személyes problémának tekinti, amelyet közvetlenül egy betegség, baleset, vagy más egészségügyi körülmény okozott, és amely orvosi beavatkozással, például rehabilitációval enyhíthető.

A társadalmi modell ezzel szemben a fogyatékoságot nem a személy elválaszthatatlan attribútumának tekinti, hanem olyan produktumnak, amelyet a személy társadalmi körülményei és környezete, annak fizikai struktúrái (épületek, közlekedési rendszerek, stb.), valamint a társadalom szerkezete, és a fogyatékos emberekkel szembeni diszkriminációhoz vezető hiedelmei állítanak elő.

Az orvosi modell közeli rokona a szociális szolgáltatások céljának is tekinthető „szociális jóléti modell” (Waddington és Diller, 2000), amely az orvosi jellegű képességsökkenést automatikusan a hátrányos helyzet és a kirekesztődés következményének tekinti, amely pénzügyi juttatásokkal és más szociálpolitikai intézkedésekkel enyhíthető. Gyakori feltevés, hogy a hagyományos szociálpolitikai intézkedések testesítik meg a szociális jóléti modellt, és ezért a fogyatékoság természetének orvosi irányultságú értelmezésén alapulnak.

Célcsoport, társadalmi jellemzők

A fogyatékos személyek létszámának felmérésére az 1990. évi és a 2001.évi népszámláláskor került sor, ez utóbbi szerint 577 ezer fő volt a fogyatékosággal élők száma (ez a száma a népesség 5,7%-ának felel meg). Az adatfelvétel – a KSH szerint is – alulbecsüli a fogyatékos népességet, ezért a tényleges számuk 2001-ben 600 ezerre volt tehető.

Korösszetétel

A fogyatékos személyek demográfiai összetételére jellemző, hogy közöttük jelentősebb számban vannak időskorúak, melynek oka, hogy a fogyatékos személyek nagy része nem születésétől fogva sérült, hanem életkora előrehaladtával betegség, vagy baleset következtében válik azzá. A fogyatékos emberek között a 60 évnél idősebbek aránya 45%, több mint kétszerese a népesség egészen belül képviselt aránynak. A fogyatékos embereknek 17%-a születésétől fogva sérült. A fogyatékoságot az esetek többségében (54%-ban) valamilyen tartós betegség idézi elő.

A fogyatékoság típusai

A 2001. évi népszámlálás kategóriái szerint megállapítható, hogy a fogyatékos személyek közül legnagyobb arányt a testi fogyatékosok és a mozgássérültek együttesen képviselik (44%), míg az értelmi fogyatékosok aránya megközelítőleg 10%, a vakok és gyengénlátók aránya 14%. Hallás-, beszédzavar-fogyatékoságban körülbelül 10%-uk szenved. Az egyéb fogyatékoságban szenvedők aránya 22%, amely 1990. évi 7%-ról háromszorosára növekedett.

Családszerkezet

A fogyatékos személyek 23%-a egyedül élt a számlálás időpontjában, 57%-a lakott másodmagával (nem fogyatékos személlyel), további 10%-uk három vagy annál nagyobb létszámú háztartásban élt, és megközelítőleg 8%-uk élt intézetben.

A fogyatékos személyeket magukba foglaló családok 19%-ában van fogyatékos gyermek. A kétszülős családoknál ez a mutató 15%, az egyszülős családoknál 45%. Különösen nehéz helyzetben vannak azok a családok, ahol mindkét, illetve mindhárom gyermek fogyatékos. A fogyatékos gyermeket gondozó családok 3%-a, illetve 0,3%-a tartozik ebbe a körbe.

Területi megoszlás

A fogyatékos emberek régiónkénti területi megoszlása jelentősen eltér egymástól. A Dél-alföldi és Észak-magyarországi régióban a legmagasabb a fogyatékos emberek aránya.

A településtípus szerinti megoszlás adatai alapján a fogyatékos emberek nagyobb arányban élnek a községekben (40,3%) és kevésbé a fővárosban (14,2%), valamint más városokban (29,6%), mint a nem fogyatékos népesség, akiknek 17,6%-a él a fővárosban, 47,2%-a egyéb városokban és csupán 35,2%-a él községekben.

Fogyatékos embereknek nyújtott szociális ellátások és szolgáltatások

A fogyatékos személyek részére a magyarországi szociális ellátórendszer mind pénzbeli, mind pedig személyes gondoskodást nyújtó ellátási formát is biztosít. A pénzbeli ellátásban, illetve a személyes gondoskodásban részesülő fogyatékos személyek számára vonatkozóan nincs pontos adat, mert egy személy több ellátást is igénybe vehet, de az ellátottak számára vonatkozó szakértői becslések alapján több mint **400 ezer** főről lehet szó.

Vakok személyi járadékában – amelyre az a 18 éven felüli vak személy jogosult, akiről nem intézményben gondoskodnak – a 2009. december havi adatok alapján 5 372 fő részesül.

A magasabb összegű családi pótlékot – amelyet a fogyatékos, illetve a tartós, krónikus betegségben szenvedő gyermekek és súlyosan fogyatékos fiatal felnőttek kapnak – 151 740 fő után 140 034 család veszi igénybe.

Mozgáskorlátozottak közlekedési támogatásában – amelyet a súlyos mozgáskorlátozott személyek kapnak, akik a tömegközlekedést nem képesek igénybe venni – 2009. évben kb. 140 000 fő részesült.

A fogyatékosági támogatást a 2009. december havi adatok szerint 112 647 fő veszi igénybe.

A fogyatékosági támogatásban részesülők közül 51890 fő mozgásszervi fogyatékos, 3 031 fő látási fogyatékos, 12 624 fő értelmi fogyatékos, 7 693 fő hallási fogyatékos, 200 fő autista és 3 209 fő pedig halmozottan fogyatékos személy.

A pénzbeli ellátásokkal kapcsolatos problémák

Az értelmi fogyatékos emberek azon csoportja, akik enyhe értelmi sérüléssel élnek, sem fogyatékosági támogatást, sem magasabb összegű családi pótlékot, sem pedig közgyógyellátást nem igényelhetnek, sőt rokkantsági nyugdíjat sem kaphatnak (a szolgálati idő hiánya miatt). Mindezek miatt a pénzbeli ellátások nagy részéből kiszorulnak. Szociális járadékra lehetnek – adott esetben – csak jogosultak, illetve magasabb összegű családi pótlékra abban az esetben, ha az egészségkárosodás mértéke eléri az 50 %-ot.

Problémát jelent ezen kívül az „enyhe értelmi fogyatékoság” meghatározása is:

- Az enyhe értelmi fogyatékos személyek esetében az igazolások beszerzése nehézséget jelent, már csak azért is, mert akik régen általános iskolába jártak és (pl.: kis településeken nem volt kisegítő iskola) elvégezték az iskolát, ők a többséggel azonos bizonyítványt kaptak (gyengébb eredménnyel).
- Nem áll rendelkezésre szakértői vélemény, de emellett a nyílt munkaerő piacon sem alkalmazzák szívesen őket, arra hivatkozva, hogy pl.: „lassú, rövid ideig képes koncentrálni a feladatra” stb. Viszont, ha az NRSZH-hoz küldik vizsgálatra, előfordul, hogy a szakvéleményre ráírják, hogy semmi probléma. Az más kérdés, hogy volt olyan eset is, akinél bár speciális iskolába járt, ahol a tanulási képességet vizsgáló szakértői bizottság egyértelműen leírta a képességeit, készségeit, a Bizottság ezt mégsem vette figyelembe.
- Hiába végzi el pl.: gyógypedagógus vagy pszichológus a P.A.C tesztet, ahol kiderül(ne) az enyhe értelmi fogyatékoság ténye, a MÁK ezt mégsem veszi figyelembe, ők csak az orvosi szakvéleményt, illetve a tanulási képességet vizsgáló szakértői véleményt fogadják el.

24. . számú ábra: Fogyatékos személyeknek nyújtott szolgáltatások

Alapszolgáltatások	
<u>Támogató szolgáltatás</u> otthonukban élő fogyatékos személyeknek biztosít <ul style="list-style-type: none"> • speciális személyi segítséget, • szállítás a közszolgáltatások igénybevételéhez • információnyújtás, tanácsadás 	<u>Fogyatékosok nappali ellátása</u> otthonukban élő fogyatékos személyeknek nyújt lehetőséget <ul style="list-style-type: none"> • napközbeni tartózkodásra, • társas kapcsolatokra • alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére • étkezésre, • fejlesztésre, foglalkoztatásra

Átmeneti ellátás
<u>Fogyatékos személyek gondozóháza</u> <ul style="list-style-type: none"> - akiknek ellátása családjukban nem biztosított, vagy az átmeneti elhelyezést a család tehermentesítése teszi indokolttá (max.1 év) - teljes körű ellátást biztosít az alábbi körben <ol style="list-style-type: none"> 1. lakhatás, 2. étkezés, 3. egészségügyi ellátás, 4. terápiás és készségfejlesztő

Tartós bentlakást nyújtó szolgáltatások			
<u>Ápoló-gondozó otthon</u>	<u>Rehabilitációs intézmény</u>	<u>Lakóotthon</u> (8-12 főt befogadó intézmény)	
önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes fogyatékos személyek <ul style="list-style-type: none"> • lakhatása, • étkeztetése, • mentális gondozása, • egészségügyi ellátása, • foglalkoztatása 	a bentlakó fogyatékos személyek életvezetési képességeinek kialakítását, helyreállítását szolgálja <ul style="list-style-type: none"> • lakhatás, • étkeztetés, • mentális gondozás, • egészségügyi ellátás, • foglalkoztatás • utógondozás (rehabilitációt követően) 	<u>Rehabilitációs célú lakóotthon</u> <ul style="list-style-type: none"> - önmaguk ellátására legalább részben képes személyeknek 	<u>Ápoló-gondozó célú lakóotthon</u> <ul style="list-style-type: none"> - teljes körű ellátást biztosít

A személyes szociális gondoskodási szakellátások közül nappali ellátás (klub, fejlesztő napközi otthon stb.) keretében 6 727 fő részére biztosítanak (döntően az önkormányzatok) ellátást. A **nappali ellátás** saját lakókörnyezetben élő fogyatékos személyeknek napközben nyújt fejlesztést, önálló életvitelt, étkezést, segíti a társadalmi szerepek gyakorlásában.

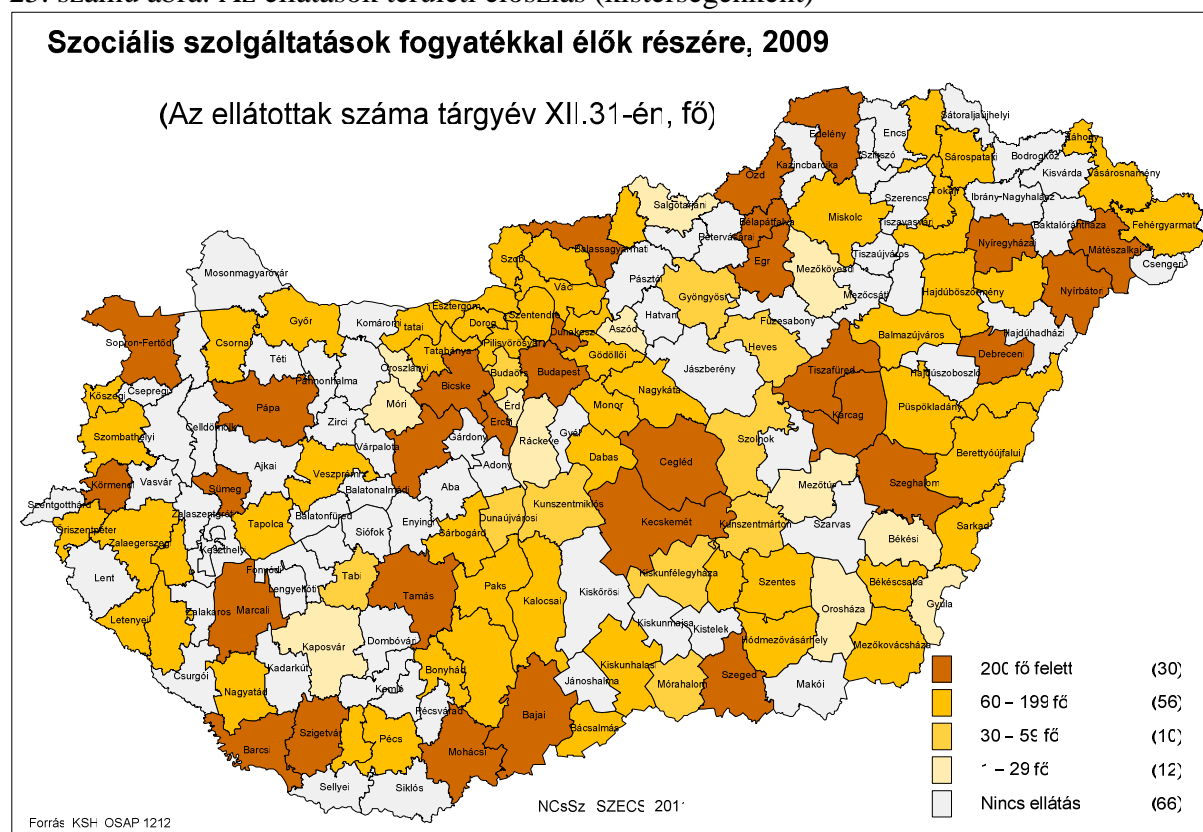
Az **átmeneti elhelyezésben** részesülők, gondozóházban elhelyezettek száma csekély, jelenleg mindössze 262 fő.

Tartós ellátásban, **ápoló-gondozó otthonokban** 2010-ben 19 471 fő (amelyből a rehabilitációs célú férőhelyek száma 1 504), míg **lakóotthoni** elhelyezésben 1 872 fő részesül.

A saját lakókörnyezetben, lakóotthonban élő fogyatékos személyeknek nyújt alapszolgáltatást a **támogató szolgálat**. A támogató szolgálat többek között a különböző közösségi és szabadidős szolgáltatások elérésében (mind szállítás, mind kommunikáció szintjén) ad támogatást. Az igénybevevő környezetében, lakásán nyújt fejlesztést, gondozást, segíti az önálló érdekvitelt, támogatja az ön-érdekérvényesítést. A szolgáltatás jelenleg 20 258 fő számára érhető el.

Ellátotti kör

25. számú ábra: Az ellátások területi eloszlás (kistérségenként)



Magyarországon 2008-ban Fogyatékos személyek otthona összesen 281 telephelyen működött. Az engedélyezett férőhelyek száma 16 758, míg a férőhely kihasználtság 96 %os volt ebben az időszakban. Az otthonokban 14 796 fő volt elhelyezve, 403 fővel kevesebb,

mint 2000-ben. A lakóotthonokban 2008-ban 1 378 fő élt, mely 1 255 fővel több, mint 2000-ben.

Támogató szolgálat

A 2011. első negyedében összesen 410 támogató szolgálat működik az országban.

Belépés feltételei

- a fogyatékosági támogatás, emelt összegű családi pótlék megállapítását, illetve folyósítását igazoló határozat vagy más okirat
- fogyatékosági támogatás, emelt összegű családi pótlék megállapításának alapjául szolgáló, a fogyatékoság fennállását igazoló szakvélemény
- "Kérelem a Támogató Szolgálat Szolgáltatásainak igénybevételéhez formanyomtatványon" kell kérelmeznie a szolgáltatást igénybe venni kívánó fogyatékkal élő személynek, illetve kiskorú vagy gyámság-gondnokság alatt álló személyek esetében a helyettük jogi képviselőt ellátó személynek.

A támogató szolgáltatás a fogyatékos emberek integrációja szempontjából különös jelentőséggel bír, így indokolt a szolgáltatás tartalmának olyan irányú újragondolása, hogy az a legmagasabb szinten megfeleljen a fogyatékos emberek jogait rögzítő hazai és nemzetközi szabályozásnak. (Különös tekintettel, a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. Törvény „önálló életvitel és a közösségbe való befogadás”, és a „személyes mobilitás” szakaszaira, illetőleg az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat „a fogyatékos személyek és családjuk életminőségének javítása” és „a fogyatékos személyeknek a társadalom életében való aktív részvételének elősegítése” szakaszaira) Azt tapasztaljuk, hogy a jelenlegi szabályozás és finanszírozás talaján a célcsoport igényeihez alkalmazkodó minőségi szolgáltatásnak nincs meg a megfelelő keretrendszere.

Problémák és diszfunkciók

Az ellátotti igények jóval túlmutatnak a finanszírozott feladategységen:

A támogató szolgáltatásokat érintő súlyos probléma a szolgáltatások területi egyenlőtlensége, a leghátrányosabb kistérségekben élő fogyatékos gyermeküket nevelő/fogyatékos személyeket ellátó családok nem tudják igénybe venni a szolgáltatást. Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a KSH. 2001. évi település szerinti megoszlás adatai szerint a fogyatékos emberek magasabb arányban élnek a községekben (40,3%), mint a fővárosban (14,2) és más városokban (26,9%). A területi egyenlőtlenségen túl problémát jelent a kapacitáshiány és az alulfinanszírozás, a támogató szolgálatok a kevés (finanszírozott) feladategység miatt nem tudják ellátni a területeket. A szolgálatok, még a több egység teljesítésének kimutatása ellenére sem kaphatnak több feladategységet.

Jelenleg nincsen olyan statisztikai rendszer, adatbázis, amelyből pontosan kimutatható, hogy pontosan mennyi az adott szolgáltatást igénybe vevők száma, a célcsoport

szolgáltatás szempontjából fontos jellemzői, illetőleg hogy a finanszírozott feladategységhez képest egy adott régióban mennyire kielégítettek az igények.

A támogató szolgáltatás szakmai létszámnormája a jelenlegi szabályozás szerint statikus, nem ösztönöz a továbblépésre.⁵⁴

A finanszírozás formájának átalakulását követően, a normatív finanszírozástól eltérő, jelenleg pályázati alapú finanszírozási rendszerben a szakmai létszámnorma előírások nem kerültek átdolgozásra annak ellenére, hogy az új rendszer a szolgáltatók ellátási területeinek kiterjesztésére és egyben növelésére is lehetőséget adott. Az igényekre alapozott ellátási terület kiterjesztése, mely egyben településszám növelés, magával vonja az ellátotti létszám növekedését is. A megnövekedett igények a személyi segítő munkaidő kihasználtságát közel 100 %-os arányúvá alakítja csökkentve ezzel a szakdolgozók munkaidejének belső team munkára, szupervízióra, továbbképzésre, esetmegbeszélésre jutó részét.

A fenntartó az előírt szakmai létszámnormától való pozitív eltérésben nem érdekelt, hiszen ő az, aki személyi kiadásokat minimalizálja, az új munkaerő költségét és az általa megvalósított igény kielégítést; a kistérségi feladatellátás teljesebb körű megvalósítását összefüggéseiben nem, pusztán finansziális szempontból vizsgálja.

A szolgáltatás nem igazodik az egyéni szükségletekhez

A képzési kötelezettséggel kapcsolatos problémafelvetés:

A gyakorlati tapasztalatok szerint a képzés színvonala a minőségi szolgáltatásnyújtás szempontjából nem nyújt plusz információkat, nem tekinthető hatékonyak, ugyanakkor a képzések költsége igen magas.

- Nehezen meghatározható a határ az időskorú (és egyébként mozgássérült) emberek és az orvos szakértői vélemény szerint mozgássérült emberek között, annak ellenére, hogy a gyakorlatban mindkét célcsoport ugyanarra a segítségre szorul, melyek biztosítása ideális esetben a támogató szolgálatok feladata kell, hogy legyen
- A munkaidőn kívüli szolgáltatásnyújtás szinte megoldhatatlan, illetve csak megfizethetetlen áron.
- A jelenlegi szolgáltatási rendszer (támogató szolgálat, házi segítségnyújtás is) jelenleg rendszerint napi 8 órás, átlag munkaidőben, (8.00-tól 16.00 óráig munkanapokon) elérhető az igénybevevők számára. Fontos azonban felhívni a figyelmet arra, hogy sem a mozgássérült, vagy más igénybevevő fogyatékos emberek, sem az idősek emberekre nem jellemző, hogy szükségleteik a normál munkaidőn kívül megszűnnének. Az egyes szociális alapszolgáltatási részfeladatok iránti igény a fogyatékos személyek speciális szükségleteihez igazodóan a fenti időintervallumon kívül is jelentkeznek. A normalizáció elve súlyosan sérül abban az esetben, ha a fenti szolgáltatások az igénybevevők számára nem érhetőek el a nap 24 órájában.

⁵⁴

2.számú ábra az 1/200. (I.7.) SzCsM rendelethez

- Torzító jellegű finanszírozás: a szolgáltatásoknak sokkal könnyebb vezetett km-ekkel „letudni” a szükséges feladategységet, mint tényleges személyi segítséssel, márpedig ez utóbbira nagyobb szükség van

Javaslatok

A szolgáltatások területi lefedettsége, és ellátotti szükségletekhez igazítása érdekében a rendelkezésekre álló adatokon túl az ellátás szakmai színvonaláért felelős szerv, szervezet (pl.: szociális regiszter⁵⁵) gyűjtsön adatokat.⁵⁶

A képzések akkreditációja indokolt lenne mind minőségbiztosítási szempontból, mind az alkalmazott dolgozók motiválása szempontjából (kredithoz csak az akkreditált képzéseken történő részvétel útján juthatnak). Ezzel kapcsolatos konkrét javaslatunk: a személyi segítői képzés (középfokú végzettség) 60 pont, a vezetői képzés (felsőfokú végzettség) pedig 80 pont.

Számos tanulmány és már működő külföldi példa mutatja be, hogy érdemes a finanszírozási rendszert a potenciális igénybevevői célcsoport támogatásához (igényeihez) igazítani, nem pedig a szolgáltatók támogatására fektetni a hangsúlyt.

- Javasoljuk a szolgáltatás egyéni szükségletekhez történő igazítását.
- Különösen indokolt lenne a finanszírozási arányok módosítása a személyi segítség javára.
- A támogató szolgáltatás kiterjesztése szükséges a mozgássérült emberek csoportja vonatkozásában nem csupán az arról papírral rendelkező mozgássérült emberekre, hanem minden olyan egészségkárosodással, idősorral együtt járó megbetegedésekben szenvedőkre, akik ennek okán napi szintű ápolásra, gondozásra szorulnak
- A szabályozási rendszer írja elő, a finanszírozási pedig vegye figyelembe, hogy a szállítási és gondozási szükségletek napi 24 órában állnak fenn, ezért szükséges a szolgáltatások folyamatos (beleértve a munkaszüneti napokat is!) nyújtása. Ennek érdekében szükséges a rugalmas munkaszervezési és foglalkoztatási forma bevezetése, lehetővé tétele a fenti szolgáltatásoknál.
- Szükséges a finanszírozási arány módosítása a személyi segítség javára annak érdekében, hogy ne kerüljön túlsúlyba a szállítással teljesített feladategység.
- A Támogató Szolgálat integrációja esetén az előírt létszám kevés, ezért azt tartanánk célszerűnek, ha ellátottak számához, illetve működési terület nagyságához lenne igazítva az előírt szakmai dolgozók létszáma.
- Indokolt lenne az FSZH által – pályázati finanszírozású ellátások (szociális foglalkoztatás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, közösségi pszichiátria, támogató

⁵⁵

www.afsz.hu

⁵⁶

A 2011. évre ajánlott feladatmutatót, továbbá az alacsonyküszöbű ellátás működési támogatását tartalmazó letölthető számú ábraok:

http://www.afsz.hu/engine.aspxpage=showcontent&content=szocpol_informaciok_2011feladatmutato

szolgáltatások) adminisztrációs terheinek áttekintése, amely jelenleg döbbenetes méretű. (A szociális rászorultság vizsgálati eljárása, a személyi segítség, valamint a szállító szolgáltatás adminisztrációja rendkívüli módon, indokolatlanul összetett.)

Fogyatékos személyek nappali intézménye

Az országban összesen 241 fogyatékos személyek nappali intézménye működik 7023 férőhellyel.

A nappali ellátás szociális alapszolgáltatás, amely lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, azoknak harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, de felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyeknek, akik felvételüket írásban kérik az intézménybe.

Bekerülési feltétel:

Fogyatékos gyermek:

- a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottság szakértői véleménye
- kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

Fogyatékos személy

- A fogyatékoság jellege szerinti szakorvosi lelet
- a súlyos fogyatékoság fennállása esetén a fogyatékosági támogatás illetve magasabb összegű családi pótlék megállapítását, illetve folyósítását igazoló határozat vagy más okirat, illetve azok megállapításának alapjául szolgáló, a fogyatékoság fennállását igazoló szakvélemény
- kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

Problémák és diszfunkciók

A nappali ellátást igénybe vevő embereknek is joguk van a munkához, ugyanúgy, mint a bentlakásos intézményekben élőknek. Mégis 6 hónapos jogviszonyhoz kötött a foglalkoztatásuk.

- Az „ambuláns rehabilitációs szolgáltatás” a **jelenlegi szociális ellátási rendszer** nappali ellátásra vonatkozó fogalmi és ellátási, finanszírozási kategóriái **alapján nem értelmezhető**, holott a fogyatékos emberek egy részének ilyen típusú ellátásra volna szüksége.
- E körbe tartoznak egyrészt az önálló, vagy részben önálló életet élő azon fogyatékos emberek, akiknek állapotuk javítása, vagy fenntartása miatt van szükségük rehabilitációs szolgáltatások igénybevételére úgy, hogy közben esetleg iskolába járnak, dolgoznak. Probléma, hogy a jelenlegi jogi szabályozás esetleges szigorú

értelmezése alapján a nappali intézményi ellátási formából kizáródhatnak azok a mozgássérült vagy más fogyatékos emberek, akik nem szorulnak folyamatos napközbeni felügyeletre, esetleg csak személyi segítségre, ami mellett az önálló életvitel is lehetséges; azonban állapotuk javítására, megőrzésére, fenntartására rehabilitációs szolgáltatások igénybevételére igenis szükségük lenne. Köztudott azonban, hogy ilyen típusú szolgáltatások (pl. mozgásterápia, pszichológiai segítségnyújtás, részképesség-fejlesztés....) más államilag támogatott módon e célcsoport számára, ha csak nem választja a bentlakásos intézményi elhelyezést, nem igazán vehetők igénybe, vagy azt csak magánúton és igen magas áron tudja megszervezni magának.

- Másrészt szintén szükséges volna nappali rehabilitációs szolgáltatások igénybevétele a felnőtt korban baleset vagy egészségkárosodás miatt fogyatékoská váló emberek számára, akiknek esetében sokszor kifejezetten káros a rehabilitáció szempontjából a családi, otthoni környezetből való kiemelés, s támogatásra leginkább a lakóhelyen, otthonukban, illetve munkahelyükön való boldogulásban, az oda való visszailleszkedésben lenne szükségük. Ilyen esetekben a több éves bentlakásos rehabilitációs ellátás akár teljesen meg is szakíthatja a családi kapcsolatokat, lehetetlenné téve ezzel az eredeti lakókörnyezetbe való visszakerülést, valamint azt, hogy a család a fogyatékos családtaggal való együttélést felvállalja.
- A fogyatékos emberek egy jelentős része nem szorul tartósan intézményi elhelyezésre, készségei és képességei lehetővé teszik azt, hogy a szükségleteinek megfelelő szolgáltatások rendszeres igénybevétele mellett családjában vagy saját otthonában önálló, önrendelkező életet éljen. Ehhez azonban feltétlenül szükséges, hogy lehetősége legyen mind a személyi segítség, mind az állapotának megőrzését célzó rehabilitációs és egyéb szolgáltatások (képzés, foglalkozási rehabilitáció, szociális és pszichológiai támogatás) nappali formában történő rendszeres igénybevételére.

Javaslatok

- Szükséges a nappali ellátás jelenlegi szabályozásának rugalmassá tétele oly módon, hogy abban ne az egész napos napközbeni ellátás, hanem a különböző rehabilitációs szolgáltatások ambuláns formában történő biztosítása váljék hangsúlyossá, de legalábbis a szabályozásban ez a lehetőség is kapjon teret. A rehabilitáció hatékonyságának valószínűségét ugyanis nagyban növeli, ha az érintett embert nem vonjuk ki abból a szociális környezetből, melybe be van ágyazódva, másrészt a helyi szinten megszervezett nappali rehabilitációs szolgáltatások jóval költséghatékonyabbak, mint a központosított bentlakásos nagyintézményi ellátás. (Természetesen csak az alapszolgáltatások biztosítása, ill. támogató családi háttér, vagy megfelelő szintű önellátási képesség esetén.) Az ilyen típusú szolgáltatásnyújtásnak a jelenlegi jogi szabályozás nem adja meg a feltételeit, holott ez fogyatékos emberek jogainak érvényesülését nagymértékben szolgálná. Pl.: Országos Fogyatékosügyi Programhoz III. fejezet, 5. pont: A rehabilitációval kapcsolatos célok
- „Ki kell építeni a betegség, baleset vagy más ok miatt fogyatékoská vált emberek azonnali és komplex rehabilitációját szolgáló intézményrendszert.” A rehabilitációs szolgáltatások nappali formában, helyi szinten való megszervezése lehetőséget adna arra, hogy csökkentsük a bentlakásos rehabilitációval együtt járó terheket.

- Szükséges volna azon jogszabályi feltételek megteremtése, melyek lehetővé teszik, hogy a nappali szolgáltatásokat szolgáltatás-centrikus formában és olyan fogyatékos embereknek is nyújtsák, akik alapvetően önállóak és önellátóak, azonban állapotuk javítása, illetve fenntartása érdekében ambuláns rehabilitációs szolgáltatások igénybevételére van szükségük, mely azonban nem terjed ki a folyamatos napközbeni, illetve napközi ellátásra.
- A nappali rehabilitációs szolgáltatások jogszabályi feltételrendszerének kialakításakor szükséges figyelembe venni azt is, hogy a minőségi és hatékony rehabilitáció költségigényes ugyan, ám hosszútávon megtérülő folyamat. Természetes, hogy egy nappali rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtó intézmény szakmai létszáma magasabb kell legyen, ám a fogyatékos ember ellátása, hatékony rehabilitációja esetén még így is kevesebb költséggel fog járni az állam számára, mint ellenkező esetben több éves, esetleg a nem megfelelő családi háttér esetén több évtizedes bentlakásos intézményi ellátása. Mindemellett gazdasági érdek is, hogy a fogyatékos embert minél gyorsabban és hatékonyabban segítsük rehabilitációs szolgáltatások révén a társadalmi és munkaerő-piaci reintegrációban.
- Tehát országszerte, rendkívül nagy szükség volna olyan megfizethető áron nyújtott helyi, nappali rehabilitációs szolgáltatásokra, melyet a fogyatékos emberek akár rehabilitációs céllal, akár rehabilitációjukat követően, életminőségük, állapotuk megőrzése céljából, tartósan és rendszeresen igénybe vehetnek. Ennek biztosítása, leginkább a helyi önkormányzatokon, illetve egészségügyi és szociális szolgáltatókon keresztül volna célszerű, mert bár egyes bentlakásos intézmények klienseik számára nyújtanak hasonló szolgáltatásokat, így az otthonukban élő fogyatékos emberek sem esnének el az ilyen típusú ellátásoktól.

Átmeneti elhelyezést nyújtó otthonok

Összesen 19 fogyatékos személyek gondozóháza működik az országban 276 férőhellyel.

A fogyatékossgal élők átmeneti ellátása megszervezésének legnagyobb kihívása maga az „átmenetiség.” Olyan élethelyzetekben lehet rá szükség, amikor

- a fogyatékos személy saját otthonában, önhibáján kívül nem maradhat,
- állapotromlás vagy a gondozási szükségletében bekövetkezett változás miatt, vagy
- otthonában nem biztosítható a szakszerűen ellátása
- amikor a család tagjainak (belső erőforrásai kiapadása miatt), a szülőknek, hozzátartozóknak pihenésre van szükségük,
- amikor krízishelyzet bekövetkezte indokolja az elhelyezést (szülő, gondviselő betegsége, haláleset),
- amikor más intézményi elhelyezésre vár, de ott nincs szabad férőhely.

Az átmenetiség azonban csak abban az esetben értelmezhető, ha valóban egyszerűsített és gyors a bekerülés, vagy az egyes ellátási formák közötti átjárás.

- A flexibilitásra az adminisztráció és a feladatellátás megszervezése tekintetében egyaránt szükség van.

- Valós igényként merül fel a szakápolást igénylő tevékenységek megszervezése, pl. szondatáplálás, katéterezés, infúzió biztosítása, ezekre jelenleg nincs lehetőség esetén.
- Tanköteles korú ellátott esetén külön kérdés az oktatás megszervezése (tárgyi, személyi feltételek) abban az esetben, ha az ellátást csak a krízishelyzet megszűnéséig igényli, és ez rövidebb időtartam.
- Az átmeneti elhelyezést nyújtó otthonokban a család, a társadalmi környezettel való kapcsolattartás, együttműködés kiemelten hangsúlyos. Legyen szó akár a sérült ember saját otthonába történő visszahelyezéséről, akár más intézménybe való elhelyezésről a szociális munka jelentősége felértékelődik, összetettebb feladatokban fogalmazódik meg. Nélkülözhetetlen a szociális munkás jelenléte.
- Az átmeneti otthon, mint a bentlakásos elhelyezés egyik formája, biztosítva egyfajta lépcsőzetességet, az „intézménytelenítési folyamat” egyik állomása is lehet. Emellett átmeneteti-kimeneti utat képezhet pl. a nagy bentlakásos rehabilitációs intézményekből azon igénybevevők esetében, akik részben, vagy egészben önálló életvitelre fokozatosan képessé tehetők

Szükséges lenne az átmeneti otthonok számának növelésére minden régióban, mert az ilyen típusú intézmények száma jelenleg nagyon alacsony, emellett többnyire az értelmi fogyatékos emberek fogadására specializálódtak, pedig más fogyatékossgal élő emberek is igényelnék az ilyen típusú ideiglenes elhelyezést.

Fogyatékos személyek bentlakásos intézménye

Bekerülése feltételek:

Kiskorú fogyatékos személy:

- kérelem
- a területileg illetékes szakértői és rehabilitációs bizottság szakvéleménye

Nagykorú fogyatékos személy:

- kérelem
- az igénybe vevő szakorvosának, kezelőorvosának szakvéleménye
- A nagykorú fogyatékos személy fogyatékos személyek otthonában történő elhelyezésének feltétele a benyújtott orvosi dokumentáció felhasználásával lefolytatott alapvizsgálat elvégzése

Alapvizsgálat (NRSZH)

A nagykorú személy alapvizsgálatához mellékelni kell:

- az ellátott rendelkezésére álló egészségügyi dokumentáció (pl. a fogyatékossgág jellege szerinti, 12 hónapnál nem régebbi szakorvosi lelet),
- az ellátott rendelkezésére álló gyógypedagógiai dokumentáció (pl. IQ teszt, MAWI

- mozaik próba stb.),
- a szociális intézményi elhelyezési kérelem és adatlap egészségi állapotot tartalmazó „B” lapja,
- a szociális intézmény által előgondozás során készített feljegyzés az igénylő állapotáról,
- az OOSZI, NRSZH fogyatékosági és egyéb vizsgálatait.

A bentlakásos intézményi körben az ápoló-gondozó otthonok többsége a korábbi egészségügyi gyermekotthonokból alakult át. Igen vegyes kórképpel, több típusú fogyatékossgal élő, többnyire felnőtt korú személyek ápolását biztosítják.

Magyarországon 2008-ban Fogyatékos személyek otthona 281 telephelyen működött. Az engedélyezett férőhelyek száma 16. 758 volt, a férőhely kihasználtság 96, 5%. Az otthonokban 14. 796 fő volt elhelyezve, 403 személlyel kevesebb 2000-ben. A lakóotthonokban 2008-ban 1378 fő élt, mely 1255 fővel több, mint 2000-ben (*Forrás: Szociális Statisztikai évkönyv 2008*). Ez az adat jól szemlélteti, hogy az intézményvezetők, ha lehetőségük van rá, és alkalmasak a feltételek, igyekeznek az ellátást igénybe vevő személyek lakóotthonokban történő elhelyezésére.

Fogyatékos személyek ellátását végző intézmények KITAGOLÁSA:

Nagy létszámú bentlakásos szociális intézmények átalakítási koncepciója

A nagy létszámú bentlakásos szociális intézmény-átalakítás célja a fogyatékossgal élő emberek jogainak maradéktalan érvényesítése, életminőségük javítása és a szociális szolgáltatói szerkezet fejlesztése, modernizálása.

Bár a fogyatékossgal élők között vannak olyanok, akinek esetében a *jelenlegi létező feltétel-rendszert figyelembe véve* a kitagolás elképzelhetetlennek tűnik, az önálló életvitelre alkalmatlanok csoportja nem azonos a súlyosan fogyatékos emberek csoportjával. Természetes a súlyosan fogyatékos emberek lakhatási körülményeinek kialakítása a drágább, az alkalmasságnak vagy alkalmatlanságnak a megítélése szempontjából azonban sem a fogyatékossg mértéke sem a költség nem lehet kritérium. Az átalakítással járó változás a bentlakást nyújtó intézmény összes lakójára ki kell terjedjen. El kell kerülni, hogy a súlyosan, halmozottan fogyatékos, intenzívebb gondozási szükségletű emberek a régi intézményben maradjanak.

A nagy létszámú intézmények átalakításával kapcsolatos markáns véleménykülönbségek ellenére abban mindenki egyetértett, hogy *a kitagolásnál a lakóotthoni elhelyezésen kívül a támogatott lakhatási modelleket (kilépő lakások, rehabilitációt követő félutas házak, támogatott bérletek stb.) is alkalmazni kell.*

A sikeres átalakítás érdekében fontos a feladatvégzés sorrendjét megszabni. Az átalakítás során alapelveként kell kezelni, ha egy átalakításra váró intézmény körzetében még hiányos a településbe integrált, lakókörnyezetben nyújtott otthon közeli szolgáltatások köre, mértéke, akkor először azokat kell kiépíteni és csak ezt követően kezdődhet meg a régi bentlakásos intézményből a lakók kiköltöztetése. A lakókörnyezetben biztosított segítségnyújtás megerősítése azzal az eredménnyel is járhat, hogy a fogyatékossgal élő személy az

intézmény-átalakítás során visszatér korábbi, saját lakókörnyezetébe. Ennek lehetőségét biztosítani szükséges.

Alternatívák a lakóotthonokba történő kitagolás mellett:

Jelenleg Magyarországon nagyon szűk a támogatott lakhatási megoldások spektruma, nagyjából nagyintézményben, lakóotthonban, vagy külső férőhelyben gondolkodhatunk. Problémát jelent, hogy mind az eddig hatályos törvény, mind a rendelet csak lakóotthonokat említ, más alternatívát nem. Hiányoznak pl. a **kilépő lakások, rehabilitációt követő félutas házak, támogatott bérletek**.

Javaslatok

A támogatott lakhatás, mint új szolgáltatási forma⁵⁷

A jelenlegi szociális szolgáltatási rendszer (a hajléktalan ellátás kivételével) **nem ismeri a lakóotthonnál kisebb létszámú ellátási formát, a támogatott lakhatás modelljét**. A támogatás az önálló életvitel megőrzése mellett jelenleg nem megoldott. A speciális szükségletekkel rendelkező csoportok rugalmas, az egyéni igényekhez igazított ellátására szükség lenne. Elsősorban értelmi fogyatékos, autizmussal élő, súlyosan mozgássérült, alkohol- és drogfüggőségből kilábaló felnőttek, pszichiátria betegek, és egyéb sérülékeny csoportok számára igen hatékony ellátási forma lehetne.

A személy a saját (bérelt vagy tulajdonában/ tulajdonrészében) ingatlanában olyan mennyiségű és minőségű segítő szolgáltatást vesz igénybe, melyre az adott élethelyzetben szüksége van. A szolgáltatások lehetnek ápoló-gondozó jellegűek, háztartási, közlekedési, pénzügyi, szabadidő eltöltésére irányuló, közösségi szolgáltatások igénybe vételét célzó vagy életvezetési tanácsadást nyújtó szolgáltatások, illetve bármi más, melyre igény merül fel, időben és intenzitásban is rugalmasan, személyre szabottan. Az ellátás terjedhet a heti 1-2 órától (pl. banki ügyek intézése vagy orvoshoz, fodráshoz kíséréstől) a 24 órás ápoló-gondozó felügyeletig.

Alapelvek

A lakhatás **helyszínének** kiválasztásakor prioritásnak kell tekinteni az elérhető foglalkoztatási lehetőségeket, annak szervezési, közlekedési vonatkozásait, annak érdekében, hogy a támogatott lakhatási forma alapvető céljával ellentétben ne szociális izolációhoz vezessen, hanem segítse a társadalmi integrációt. A közösség szolgáltatásaihoz való, igény és képesség szerinti hozzájutás lehetőségének biztosítása alapvető célkitűzés: a helyi vendéglátó-ipari egységek (pl. cukrászda), közművelődési intézmények (pl. könyvtár), sportolási lehetőséget nyújtó (pl. uszoda), valamint az egészségügyi – és rekreációs szolgáltatások látogatása, üzletek, fodrászat segítséggel való igénybe vételének lehetősége jelenti a közösségi szinten megvalósuló integrációt.

⁵⁷

A javaslat kidolgozója a Kézenfogva Alapítvány.

A lakókönyezet kiválasztásának további szempontja a biztonság. A sérülékeny, szociális szempontból kiszolgáltatott emberek lakhatása csak olyan környéken lehet megnyugtató, ahol viszonylag jó a közbiztonság, nem kell tartani antiszociális viselkedésektől.

A támogatott lakhatás modelljének alapvető jellemzője a **személyre szabott**. Az ellátásnak mind mennyiségében, mind minőségében rugalmasan kell alkalmazkodnia a személy és a család adott időszakban felmerülő, egyéni igényeihez.

Az ellátás minden esetben egyéni igényfelmérésen alapul, így számítani lehet arra, hogy az igények folyamatosan változnak. Az önálló életvezetési képességek fejlődésével párhuzamosan indokolt lehet bizonyos típusú (pl. gondozási) szolgáltatás csökkentése, és helyette felmerülhet egyéb irányú igény (pl. munkahelyre, fodrászhoz stb. kísérés). A szolgáltatás rendszerén belül tehát szükséges az igények rendszeres felülvizsgálata, és a szolgáltatások eredményeknek megfelelő újratervezése.

Problémák és diszfunkciók

Létszámnormával kapcsolatban felmerülő súlyos problémák:

Az intézményekben az 1/2000 SZCSM. rendelet 2. számú ábrae határozza meg a személyes gondoskodás formáinak létszámnormáit. Ha a fenntartó él azzal a jogával, hogy az ajánlottan megadott létszámot nem biztosítja, komoly következményei lesznek a szakmai munkának. *Valójában gyakran még az ajánlott létszámnormák sem fedeznek szakmailag elvárható színvonalú szolgáltatást.*

A mozgásterapeuta és a foglalkoztatás szervező ajánlottá tétele egyenlő ezeknek a munkaköröknek a megszüntetésével. Foglalkoztatás szervező nélkül elláthatatlanná válik a fenti kötelező feladat. Mozgásterapeuta jelenléte a fogyatékossgal élő személyeket ellátó intézményben, és különösen a súlyos fogyatékos csoport esetében nélkülözhetetlen. A „Kötelező munkakör” maradjon, mert a súlyosan halmozottan sérült személynek (gyermek és felnőtt) alapvető fejlesztési formája a mozgásának fejlesztése. Ez a fejlesztés az alapja a további tevékenységeknek. Megkérdőjelezése szakmai szempontból és az ellátottak jogainak érvényesülése szempontjából is aggályos!

Családok elszegényedéséből eredő anomáliák, nehézségek begyűrűzése a fogyatékos emberek ellátásába:

Amíg egyre több emberről mondanak le családtagok és ezért egyre nagyobb számban jelentkeznek felvételre szociális otthonba. Az elszegényedő családok egy része a fogyatékossgal élő családtag magához vételével kívánja anyagi helyzetét javítani. Az intézményben élő fogyatékos embert a rokonaikat gyakran csak azért veszik magukhoz, hogy az ő jövedelme által (emelt összegű családi pótlék, FOT, segélyezésnél létszámként szerepel, földgáz ártámogatás stb.) próbálják terheiket csökkenteni. A korábban intézményben ellátottak közül sok embernek jelentősen romlik az életkörülménye az intézményből való távozással (olyan esetről is értesültünk, hogy valakinek nem váltják ki a gyógyszereit, erőn felüli munkavégzésre kényszerítik, és nem kap eleget enni). Egyre több az ingyenes ellátásban

részesülő ellátottak száma. A normatíva összegének csökkenése ebben az időszakban különösen nagy terhet ró az intézményekre.

Normatív támogatás differenciálatlansága – esélyegyenlőtlenséget okozó finanszírozási problémák (az eddigiekben vázolt finanszírozási kérdéseket is beleértve):

A fogyatékos emberek bentlakásos ellátásának normatívája *jelenleg nem differenciál a fogyatékoság típusa, súlyossága, illetve aszerint, hogy gyermekek vagy felnőttek ellátását biztosítja az intézmény.* Ugyanaz a normatív támogatás az ápoló-gondozó, a rehabilitációs intézmények, az enyhe, közép súlyos, súlyos és súlyosan-halmazottan sérült ember ellátása esetén, *noha tudjuk, hogy gondozási szükségletük merőben eltér egymástól.* Míg a rehabilitálható, enyhe és közép súlyos értelmi fogyatékos ember ellátási szükséglete (akik javarészt önellátók) a foglalkoztatásban, mentálhigiénés tevékenységben mutatkozik elsősorban, addig a súlyosan és súlyosan-halmazottan fogyatékos személyek intenzív ápolásra - gondozásra szorulnak a fejlesztés, foglalkoztatás mellett. *A gyermekeket ellátó intézmények leíhatják a közoktatási normatívákat (korai fejlesztés, fejlesztő felkészítés, fejlesztőiskolai oktatás), ám ezek messze nem fedezik az erre a feladatra előírt, ill. ehhez szükséges pedagógus, ill. további szakmai létszám béreit sem.*

Az 1/2000. SZCSM rend. a súlyosan fogyatékos személyeket ellátó csoportnál meghagyta az osztályvezetőket és 8 főben maximálja a csoportlétszámot, ami az ellátás szempontjából indokolt és semmiképpen sem csökkentendő, ám a finanszírozásban ennek fedezete nem jelenik meg.

Bentlakásos intézmények épületállagának és a szabályozott normák fenntarthatósága:

A bentlakásos intézmények folyamatosan bővültek az elmúlt évtizedben. A fenntartók számára a bentlakásos intézmények fenntartása különös nehézséget okoz, mert a szociális intézmények majdnem fele 50 évnél régebben – és más célra – épült létesítmény (kastély), s jelentős részük felújításra, illetve „kiváltásra” szorul. Az elmúlt évek jelentős fejlesztései ellenére is van elmaradás a jogszabályokban rögzített normáktól. A jelenlegi állami normatíva nem teszi lehetővé a korszerűsítést, mivel van, ahol az intézmény fenntartását sem fedezi.

Javaslatok

Ezért – korábbiakat ismételve – javasoljuk, hogy a dolgozók létszámát az ott élők szolgáltatási szükségletétől tegyék függővé, s ehhez igazodjék a finanszírozás is, s nem fordítva. Jelenleg a rendelkezésre álló létszámtól függenek a felvett fogyatékos emberek számára nyújtott szolgáltatások – szükségleteiktől gyakran függetlenül, s így a súlyosan-halmazottan fogyatékos emberek eleve hátrányból „indulnak”.

Amennyiben ez a teljes körű differenciálás nem lehetséges, akkor indokolt a **lakóotthoni létszámnormának** legalább a fogyatékoság szerinti differenciálása (hiszen teljesen eltérő szakemberek és tárgyi környezet kell pl. a mozgássérült és az értelmi fogyatékos emberek megfelelő szolgáltatásához). Tehát ne az intézményi forma határozza meg a dolgozók képzettségét, hanem a kliensek szolgáltatási szükségletei.

A bentlakásos intézmények költségvetésében a bér és bérjellegű kiadások éves költségvetésük 80-85%-át teszik ki, ezért is különösen fontos a szakmai létszámelőírások (javaslatok) összehangolása egyfelől az egyes célcsoportok szükségleteivel, másfelől a normatív

támogatással – azaz a normatív támogatások hozzáigazítása a szakmai létszámelőírásokhoz, és nem fordítva!

A gyermekkorú fogyatékos személyeket ellátó bentlakásos intézmények esetében szükséges lenne a többlet normatíva biztosítása, mivel ők jövedelemmel nem rendelkeznek (csak családi pótlékkel). A kiesett normatív bevételt és ennek hatására megnövekedett kiadásokat a fenntartók nem tudják hozzájárulásként megfizetni az intézményeknek, működési nehézségek léphetnek föl.

Megoldást jelentene a szakmai szolgáltatási, ellátási standardok bevezetése a minimálisan biztosítandó szolgáltatás, ellátás meghatározásával és az ehhez szükséges normatív támogatás összegének differenciált (életkor és fogyatékosági típus és súlyossága szerinti szükséglet) meghatározása.

Rehabilitációs intézmények

Ellátásra jogosult az az önellátásra legalább részben képes fogyatékos személy, aki a lakóotthonba kerülése időpontjában 16 életévét már betöltötte, de a reá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt még nem érte el.

A belépés feltétele:

- a megelőző intézményi elhelyezés során a felülvizsgálat eredménye, illetve a gondozási terv és egyéni fejlesztés alapján lakóotthoni elhelyezése az önálló életvitel megteremtése érdekében indokolt
- a rehabilitációs célú lakóotthonban elhelyezésre kerülő alkalmassági vizsgálat, a kérelemhez csatolandó dokumentumok (ua.: mint rehabilitációs intézmény)
- alkalmassági vizsgálat szakvélemény (NRSZH)

A rehabilitációs folyamat célja a társadalmi „beágyazódottság” (kialakult, élő szociális kapcsolatrendszer, rendszeres, értéket teremtő munkavégzés), egyéni lehetőséghez mért legmagasabb szintű önállóság.

A rehabilitációs, komplex rehabilitációs szolgáltatásokat ideális esetben az intézmények a szolgáltatást igénybe vevő emberek bevonásával, együttműködésével, egyéni fejlesztési terv alapján végzik. A jogszabályok jelenleg három éves rehabilitációs időtartamot tesz lehetővé, amely indokolt esetben egy alkalommal, legfeljebb két évvel meghosszabbítható. A rehabilitációs intézményekben főként mozgássérült, értelmi fogyatékossgal élő, és vak személyek rehabilitációját-gondozását végzik.

Problémák és diszfunkciók

Az értelmileg akadályozott embereket ellátó rehabilitációs intézmények esetében lényegében jelenleg abban van eltérés az ápoló-gondozó otthonoktól, hogy határozott időre szól az elhelyezés, és intenzívebb a foglalkoztatás. Vagyis a rehabilitáció sikere nem nagyobb ezekben az intézményekben, mint az ápoló gondozó otthonokban.

A mozgássérült emberek rehabilitációját biztosító intézmény esetében a rehabilitációs intézményben ellátottak esélyei nagyobbak, ám az integráció előkészítése ott is számos akadályba ütközik, amit később részletezünk.

Szakmai ellenőrzések során azt tapasztaljuk, hogy az értelmileg akadályozott emberek rehabilitációját ellátó rehabilitációs intézmények lassan megszűnnek, mivel az ellátottakat nem tudják a lakókörnyezetükbe visszahelyezni és számukra munkát biztosítani (még rehabilitációs célú lakóotthonok esetében is csak csekély számú esetben sikerül), ezért marad a rehabilitációs lakóotthoni és az ápoló-gondozó otthoni elhelyezés. Ugyanakkor azt is látjuk, hogy **a rehabilitációs intézmények** gyakran nem az igénybe vevő személy egyéni szolgáltatási szükségletéhez igazítják a rehabilitációs időtartamot, hanem jellemzően a törvény által szabott maximális rehabilitációs időt veszik figyelembe, tehát **gyakran a szükségesen túl is szolgáltatnak**.

Ennek okai például:

- Alacsony szinten van az otthoni környezet befogadó készsége, felkészültsége a fogyatékos családtag hazaköltöztetésére, s ehhez a családok kevés külső, illetve helyi segítséget, támogatást kapnak.
- Alacsony a szervezettsége az olyan önkormányzatok vagy más szolgáltatók által biztosított helyi szolgáltatásoknak, melyek a fogyatékos emberek önálló életvitelének feltételeit biztosítani hivatottak.
- Továbbra is kevés az olyan kis létszámú lakóotthonok, vagy támogatott albérletek száma, melyek megfelelően akadálymentesített lakhatási feltételeket biztosítanak a fogyatékos emberek számára oly módon, hogy ehhez biztosított a mindennapi tevékenységekhez szükséges 24 órás személyi segítség is (pl. mozgássérült, ill. halmozottan fogyatékos emberek számára).
- Sok esetben önálló életre felkészült, de személyi segítséget igénylő fogyatékos emberek intézményi lakhatási megoldás keresésére kényszerülnek (esetleg munkahelyüktől, családjuktól távol), mert más módon nem oldható meg, hogy mindennapi tevékenységeikben segítséget kapjanak – alapszolgáltatások kiterjesztésének hiánya.
- A folyamatos személyi segítséget is biztosító kis létszámú lakóotthonoknak (a fent említett pénzügyi nehézségek miatt igen alacsony a száma, rendszerint több éves a várakozási idő, emellett sok esetben a fogyatékos ember anyagi helyzete sem teszi lehetővé, hogy ilyen intézményben férőhelyhez jusson – **magas beugró és/vagy térítési díj** miatt).
- Mozgássérült emberek esetében **sok esetben középiskolai és felsőoktatási tanulmányaik idejére vesznek igénybe bentlakásos rehabilitációs szolgáltatást**, még akkor is, ha már nem lenne szükséges, vagy igazán később lenne szükség rá (felnőttképzés, foglalkozási rehabilitáció, lakhatási megoldás keresése idejére). Azért kényszerülnek hosszas tanulmányi időre igénybe venni ezt a szolgáltatást, mert vagy nem megfelelően akadálymentesek és integráltak a képző intézmények, és/vagy a kollégiumok sem akadálymentesek, és nem biztosítanak személyi segítséget. Ebben az esetben viszont bár a rehabilitáció nagyon hasznos szolgáltatás, a törvényileg meghatározott idő erre a feladatra megközelítőleg sem elég. **Megoldást ebben** az oktatás és kollégiumi ellátás területén való szolgáltatásbővítés jelentene.

- **Problémát jelent a szükséges környezeti és egyéb feltételek hiányában a további elhelyezés:**
- A Szt. 57. § (3) bekezdésének rendelkezése szerint 2011. január 1. napját követően fogyatékos személyek ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátása céljából új férőhelyet **csak lakóotthoni** formában lehet létrehozni.
- A (2) bekezdés *a),b)* és *d)* pontjaiban meghatározott intézmény legalább tíz fő, legfeljebb százötven fő ellátását biztosítja. Telephellyel rendelkező szociális intézmény esetén a férőhelyszámot, az ellátást nyújtó székhelyen és az egyes telephelyeken külön-külön kell vizsgálni.
- A rehabilitációs intézményekben csak meghatározott ideig élhetnek az ellátottak. Amennyiben a rehabilitáció ideje lejár (3 + 2 év), és a környezeti feltételek hiánya miatt az integráció nem megoldható, kérdés, hogy mi történik velük, ugyanis féltő, hogy amennyiben az intézményi ellátásuk meghaladja az Szt. által meghatározott időtartamot, ezt követően a Kincstár nem fogja az ellátást finanszírozni.
- Az ellátási hiányok között említik a szerzők a *saját otthonukban élő, önellátásra képes elsősorban mozgás és érzékszervi fogyatékos emberek rehabilitációjának megoldatlanságát.*

Javaslatok:

A rehabilitáció intézményrendszerét újra kell gondolni, egy egymásra épülő komplex szolgáltatási rendszert, intézményrendszert kell kiépíteni, a helyi (lakóhelyen történő) szolgáltatásnyújtást, alapszolgáltatások bővítését és időbeli kiterjesztését (24 órás szolgáltatás), külső férőhelyen történő gondozást és a félutas megoldásokat előnyben kell részesíteni. Ehhez pályázatok és finanszírozás szükséges, mert az intézmények önerőből erre képtelenek.

Rehabilitációs otthonok esetében is igazak a személyi feltételek szabályozásával kapcsolatban a „bentlakásos intézmények” estében vázolt problémák és ezzel kapcsolatban felvetett javaslatok!

Tudomásul kell vennünk, hogy a rehabilitációs szolgáltatás – az igen intenzív és sokszínű szakemberigény és a sok-sok egyéni szolgáltatás miatt – nem olcsó. Ugyanakkor a rehabilitációt leginkább befektetésként kell kezelni, melynek pénzben kifejezhető haszna van, igen jó jövedelmezőséggel. Indokolt tehát a rehabilitáció finanszírozásának újragondolása is.

Ezért többszörösen is indokolt a szolgáltatói rendszer újragondolása.

A szolgáltatásokkal kapcsolatos általános problémák:

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások területén a jogszabályok a fogyatékos emberek – mint ellátottak – körére szűkítik le a szolgáltatások igénybevételének feltételeit, tartalmát, személyi és tárgyi és normatív finanszírozásának mértékét. Ezen túlmenően a fogyatékos emberek egyes csoportjaira nézve (értelmi sérült, autista, siket, vak, mozgássérült illetve halmozottan fogyatékos) nincsen jogszabályi szinten differenciálás. A jelenleg hatályos szabályozás alapján nincs további szűkítés a szolgáltatások tartalmára vonatkozóan.

A jelenlegi szolgáltatási rendszerben szolgáltatás típusonként eltérőek a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételének feltételei (alapvizsgálat, életkori határok), azok tartalma, eltérő az egyes szolgáltatások igénybevétele során keletkező ellátotti dokumentáció rendje is. Több szociális ellátás esetén az igénybevétel feltétele a fogyatékossgot igazoló orvosi szakvélemény (kiskorúak esetében a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság szakvéleménye). Bentlakásos intézményi ellátások esetén az orvosi szakvélemények alapján kerül lefolytatásra az alapvizsgálat, illetve a rehabilitációs alkalmassági vizsgálat (későbbiekben gondozási felülvizsgálat). A szociális ellátással párhuzamosan az érintett jelen lehet a közoktatás rendszerében (sőt van ahol a közoktatási feladatot szociális intézmény látja el, lásd külön e célra létrehozott nevelési oktatási intézmények, fejlesztő iskolai oktatás). Az ellátás bizonyos szociális ellátások esetében magában foglalja az ellátott egészségügyi ellátását, továbbá a szociális ellátással párhuzamosan az ellátott munkát is vállalhat (szociális intézményi foglalkoztatás, nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás keretében). **Különös jelentősége van ezért az érintett életében különböző területeken (egészségügy, oktatás, foglalkoztatás, szociális ellátás) keletkező személyes dokumentumok komplex szemléletének, a dokumentumok egymásra épülésének, és a gondozási szükségletekből kiinduló szolgáltatásoknak.**

Az intézményen belüli foglalkoztatás rendszere a szakértők szerint megérett az újragondolásra különösen az ellátottak foglalkoztathatóságának vizsgálata, a foglalkoztatási támogatás igénybevétele és felhasználása, a segítő személyek létszámarányainak meghatározása, a munka rehabilitációs díjjal és a fejlesztő felkészítő foglalkoztatással kapcsolatos a gyakorlatban felmerülő súlyos problémák terén.

A jelenlegi szociális szolgáltatási rendszer (a hajléktalan ellátás kivételével) nem ismeri a lakóotthonnál kisebb létszámú ellátási formát, *a támogatott lakhatás modelljét*. A támogatás az önálló életvitel megőrzése mellett jelenleg nem megoldott. A speciális szükségletekkel rendelkező csoportok rugalmas, az egyéni igényekhez igazított ellátására szükség lenne. Elsősorban értelmi fogyatékos, autizmussal élő, súlyosan mozgássérült, alkohol- és drogfüggőségből kilábaló felnőttek, pszichiátria betegek, és egyéb sérülékeny csoportok számára igen hatékony ellátási forma lehetne.

Javaslatok

Az alapellátások fejlesztése

A nappali ellátások keretében – a szolgáltatás tartalmának kiszélesítésével – legyen lehetőség a folyamatos napközbeni felügyeletre nem szoruló, saját otthonukban lakó fogyatékos emberek komplex rehabilitációjára.

Fontos a fogyatékos embereket nevelő családok lakóhelyhez közeli szolgáltatásainak fejlesztése. Rugalmas szolgáltatásokkal kell támogatni őket azért, hogy a fogyatékossgal élő gyermekek addig maradhassanak családi környezetben, ameddig ők maguk és családjuk ezt akarja, szeretné. A fogyatékos – különösen az értelmileg akadályozott, az autizmussal élő, a súlyosan-halmazottan fogyatékos – gyermeket, illetve felnőttet ellátó szülők számára az alkalmankénti külső segítség igénybevételének lehetőségét szükséges biztosítani. Meg kell

vizsgálni speciális támogatást nyújtó szolgálat létrehozásának, illetve a meglévő szolgáltatások ilyen feladattal történő kibővítésének lehetőségét. A rendszert fejlesztő Fecske program kiterjesztése fontos.

A helyzetelemzés szerzői szerint a fogyatékossgal élők átmeneti elhelyezését szolgáló otthonok számának növelésére minden régióban szükség lenne.

A helyzetértékelés alapján az enyhe fokban értelmi fogyatékos személyek a jelenlegi szociális szolgáltatások köréből és az ellátórendszerből kirekesztődnek, mivel a jelenlegi ellátórendszer erősen az orvosi/szakértői dokumentációra épít, nem a szükségletekre. A szakemberek szerint változtatni szükséges a régen általános iskolai végzettséget szerzett, enyhe fokban értelmi fogyatékos emberek orvosszakértői vizsgálatának a gyakorlatán azért, hogy ezek az emberek is hozzájussanak az ellátáshoz.

Szolgáltatásszervezési és szabályozási javaslatok

A fogyatékos emberek heterogén csoportot alkotnak, tagjai – a látás-, hallássérült, mozgáskorlátozott, értelmileg akadályozott, kommunikációban számottevően korlátozott és autizmussal élő vagy súlyosan, halmozottan fogyatékos személyek – eltérő szükségletekkel rendelkeznek. Ezért különösen fontos, hogy az általuk igénybe vett szociális szolgáltatások az egyéni szükségletek alapján legyenek megtervezve.

A rászorultság, illetve a legsebezhetőbbek fokozottabb védelmének elve alapján biztosítani kell az esélyegyenlőség megteremtéséhez szükséges intézkedések és feladatok, valamint a fogyatékos személyeknek nyújtott szolgáltatások és támogatások rendszerének differenciálását a társadalmi hátrányok minimalizálása érdekében (10/2006. (II. 16.) OGY határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról).

A gyakorlatban dolgozó szakemberek véleménye szerint a különböző ellátástípusok dokumentációjának összehangolása a jelenlegi szabályozás talaján aránytalan terhet jelent, ezért azt javasolják, hogy a fogyatékossgal élők számára biztosított szociális szolgáltatások adminisztrációja legyen összehangolva.

Személyes tapasztalataik alapján a szakemberek azt javasolják, hogy terjesszék ki a támogató szolgálat szolgáltatását az idős koruk miatt mozgáskorlátozott emberekre is, mivel a szerzett fogyatékossgok esetében a kor alapján különbséget tenni szakmailag nem indokolt.

Ugyancsak praktikus okok miatt tartják fontosnak, hogy a támogató szolgálat szolgáltatásai a nap 24 órájában (a hétvégén is) legyenek elérhetőek. A támogató szolgálat finanszírozásánál a személyi segítség preferálását fontosnak tartanák a szállítással szemben.

A szolgáltatáshoz kapcsolódó létszám előírásokkal kapcsolatos kifogások szinte minden szolgáltatásnál megjelennek. Alapvető probléma, hogy a fenntartók a létszám minimumokat szakmai ajánlásnak is tekintik. A helyzetértékelés szerzői a támogatószolgálatnál különösen fontosnak tartják azt, hogy a létszámelőírások igazodjanak az ellátotti létszámhoz, illetve az ellátott terület nagyságához.

A módszertani munkát végző szakemberek kifogásolják az FSZH (NRSZH) közreműködésével finanszírozott szolgáltatás, a támogatószolgálat súlyos adminisztrációs terheit, és csökkentést kezdeményeznek. A szakemberek szerint komoly kérdéseket vet fel a szociális intézmény és az FSZH (NRSZH) között megkötött finanszírozási szerződés módosításának /módosíthatóságának kérdése azokban az esetekben, amelyekben a szerződésben foglaltaktól való eltéréssel kapcsolatos döntést a jogszabály az intézményvezető hatáskörébe utalja, illetve egy ilyen döntés meghozatalát a jogszabály nem tiltja.

A rehabilitációs intézmény szerepének újragondolása több szempontból is indokoltnak tartják a munkacsoport tagjai.

V. Szenvedélybeteg-ellátás

A szenvedélybetegek száma Magyarországon

A Magyarországon élő szenvedélybeteg emberek tényleges számára vonatkozóan (néhány kivétellel) nem rendelkezünk pontos adatokkal, csupán nagyságrendileg tudjuk becsülni valós számukat. A célcsoportra vonatkozó „adathiánnyal” is küzd azonban az ágazat, mivel definíciós nehézségek is vannak. Egyes addikciók (játékszenvedély, társfüggőség, testképpel kapcsolatos problémák, stb.) vonatkozásában nem, vagy csak alig találunk kutatási eredményeket. Ez alól talán csak néhány, az ifjúságot célzó kutatás jelent kivételt. A legtöbb adattal az alkoholprobléma és az illegális droghasználat kezelésére vonatkozóan rendelkezünk.

„A szakemberek becslése szerint ma Magyarországon kb. 1 millió embernek van alkoholproblémája⁵⁸, (...)”⁵⁹

2007-ben készült reprezentatív felmérés⁶⁰ alapján a 18-64 éves korosztály 9 %-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert⁶¹. A 8-10. évfolyamos tanulók reprezentatív mintáján készült adatfelvétel⁶² eredményei szerint a megkérdezett fiatalok 22 % a vizsgálat idején napi rendszerességgel dohányzott. A diákok túlnyomó többsége (92%) fogyasztott már élete során alkoholt és a megkérdezettek 16%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert.

A szenvedélybetegek részére nyújtott szociális ellátások bemutatása

A szenvedélybetegség problémája már a rendszerváltást megelőzően is jelen volt a magyar társadalomban. Az intézményrendszer – elsősorban egészségügyi vonalon – igyekezett is reagálni az ekkor még a túlzott főleg alkoholfogyasztás formájában megjelenő problémára. A rendszerváltást követően azonban a szenvedélybetegség mintázata (új szerek, újfajta szerhasználati módok megjelenése) és az 1993-ban megjelenő, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban Szt.) által nevesített szolgáltatási formáknak köszönhetően a szenvedélybetegeket ellátó (szociális) intézményrendszer is jelentős mértékben átalakult.

A jelenlegi jogi szabályozás értelmében a szociális alapszolgáltatások körében megkülönböztethetjük azokat a szolgáltatásokat, melyek célcsoportja sorában nevesítve

⁵⁸ Fogalmak szintjén meg kell különböztetnünk az egyes alkoholfogyasztói csoportokat. Így nevesíthetünk: alacsony kockázatú, kockázatos ivó, ártalmas ivó, alkoholfüggő kategóriákat.

⁵⁹ Forrás: KSH, Szociális védőháló a régiókban, Miskolc 2008. augusztus

⁶⁰ Paksi B., Arnold P. (2007). Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról. A magyarországi felnőtt népesség drogérzékenysége – új fejlemények. *Addiktológia* 2007 Supplementum 1. p. 49. Elhangzott: Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusa, Siófok. (2007.11. 22-24.)

⁶¹ Esetükben a folyamatos használók aránya 23,8%. A folyamatos droghasználók 90,2%-a a fiatal felnőtt (18-34 éves), illetve több mint kétharmada (68,2%) a nagyvárosi (10.000 főnél nagyobb) fiatal felnőtt populációból kerül ki.

⁶² Elekes, Zs. (2009). Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon - ESPAD 2007. NDI - L'Harmattan.

vannak a szenvedélybetegek is, de szolgáltatásaikat nem csak nekik nyújtják, és azokat a szolgáltatásokat is, melyek kizárólagosan csak a szenvedélybetegek számára biztosítottak. Az előbbi csoportba sorolhatjuk a családsegítést, étkeztetést, házi segítségnyújtást, falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást, valamint utcai szociális munkát.

Célzottan a **szenvedélybetegek részére** nyújtott alapszolgáltatások között a célcsoport számára biztosított **alacsonyküszöbű ellátást**, a szenvedélybetegek részére nyújtott **közösségi alapellátást** valamint a szenvedélybetegek **nappali ellátását** biztosítja a Szociális törvény. Az úgynevezett szakosított ellátások körében az Szt. a szenvedélybetegek **átmeneti otthonát**, szenvedélybetegek **lakóotthonát**, szenvedélybetegek **otthonát**, és a szenvedélybetegek **rehabilitációs intézményét** nevesíti.

A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal Szociális Regiszterben rögzített működési engedélyei alapján összesen 266 intézmény nyújt jelenleg az országban szenvedélybetegek részére szociális ellátást. Az ellátási típusokat tekintve, az országban a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátásból van a legtöbb (88 darab), melyet a nappali ellátás (56 darab) és az alacsonyküszöbű ellátás (55 darab) követ.

Az alapellátáshoz viszonyítva a bentlakást nyújtó intézményekből számottevően kevesebb van az országban. Ez az eltérés alapvetően az ellátás sajátosságaiból eredeztethető. Szendélybetegek otthonából és rehabilitációs intézményéből egyaránt 24-24 darab van. Szendélybetegek átmeneti otthonából és lakóotthonából csak 10, illetve 9 darab található hazánkban.

Az alapellátások biztosításának vonatkozásában a nem állami fenntartók vállalják a nagyobb szerepet (114 esetben), akiket az állami (48 esetben), majd az egyházi fenntartók (37 esetben) követnek. Szakosított ellátás esetén az állami szerepvállalás (34 esetben) kap nagyobb hangsúlyt szemben a nem állami (26 esetben) és egyházi (7 esetben) fenntartókkal.

Szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás

Elsősorban a kezelés iránt alacsony motivációval rendelkezőknek minimális belépési feltételek mellett nyújt szolgáltatásokat, melynek célja a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérséklése, a szociális krízis helyzetek kezelése, a magasabb ellátási formák felé való terelés.

Szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás

Célja a szenvedélybetegek lakókörnyezetben történő gondozása, gyógyulásuk és rehabilitációjuk elősegítése. (Az alacsonyküszöbű és a közösségi ellátások 2009. január 1-től már nem tartoznak a kötelező önkormányzati feladatok közé. Az Szt. 131/A. §-a alapján a szolgáltatások működését az állam főszabályként 3 évre megkötött finanszírozási szerződések útján támogatja.)

Szenvedélybetegek nappali intézménye

Meghatározóan a saját otthonukban élő, 18. életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő szenvedélybetegek részére biztosít lehetőséget a napközbeni

tartózkodásra, társas kapcsolatokra, étkezésre, valamint az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére.

Szenvedélybetegek átmeneti otthona

Olyan, átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézmény, amely azoknak az elhelyezését biztosítja, akiket (addiktológus, pszichiáter) szakorvosi vélemény alapján szenvedélybetegnek minősítettek, és ellátásuk családjukban vagy lakókörnyezetükben átmeneti jelleggel nem oldható meg.

Szenvedélybetegek lakóotthona

Rendszerint 8-12 szenvedélybeteget befogadó tartós bentlakásos szociális intézmény, amely az ellátást igénybe vevő részére életkorának, egészségi állapotának és az önellátás mértékének megfelelő ellátást biztosít.

Szenvedélybetegek otthona

A szenvedélybetegek otthona olyan, ápolást, gondozást, nyújtó tartós bentlakásos szociális intézmény, amelybe az a személy vehető fel, aki szomatikus és mentális állapotát stabilizáló, ill. javító kezelést igényel, önálló életvitelre időlegesen nem képes, de kötelező intézeti gyógykezelésre nem szorul.

Szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye

16. életévét betöltött rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szoruló szenvedélybetegeknek nyújt komplex, átfogó segítséget az önálló életvezetési képességek kialakításában, illetve helyreállításában, fejlesztésében, továbbá a társadalomba történő be-, illetve visszailleszkedésbe.

Problémák és diszfunkciók

Fogalmi keretek

A jelenlegi szociális jogszabályok a célcsoport azonosítására nem azonos fogalmi keretet használnak. Mászt mond a szociális törvény, mint a gyermekvédelmi törvény. De ugyan így más fogalmakat használ a szociális törvény és a végrehajtását elősegíteni hivatott 1/2000-es rendelete is, sőt egy adott jogszabályon belül sem egyeznek meg a fogalmi keretek. A négy jogszabályban⁶³ összesen 12-féle módon van „meghatározva” a szenvedélybeteg ellátás célcsoportja, nem ritkán komoly nehézséget okozva ezzel mind a szolgáltatások igénybevevőinek, mind pedig a szolgáltatóknak.

Stratégiai keretek

Amíg az illegális szerhasználat vonatkozásában ország rendelkezik Nemzeti Drogstratégiával, mely a szolgáltatásfejlesztés irányának meghatározására is hatással van, addig „Nemzeti

⁶³

A két törvény és végrehajtási rendeleteik.

Alkoholstratégiánk” nincs. Dohányzás és más egyéb addikció vonatkozásában ugyancsak hiányossággal bírunk stratégia, cselekvési terv vonatkozásában.

A szolgáltatások elérhetősége

Az ellátórendszer fejlődése ellenére azt kell mondanunk, hogy még ma is vannak olyan megyék, ahol egy-egy szolgáltatási forma nem csak a kisebb településeken, de még a megyeszékhelyeken sem érhető el. (Lásd a mellékletben: 104. számú ábra). Az ellátási lefedettség közel sem egyenletes az országban.

Az intézményrendszer diszfunkciói

- Az alkoholbetegség elterjedtségéhez és az alkoholbetegségben szenvedők számához képest kevés az őket célzó intézmények és férőhelyek száma.
- Speciális kezelést igénylők ellátása, például antiszociális fogyasztók kezelése a jelenlegi ellátórendszerben nem megoldott.
- Országosan nincsenek kellő kiegyensúlyozottsággal kiépítve a szolgáltatási szintek. Az intézményrendszer gyakorlatilag a nagyobb településekre koncentrálódik. Ez súlyos, az ország egyes területei között megjelenő kapacitásbeli, és hozzáférési eltéréseket eredményez.
- Az ellátórendszer az integráció folyamatának erősítése helyett gyakorta csak a külső kontroll szerepet tölt be, egy adott állapotot konzervál (foglalkoztatás helyett támogatott lakhatás, munkanélküliség, étkeztetés igénybevétele).
- Gyakorlatilag az alapszolgáltatásban nincs a nappali intézmény mellett működő szociális intézményen belüli foglalkoztatásra lehetőség. Ahol mégis megvalósul, ott a várakozási idő (6 hónap) hossza akadályozhatja a foglalkoztatást.
- A reintegrációs törekvések meghiúsulnak, mert a nyílt munkaerő piacon nincs esély az elhelyezkedésre.
- Megoldatlan a többszörös diagnózissal (azaz a szenvedélybetegség mellett más pszichiátriai diagnózisokkal is) rendelkező szenvedélybetegek komplex ellátása. Az ehhez szükséges finanszírozási és szakmai feltételek sem állnak rendelkezésre.
- Szinte teljes egészében hiányzik az egészségügyi és szociális ellátórendszer közötti átmenet.
- A szenvedélybetegek számának emelkedése maga után vonja az egyes szolgáltatások várakozási idejének emelkedését.
- A bentlakást nyújtó intézmények korszerűsítésre szorulnak.
- Az ellátottak egy jelentős részének nem tartós bentlakásos formában kellene helyet kapnia.

- A család, mint komplex rendszer támogatása nem működik. A családtagokkal való munka egyértelmű elszámolhatóságát lehetővé kell tenni (családtag, mint BNO kód nélküli kliens).

Megválaszolatlanul maradt igények

- A jelenlegi ellátórendszerből hiányzik a gyermek és ifjúsági korosztályok komplex ellátása.
- Gyakorlatilag nem üzemel az utógondozás rendszere.
- A komplex rehabilitációs eredmények folytatásaként hiányoznak a védett lakhatást, és / vagy munkahelyet biztosító ellátási formák.
- Nincsenek védett munkahelyek az intézményben elhelyezettek és az utógondozottak számára.
- A börtönből vagy zárt intézményekből kikerülők számára nem valósul meg mentori tevékenység, mely visszavezetné a klienst a társadalomba.

A szolgáltatás-finanszírozási rendszer legfontosabb megoldásra váró diszfunkciói:

- Nagyon magas a nappali intézmények kialakításának a költsége, amely akadályozza az ellátási típus elterjedését.
- „Új”, és egyre nagyobb kihívás a szolgáltatóknak, a humán-erőforrás-korlát, a beruházás-korlát és a működési fenntartási korlát.
- Az intézmények költségvetésében (különösen a nem állami fenntartók esetében) nincs önerő a különböző támogatások, pályázatok igénybeviteléhez.
- Az utófinanszírozással működő pályázatok miatt az intézményeknél előfordulnak likviditási problémák. A szolgáltatók (különösen a nem állami fenntartók esetében) így sok esetben a fennmaradásukért küzdenek, fejlesztésre nem marad forrásuk.
- Kihívásként jelentkezik a megnövekedett kliensszám ellátása a rendelkezésre álló támogatási összegből.
- Nincs kistérségi kiemelt normatíva, így a költségek hatalmasak – gépjármű, gondozási idő kimaradása a távolságok miatt.
- Az alacsonyküszöbű ellátás fix finanszírozású és nem követi a kontaktszám emelkedését. Egyes alacsonyküszöbű ellátási formák esetében (például tűcsere program) szükséges lenne a teljesítményfinanszírozás bevezetése. A mai előírások szerint egy – jogszabályi feltételeknek megfelelő – alacsonyküszöbű szolgáltató akkor is támogatásban részesülhet, ha ellátottakat nem fogad.

- Bemeneti, hatékonyság, kimeneti indikátorok meghatározása és a finanszírozással történő összefüggésének kidolgozása hiányzik.
- Az empirikus tapasztalatokra nem reagál az intézményi finanszírozás.
- Az innovációs törekvéseket semmilyen finanszírozási rendszer nem támogatja.
- Az intézmény költségvetését hátrányosan érintik az ellátotti hiteltartozás, mert ezek miatt a térítési díjakat nem tudják megfizetni. A tartásköteles hozzátartozók a díjat nem tudják kiegészíteni, ingatlan vagyona pedig nem marad az ellátottnak. Hosszú távon így a kliens ellátása kerül veszélybe.

Javaslatok

- Regionális szinten szükséges kiépíteni az ellátórendszer hálózatát, lakosság-számra bontott szükséglet alapján. Az intézményrendszer teljes kiépítéséhez, és fenntartható üzemeltetéséhez biztosítani kell a szükséges erőforrásokat.
- Fontos, hogy minden potenciális szükségletet felmutató kistérségben elérhető legyen a szenvedélybetegek alapellátása. Kistérségenként legalább 1 szenvedélybeteget ellátó intézmény működjön.
- A célcsoport eléréséhez, ellátásához elengedhetetlen az egészségügy és a szociális terület különböző alap- és szakosított ellátásainak együttműködése.
- Meg kell teremteni az egymást kiegészítő párhuzamos ellátások finanszírozhatóságának szakmai szabályozását.
- Az alapellátást, a támogatott lakhatási formát és a differenciált védett foglalkoztatást, az utcai szociális munkát meg kell erősíteni, nem csak a nagyvárosokban, hanem akár a kistélepföléseken is.
- Szükséges a megmaradt járóbeteg ellátás és a közösségi szolgálatok szorosabb kapcsolatának kialakítása. (pl. Svédországban egy helyen érhető el a 2 külön szolgáltató által biztosított egészségügyi és szociális ellátás), ez teljesebb körű intervenciós lehetőséget ad.
- Fontos lenne a jelenlegitől eltérő igénybevételi utak kialakítása. Például a szociális, vagy egészségügyi alapellátás és a rehabilitációs intézmények szorosabb kapcsolata, a beutalás rendjének ehhez igazítása.
- A kórházi rehabilitációs ellátás leépülése miatt (ha ott nem történik fejlesztés) célszerű volna felgyorsítani a rehabilitációs intézmények forgalmát, fél és egyéves periódusú rehabilitációs programok bevezetését, vállalható térítési díjakkal, vagy akár rövidtávra igénybe vett rehabilitációs járadék háttérrel.

- Ehhez szükség van arra, hogy a félutas házakkal párhuzamosan minél több védett munkahely kerüljön kialakításra, támogatásra. Mind a félutas házak, mind a védett munkahelyek alapjaiban meghatározzák egy szenvedélybeteg ember gyógyulásának esélyeit.
- Szükséges módszertani iránymutatások kidolgozása, különösen a sorstársi segítők ellátásokba történő szakmai bevonása, hozzátartozók ellátása, és a kettős diagnózisú betegek ellátásának témakörökben.
- Szükséges a szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében az egészségügyi ellátás szakmai minimum feltételeinek kidolgozása.
- Nagy hiányosságokat mutat a 12-18 éves korú a pszichoaktív szerfogyasztó, szenvedélybeteg fiatalok alap-, és habilitációs, rehabilitációs intézményi ellátását. Gyakorlatilag teljes egészében ki kell építeni ennek a korosztálynak szóló ellátórendszerét, ki kell dolgozni az ellátás metodikáját leíró szakmai szabályozó anyagokat.
- A gyermekvédelmi szakellátásból kikerülők mentorálása nem megoldott feladat. Meg kell vizsgálni annak lehetőségét, hogy miként lehet hatékonyabbá tenni az utógondozói munkát, különös tekintettel a szerhasználat által érintett fiatal felnőttekre.
- Indokolt a munkahelyi bázisú szűrő és ártalomcsökkentő programok bevezetése, különösen alkoholprobléma vonatkozásában.
- Szükségesnek látszik a szenvedélybetegeket ellátó bentlakásos intézmények dolgozói esetében speciális képzések szervezése, hisz legtöbb esetben az ápolószemélyzet, a segítők csak általános ismeretekkel rendelkeznek.
- Pénzügyi forrást biztosítva, a jogi szabályozás eszközeivel elő kell segíteni a progresszív szolgáltatások hazai fejlesztését, külföldi programok adaptálását.

Rövid távú intézkedések

- Szükség van a szolgáltatási rendszer átalakítására. Ennek első elemeként végre kell hajtani a szakmai fogalmak tisztázását. A jelenlegi szociális jogszabályokban fellelhető 12 fogalom helyett le kell szűkíteni a kört egy, maximum két fogalom használatára. (Például a „szenvedélybetegek” helyett „addiktológiai zavarral küzdők”).
- Alkohol prevenció erősítése.
- Újra kell gondolni a meglévő jogi szabályozás szintjeit és az egyes szintek mélységét.
- Pályázati forrásokból, illetve strukturális intézkedéseken keresztül, fejleszteni kell a korai intervenciók szolgáltatásokat (pl.: rendőrségi szociális munka).
- Önkormányzati (vagy legalábbis helyi szintű) felelősségvállalás növelése.

- Helyi együttműködések kezdeményezése, jelzőrendszer kialakítása.
- Rövidtávon eredményes programok meghonosítása – szakmai fejlesztések finanszírozása.
- Az egészségügyi és szociális ellátórendszer összehangolása, kompetenciahatárainak egyértelmű lefektetése.

Középtávú intézkedések

- Alkoholstratégia kidolgozása és elfogadása.
- Újra kell gondolni a jelenlegi ellátási formákat és azok kapacitásszámát. (Szükséglet alapú ellátórendszer kialakítása, indikátorok bevezetése mellett).
- Speciális szolgáltatások bevezetése:
 - Fiatakorúak ellátási és kezelési lehetőségeinek bővítése, különös tekintettel a 16 év alatti kiskorúakra.
 - Strukturálisan felépített szenvedélybeteg ellátás hajléktalanok számára (a jelenlegi ellátórendszer számukra nem tud megfelelő ellátást nyújtani).
 - A kettős diagnózisra reagáló szolgáltatások kifejlesztése, az ellátórendszerben való elterjesztése.
 - Utógondozói hálózat kiépítése, különös tekintettel a zárt intézményből, az átmeneti, illetve a rehabilitációs ellátásból kikerülők számára
- Munkaerő piacon munkalehetőségek biztosítása egészségkárosodott és nem egészségkárosodott rehabilitált szenvedélybetegek részére.
- Védett lakhatás feltételeinek megteremtése.

VI. Idősellátás

Általános helyzetkép

„Az utóbbi évtizedekben a népesség korösszetétele eltolódott az idősebb korosztályok irányába. A születéskor várható élettartam hosszabbodik, a termékenység ugyanakkor alacsony szintű, és e két egymást erősítő folyamat következtében a demográfiai öregedés felgyorsult, a népesség korösszetétele átalakult.”⁶⁴

Mindezekből következően az össznépességet tekintve az időskorú populáció aránya évről-évre emelkedik. Ez a növekedés nagy szakmai kihívást jelent mind az egészségügyi, mind pedig a szociális ellátórendszer számára.

Az idősök száma Magyarországon

„Hazánk népessége 2008. január 1-jén 10 millió 45 ezer fő volt. Az ország lakóinak száma 1980 és 2007 között összesen 664 ezer fővel (6,2%-kal) csökkent, 1981 óta különböző intenzitással, de folyamatosan fogyott.”⁶⁵

„A 60 évesek és idősebbek száma és aránya először 1992-ben haladta meg a 0-14 éves gyermekkori népességét, 2005 óta pedig már a 65 éves vagy ennél idősebb lakosok is többen vannak, mint a gyermekkoriak. 1980 és 2007 között a 65 éves és idősebb lakosok száma 174 ezer fővel, 12%-kal növekedett.

Az országnak 2008. év elején 1,6 millió 65 éves és ennél idősebb lakosa volt, ami az össznépességnek 16,2%-a. Az időskorúakon belül a 65-74 évesek száma és aránya egyaránt csökkent. A népesség kettős öregedését jól szemlélteti a 75 évesek és idősebbek számának és arányának igen jelentős emelkedése.”⁶⁶

(Az idősök számának jellemzőiről további adatok a mellékletben találhatók.)

Az idős személyek számára biztosított szociális szolgáltatások

Az 1990-es években elindult folyamat során megjelentek civil, egyházi és olyan önkormányzati fenntartók, akiknek nem volt kötelező feladata a bentlakásos ellátás. A szektor szereplői körének növekedése mellett a finanszírozásra fordítható források egyre szűkösebbé válásával kellett szembe nézni.

A kapacitás szabályozás és tervezhetőség érdekében az ellátási kötelezettséget, (vagyis, hogy milyen lakosságszámmal bíró településeknek kell kötelezően az adott szolgáltatást nyújtania) 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról határozza meg.

⁶⁴ KSH, NYUGDÍJASOK, NYUGDÍJAK, 2008. Veszprém, 2008. július 15. 7.o.

⁶⁵ KSH, NYUGDÍJASOK, NYUGDÍJAK, 2008. Veszprém, 2008. július 15. 7.o.

⁶⁶ KSH, NYUGDÍJASOK, NYUGDÍJAK, 2008. Veszprém, 2008. július 15. 8.o.

Idősek nappali ellátása

Lefedettség

A törvényi előírásoknak megfelelően azok a települési önkormányzatok, amelyeknek a területén 3000 főnél több állandó lakos él, a családsegítésen felül idősek nappali ellátást köteles biztosítani. Az ellátásra kötelezett településeken túl, számos 3000 lakos alatti lélekszámú település is biztosítja az idősek nappali ellátását.

Célcsoport

Az idősek nappali ellátása 2002–2004 között a 2000 fő feletti településeken volt kötelezően biztosítandó szolgáltatás, 2005-től ez azonban már csak a 3000 fő feletti települések esetén kötelező.

A segítségre szoruló idősek nappali ellátását szolgáló klubok száma 1995. évet követően folyamatosan csökkent. 1995. évben 1 407 intézmény működött, 2008. évben már csak 1207. Az idősek nappali ellátásában részesültek összlétszáma 1995 és 2009 között kis mértékben, kevesebb, mint öt százalékkal mérséklődött. A férőhelyek száma nőtt, a klubokban 2008-ban 41422 volt a férőhelyek száma, ez 1212 fővel magasabb mint 2002-ben (40 210). Ennek megfelelően a kihasználtság mértéke megközelítően nyolc százalékkal (100,7%-ról 91,6%-ra) esett vissza országos szinten 2002 és 2008. közt.

26. számú ábra: Idősek nappali ellátását igénybe vevők száma 1995-2009.⁶⁷

Időszak	Igénybe vevők száma (tárgyév 12.31.)	%-os növekedés bázis előző év
1995. év	40068	-
1996. év	39672	99,01%
1997. év	40554	102,22%
1998. év	39979	98,58%
1999. év	40017	100,10%
2000. év	39917	99,75%
2001. év	40373	101,14%
2002. év	40486	100,28%
2003. év	40493	100,02%
2004. év	39601	97,80%
2005. év	39742	100,36%
2006. év	39048	98,25%
2007. év	38880	99,57%
2008. év	37964	97,64%
2009. év	38209	100,65%

⁶⁷

Forrás: KSH

2002 és 2009 év között az ellátotti létszám mérséklődése folyamatos volt. Legnagyobb mértékben, Közép-Magyarországon és Észak-Magyarországon csökkent az ellátottak száma, a többi területen lényegében stagnálás volt megfigyelhető.

Az idősök nappali ellátását 2002. évben 89,12%-ban 60 év feletti személyek vették igénybe. 2008-ra ez az arány 82,98%-ra csökkent, és nőtt a 40-60 év közti igénybe vevők aránya. 2008. évben 70 év feletti idősök aránya 2002. évhez képest csökkent 63,47%-ról 54,37%-ra.

A működtetés jellemzői

A nappali ellátás az ország alföldi megyéiben szinte minden településen elérhető. A szolgáltatás nyújtása jellemzően a helyszíneül szolgáló épületben történik, talán ez indokolja azt, hogy a kistérségi integráció kevésbé érvényesül. Térségi integrációban működtetett nappali idősellátás szinte csak Dél-Dunántúl és Nyugat-Dunántúl egyes településein jelent meg.

Megállapítható, hogy az idősök nappali ellátása jellemzően önkormányzati fenntartású szolgáltatás. 2008. évben az 62,57% volt a települési önkormányzat, 12,85% az intézményfenntartó társulás, 15% a többcélú társulás által fenntartott klubok aránya. Az egyházi fenntartók aránya 5,23%, a nem állami fenntartók aránya 4,2% volt.

Az idősök nappali ellátásában 3135 fő szakdolgozó vett részt a 2008. évben, 2002-ben pedig 3694 fő. A szakképzett dolgozók aránya folyamatosan emelkedett az elmúlt években, 1995. évben 51% volt, 2008. évre 84% lett.

Az idősök nappali ellátása országos viszonylatban heterogén szolgáltatás.

Amennyiben megfelelő szakmai háttérrel működik a szolgáltatás, akkor szerepe van a prevencióban, a szegregáció megelőzésében, a demetálódási folyamat lassításában. Az idősök nappali ellátása ez esetben kitolhatja az intézménybe kerülés folyamatát. A szolgáltatásnak a szociális szolgáltatás nyújtásán túl közösségfejlesztő hatása is van és az egyes szolgáltatás-elemek átmenetet képeznek a szociális ellátás és a közművelődés közt.

A módszertani intézmények ellenőrzési tapasztalatai alapján a nyújtott szolgáltatások az igénybe vevők aktivitásához, igényeihez illeszkedik. Vannak olyan idősök klubjai, ahol az igénybe vevők állapota miatt a napközbeni felügyelet, részleges kiszolgálás és az intenzív gondozás a jellemző. Más klubokban, ahol aktívabbak az igénybe vevők, a szabadidős programok, csoportfoglalkozások, az aktív foglalkozások a domináns szolgáltatások.

Finanszírozás jellemzői

1992. évtől van külön normatíva jogcím nappali ellátás vonatkozásában. A normatív állami támogatás a nappali ellátást igénybe vevők száma (nem pedig férőhely szám) után jár.

A 2010. évben az idősök nappali ellátása az otthonközeli ellátás részeként volt finanszírozva. Az otthonközeli ellátás fajlagos összege 221.450 Ft/fő volt, amelynek 40%-át (88.580 Ft) igényelhetette a helyi önkormányzat azon ellátottak után, akik részére idősök nappali ellátását biztosít.

A 2011. évben újra visszatért a külön jogcímen történő finanszírozás, a finanszírozás összege 2011. évben 88.580 Ft/fő. 2006. évtől igényelhetek a társulások kiegészítő támogatást idősök nappali ellátása szolgáltatás működtetésére. 2006. évben a többcélú társulásokat 62.000 Ft/fő támogatással ösztönözték. 2007. és 2008. évben a többcélú társulásokat 90.000, az intézményfenntartó társulásokat 64.000 Ft/fő, a szerződéssel feladatot ellátókat 30.000 Ft/fő kiegészítő támogatás illette meg. 2009. évben ugyanez a támogatás 90.000-64.000-20.000 Ft/fő összegű volt. 2010. évtől a többcélú társulásoknak 90.000,- Ft/fő, az intézményfenntartó társulásoknak 30.000,- Ft/fő mértékű kiegészítő támogatás jár.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézmény, szolgáltatás nem állami fenntartója a települési önkormányzattal azonos feltételekkel igényelheti a normatív állami támogatást a szolgáltatás esetében. 2010. évig fennállt az előzetes normatíva igénylésre vonatkozó jogvesztő határidő. (Annak ellenére, hogy a 2009. október 1-jén hatályba lépett *Az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók normatív állami támogatásáról szóló 213/2009. (IX. 29.) Korm. rendelet*, amelynek szabályait először a 2010. évi normatíva igénylésre kellett alkalmazni a záró rendelkezések szerint.)

Az egyházi fenntartók normatív támogatáson felül a költségvetési törvényben meghatározott mértékű kiegészítő támogatásra jogosultak.

Az otthonközeli ellátás egyrészt azt jelentette, hogy az idősök nappali ellátását igénybe vevők számára nem kötelező étkeztetést nyújtani, illetve az idősök nappali intézményeiben étkezőket is szociális étkezőként kell kezelni.

Az otthonközeli ellátás finanszírozási forma csak a 2010. évben élt, azonban az étkeztetés nem került vissza az idősök nappali ellátása szolgáltatási közé.

A demens nappali ellátás törvényi szinten nincs definiálva. 2007. január 1-jétől került be az *I/2000. (I.7.) SzCsM rendeletbe* az ellátási forma. A demens nappali ellátás önállóan vagy más intézmény részeként is megszervezhető.

Az ellátást típusánál fogva kézenfekvő idősök nappali ellátása részeként megszervezni.

A szabályozás azonban a személyi feltételek vonatkozásában nem egyértelmű, illetve súlyos probléma, hogy amíg 2010. január 1-jétől a normál idős nappali ellátásnak nem része az étkeztetés, addig a demens nappali ellátásnak része. Ez egyrészt adminisztrációban nehezen kezelhető, másrészt pedig teljesen életszerűtlen egy intézményen belül.

Problémák és diszfunkciók

Az idősök nappali ellátását néhány olyan önkormányzat is felvállalja, amelyiknek nincs ellátási kötelezettsége ezen szolgáltatás vonatkozásában. Vegyesek az ellenőrzési tapasztalatok a tekintetben, hogy valós szükséglet kielégítése-e cél, vagy a viszonylag egyszerű normatíva lehívás miatt működtetnek nappali intézményt (hiszen tulajdonképp nincs bemeneti szűrő és csak a megállapodáshoz igénybe vevői aláírást az ellátás tényét igazoló dokumentumok közül).

Az utóbbi esetben jellemző az épületek elhanyagoltsága, a nem kizárólagos épülethasználat, a szakdolgozók képzetlensége, a szolgáltatás tartalmára pedig a teljes igénytelenség, valamint mindennemű módszertani segítségnyújtás elutasítása.

Van példa természetesen arra is, hogy az önkormányzat fontosnak tartja, hogy a településen élő idősök számára a nappali intézmény kulturált tárgyi feltételekkel, és tartalommal megtöltve álljon rendelkezésre. Vannak intézmények, ahol keveredik a nyugdíjas egyesület funkció és a szociális ellátás, de ennek éles elhatárolására is van példa a területen.

A demens nappali ellátásra jellemzők a szabályozással kapcsolatos problémák (az idősök nappali ellátásának nem része az étkeztetés, miközben a demens nappalinál része, nem kötelező demens férőhelyszámot feltüntetni a működési engedélyben, csak a demens ellátás tényét). Emiatt van példa arra, hogy a nappali intézmény középsúlyos demens személyeket ellát, azonban nem igényli a magasabb normatívát, mert a személyi feltételeket nem tudja biztosítani. Ennek ellenkezőjére is van példa, amikor egy magas férőhelyszámú nappali intézményt teljes profilban demens nappali intézménnyé engedélyeztetnek át és a plusz létszámot nem csoportonként biztosítják.

Javaslatok:

- az idős- és demens személyek nappali ellátása szolgáltatás tartalmának újradefiniálása
- bementi szűrők meghatározása (életkor, önellátási képesség adott szintje, stb.)

Házi segítségnyújtás

A szolgáltatást érintő finanszírozási és működtetési problémákról

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban: Szt.) és a költségvetési törvény házi segítségnyújtásra vonatkozó szabályai szinte minden évben változtak.

A házi segítségnyújtás lényege és célcsoportja azonban –ahogyan azt a 27. számú ábra mutatja –szinte változatlan:

27. számú ábra:

Év	Ellátottak száma	Tízezer 60 éven felüli lakosra jutó ellátott
1980	35 146	192,0
1995	44 449	219,4
1996	41 037	202,2
1997	41 238	202,4
1998	41 329	201,8
1999	39 957	194,3
2000	40 292	193,7
2001	41 275	197,3
2002	43 083	204,0
2003	43 733	205,7
2004	43 542	202,3
2005	45 130	209,2
2006	48 088	221,6
2007	45 989	209,6
2008	48 120	216,4

Forrás: VÁTI SZÁÍR

Az ellátottak száma stabilan 41-48.000 fő körül mozgott az elmúlt években. A szakosított ellátást igénybe vevők száma is hasonló stabilitást, illetve idősök otthona esetében trendszerű emelkedést mutat.

Az ellátás célcsoportját elsődlegesen az idősök jelentik, bár más speciális szükségletű igénybe vevő ellátása is lehetséges.

Amennyiben az idősöket tekintjük fő célcsoportnak, s a bentlakásos intézményi elhelyezés mutatószámait vizsgáljuk, akkor megállapítható, hogy az alapszolgáltatás jelenlegi formájában hatékony szűrő funkciót nem tölt be a bentlakásos intézménybe való bekerülés előtt. 1998 – 2008. közt a házi segítségnyújtást igénybe vevők száma 16%-kal emelkedett, az idősök otthonában ellátottak száma pedig 21%-kal.

28. számú ábra: Az idősök otthonára vonatkozó kapacitásadatokat 1990-2008 között

Év	Engedélyezett férőhelyek száma	Ellátottak száma	Tízezer lakosra jutó férőhely
1990	40 857	38 682	38,6
1993	51 296	49 900	49,1
1994	53 140	51 846	51,1
1995	55 244	53 693	53,3
1996	57 151	55 962	55,4
1997	59 442	57 991	57,6
1998	62 151	60 213	60,3
1999	63 102	60 887	61,4
2000	64 628	62 862	63,0
2001	66 539	64 721	64,9
2002	68 499	66 236	67,1
2003	70 045	67 882	67,1
2004	71 422	69 075	70,3
2005	73 514	71 120	72,6
2006	76 326	73 658	75,6
2007	77 128	74 602	76,7
2008	77 449	73 411	77,1

Okkal feltételezhető, hogy a szűrőfunkció eredménytelensége mögött az alábbi okok állnak:

- a finanszírozáshoz való hozzájutás meghatározása (bárki aki működési engedéllyel rendelkezik, kaphat finanszírozást anélkül, hogy valós szolgáltatást nyújtana)
- a finanszírozás alapjának meghatározása (a finanszírozás nincs feladat szerint differenciálva)
- a szolgáltatás tartalmának és bemeneti szűrőinek meghatározása

Az ellátás finanszírozása az alábbiak szerint alakult az elmúlt öt évben

- **2004. év** 1.313.300 forint/gondozási körzet (800 fő)
- **2005. év** 120.000 forint/számított ellátott

A hozzájárulás a települési önkormányzatot a házi segítségnyújtásban részesített személyek száma és az egy ellátottra vonatkozó átlagos gondozási óraszám alapján illeti meg.

Az ellátottak számának meghatározása: Tervezéskor az ellátottak éves becsült száma osztva 252-vel. Elszámoláskor a házi segítségnyújtásban részesítettek nyilvántartása (gondozási napló) alapján az éves szinten összesített gondozási óraszámot el kell osztani az egy ellátottra vonatkozó átlagórással (1,5 óra/fő). Az így megállapított éves összlétszám 252-vel történő osztása adja a számított ellátotti létszámot.

- **2006. év** 104.800 forint/fő

A hozzájárulás a települési önkormányzatot a házi segítségnyújtás keretében ellátott személyek száma alapján illeti meg.

Az ellátottak számának meghatározása: tervezéskor az ellátottak éves becsült száma osztva 251-gyel.

Elszámoláskor a házi segítségnyújtásban részesülők nyilvántartása alapján naponta összesített ellátottak számának alapulvételével számított éves ellátotti létszám osztva 251-gyel.

- **2007. év** 111.500 forint/fő

A hozzájárulás a települési önkormányzatot a házi segítségnyújtás keretében ellátott személyek száma szerint illeti meg azzal, hogy a 2007-ben új ellátotti létszám után csak a Szt.-ben meghatározott szociális rászorultság esetében áll fenn a hozzájárulásra való jogosultság.

Az ellátottak számának meghatározása: tervezéskor az ellátottak éves becsült száma osztva 251-gyel, elszámoláskor a házi segítségnyújtásban részesülők gondozási naplója alapján naponta összesített ellátottak számának alapulvételével számított éves ellátotti létszám osztva 251-gyel. Egy ellátott naponta csak egyszer vehető figyelembe.

- **2008. év** differenciált normatív állami hozzájárulás (3 normatíva kategória)

190.000 forint/fő

A hozzájárulás a települési önkormányzatot azon házi segítségnyújtásban részesülők után illeti meg, akikre tekintettel 2007. december hónapban normatív hozzájárulásban részesült. A hozzájárulás a települési önkormányzatot azon házi segítségnyújtásban részesülők után is megilleti, akik ellátását 2007. év folyamán megkezdte, de akik után nem részesült normatív hozzájárulásban, vagy akik ellátását 2008-ban a Szt. 63. §-ának (8) bekezdése alapján átmeneti jelleggel végzi.

275.000 forint/fő

A hozzájárulás a települési önkormányzatot azon új ellátottak után illeti meg, akikre tekintettel 2007. december hónapban normatív hozzájárulásban nem részesült, és akiknek családjában a Szt. 119/C. §-a alapján megállapított egy főre eső jövedelem a nyugdíjminimum 150%-át nem haladja meg.

173.700 forint/fő

A hozzájárulás a települési önkormányzatot azon új ellátottak után illeti meg, akikre tekintettel 2007. december hónapban normatív hozzájárulásban nem részesült, és akiknek családjában a Szt. 119/C. §-a alapján megállapított egy főre eső jövedelem a nyugdíjminimum 150%-át meghaladja.

A hozzájárulás a települési önkormányzatot a házi segítségnyújtás keretében ellátott személyek száma szerint illeti meg.

Az ellátottak számának meghatározása: tervezéskor az ellátottak éves becsült száma, elszámoláskor a házi segítségnyújtásban részesülők gondozási naplója alapján naponta összesített ellátottak száma osztva 252-vel. Egy ellátott naponta csak egyszer vehető figyelembe.

- **2009. év** differenciált normatív állami hozzájárulás (2 normatíva kategória)
270.700 forint/fő

A hozzájárulás a települési önkormányzatot azon ellátottak után illeti meg, akiknek családjában a Szt. 119/C. §-a alapján megállapított egy főre eső jövedelem a nyugdíjminimum 150%-át nem haladja meg.

171.000 forint/fő

A hozzájárulás a települési önkormányzatot azon ellátottak után illeti meg, akiknek családjában a Szt. 119/C. §-a alapján megállapított egy főre eső jövedelem a nyugdíjminimum 150%-át meghaladja, vagy akiknek ellátását a Szt. 63. §-ának (8) bekezdése alapján átmeneti jelleggel végzi.

A hozzájárulás a települési önkormányzatot a házi segítségnyújtás keretében ellátott személyek száma szerint illeti meg. A hozzájárulás arra az ellátotti létszámra is igényelhető, amely a külön jogszabályban foglalt szociális gondozói létszámra meghatározott maximális ellátotti számot meghaladja.

Az ellátottak számának meghatározása: tervezéskor az ellátottak éves becsült száma, elszámoláskor a házi segítségnyújtásban részesülők gondozási naplója alapján naponta összesített ellátottak száma osztva 251-gyel. Egy ellátott naponta csak egyszer vehető figyelembe.

- **2010. év** otthonközeli ellátás normatíva keretében

Az otthonközeli ellátás fajlagos összege 221.450 forint/fő

A hozzájárulás 75%-át (166.080 Ft) igényelheti a települési önkormányzat azon ellátottak után, akik részére házi segítségnyújtást biztosít.

A hozzájárulás 100%-át igényelheti a települési önkormányzat azon ellátottak után, akik részére a szociális étkeztetést és a házi segítségnyújtást együttesen biztosítja.

A hozzájárulások a Szocvtv. 62. §-a, 63. §-a, 65/F. §-a alapján és a külön jogszabályban foglalt szakmai szabályoknak megfelelően nyújtott szolgáltatásokhoz vehetők igénybe.

A házi segítségnyújtás esetében hozzájárulások minden ténylegesen ellátott után igényelhetők.

Az ellátottak számának meghatározása: tervezéskor az ellátottak éves becsült száma, elszámoláskor az ellátásra vonatkozó igénybevételi napló nyilvántartása alapján naponta összesített ellátottak száma - a heti 6, illetve heti 7 napon nyújtott szolgáltatásoknál a 6, illetve 7 nap alapul vételével - osztva 251-gyel. Egy ellátott egy ellátási napon csak egyszeresen és egy jogcímen vehető figyelembe.

- **2011. év** 166 080 forint/fő

A hozzájárulásra az a települési önkormányzat jogosult, amely a házi segítségnyújtást a Szocvtv. 63. §-a alapján és a külön jogszabályban foglalt szakmai szabályoknak megfelelően működteti.

A hozzájárulás a települési önkormányzatot a házi segítségnyújtás keretében ellátott személyek száma szerint illeti meg. A hozzájárulás legfeljebb egymást követő 60 napig igényelhető arra az ellátotti létszámra is, amely a külön jogszabályban foglalt szociális gondozói létszámra meghatározott maximális ellátotti számot meghaladja.

Az ellátottak számának meghatározása: tervezéskor az ellátottak éves becsült száma, elszámoláskor a házi segítségnyújtásban részesülők gondozási naplója alapján naponta összesített ellátottak száma osztva 251-gyel. Egy ellátott naponta csak egyszer vehető figyelembe.

Látható, hogy a normatív állami hozzájárulás összege nem csökkent, azonban a normatíva lehívás szabályai szigorodtak: 2007-től bevezetésre került a szociális rászorultság vizsgálat, 2008-tól a gondozási szükséglet vizsgálat, amely 2010. évben intézményvezetői hatáskörbe került, továbbá 2007-től él az a szabály, hogy egy ellátott naponta csak egyszer vehető figyelembe. Ez utóbbi azért lényeges, mert a Magyar Államkincstár ellenőrzései során ezt úgy értelmezte, hogy csak egy látogatási alkalom lehetséges egy igénybe vevő esetében.

A normatíva pozitív irányú változásával egyidejűleg a szolgáltatás bemeneti szabályai oly módon változtak, hogy azok kioltotta azt szándékolt hatást, amely az ágazati minisztérium célja volt, hogy az alapszolgáltatásokat erősítse.

A házi segítségnyújtást fenntartó szervezetek 92%-a állami (önkormányzati fenntartó), 7%-a nem állami, 1%-a pedig egyházi fenntartó volt 2007-ben. 2008. évre ez az arány a nem állami/egyházi fenntartók javára elmozdult: ekkor 87 %-a az állami, 10%-a a nem állami, 3 %-a pedig az egyházi fenntartók aránya.

Az egyházi fenntartók arányának emelkedése valószínűsíthető, hogy az ún. „gazdasági egyházaknak” köszönhető.

A házi segítségnyújtás szolgáltatás jellemzőinek megismerése érdekében a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézetben működő Alapszolgáltatási Munkacsoport 2009. és 2010. évben három körben felmérést végzett reprezentatív mintán az önkormányzati fenntartású házi segítségnyújtás szolgáltatást nyújtók körében annak érdekében, hogy a szolgáltatás finanszírozásának helyzetét és a szolgáltatást érintő problémákat megismerhesse.

Az első körös felmérés egy általános helyzetkép leírását támogatatta, a második körös felmérés egy munkaidő tükör leírását, a harmadik körös felmérés pedig a házi segítségnyújtás tevékenység struktúrájának vizsgálatát.

A felmérések szolgáltatók e-mailes megkérdezésével történtek.

Az első körös felmérésnél a szolgáltatói minta összeállításánál az alábbi szempontokat vette figyelembe a Munkacsoport:

1. területi elv – minden megyéből legyen adatszolgáltató
2. fenntartó specifikus elv – valamennyi fenntartó típus legyen képviselve mintában szerepeltek:

- tevékenységként szervezett – települési önkormányzat szakfeladataként működő szolgáltatások
- intézményfenntartó társulások által nyújtott szolgáltatások
- többcélú társulások által nyújtott szolgáltatások
- nagyvárosok (megyei jogú város, 50.000 fő feletti város) által nyújtott szolgáltatások
- kisvárosok (5.000-12.000 fő közti város) által nyújtott szolgáltatások

A kérdések az alábbiakra vonatkoztak:

- feladatellátás személyi feltételei
- normatíva igénylés szempontjából elszámolható ellátottak száma
- normatíva igénylés szempontjából NEM elszámolható ellátottak száma
- normatíva igénylés szempontjából jelenleg nem elszámolható tevékenységek figyelembe vétele

Az első körös felmérés megállapításai az alábbiak voltak

Problémás a napi 4 órás gondozási szükséglettel rendelkező igénybe vevők ellátása

Bár az ellátottak több mint 80%-a 1-2 órás gondozási szükséglettel rendelkezik, a 3-4 órás gondozási szükséglettel rendelkezők ellátása esetén kapacitáshiány jellemzi a szolgáltatást.

Az igénybe vevők gondozási szükséglet szerinti megoszlásáról országos adatok a 2009. évre vonatkozóan vannak a városi jegyzői bizottságok statisztikái alapján. Azonban feltételezhető, hogy ez az arány jelenleg is érvényes.

2009. évben a házi segítségnyújtás igénybe vétele során végzett gondozási szükséglet vizsgálatok eredménye országos szinten az alábbi volt:

57 573 szakvéleményből

- 0 órás gondozási szükséglet aránya: 2,12%
- 1 órás gondozási szükséglet aránya: 62,28%
- 2 órás gondozási szükséglet aránya: 20,93%
- 3 órás gondozási szükséglet aránya: 5,83%
- 4 órás gondozási szükséglet aránya: 4,56%
- 4 óra feletti gondozási szükséglet aránya: 4,28%

Egyre több olyan rászorult van a kisebb településeken, akinek ápolási gondozási szükséglete (függetlenül attól, hogy jelenleg ki állapítja meg, milyen szempontok alapján) több órai napi gondozás (testi-, lelki-, szociális) szükséges életminőségének fenntartásához, javításához. Van, akihez naponta háromszor is ki kell menni, illetve lakáson kívüli munkát végezni (pl. kiváltani a gyógyszerét), ezzel szemben a normatíva egy főre egy nap egyszer hívható le. Növekszik azoknak a gondozottaknak a száma is, akit egy gondozónő nem tud ellátni állapota miatt.

Problémát jelent és a szakosított ellátásba kerülés esélyét növeli, hogy sem az ágazati jogszabály, sem a finanszírozás nem támogatja a folyamatos (akár 24 órás) ellátást

A napi több látogatást igénylő ellátottak szükségletei nem feltétlen a napi 8 órás munkaidő rutinhoz illeszkednek. Az ellátásra a 6-20 óra közti időszámban szükség lenne, szemben a 8-16 órára berendezkedett szemlélettel. A folyamatos munkarendet nem tudják biztosítani pénzügyi okok miatt az intézmények, a jelenlegi támogatás nagy „kreativitásra” kényszeríti az intézményvezetőket. (pl. ha háromszor kell egy gondozottnak visszamenni, munkaidő letelte után, a gondozónő lecsúszthatja).

A jelenleg az Szt. 63. § (7) bekezdés szerint: „A házi segítségnyújtást a megállapított napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában kell nyújtani. Ha a gondozási szükséglet a napi 4 órát meghaladja, a szolgáltatást igénylőt az intézményvezető, ennek hiányában a jegyző által felkért szakértő tájékoztatja a bentlakásos

intézményi ellátás igénybevételének lehetőségéről, ebben az esetben a szolgáltatást igénylő az intézményi elhelyezés időpontjáig napi 4 órában történő házi segítségnyújtásra jogosult.” Tehát csak határozott ideig megengedett a 4 órát meghaladó gondozási szükségletű személy otthonában való ellátása és a szabályozás ezeket az igénybe vevőket a szakosított ellátás felé tereli.

Elsősorban nagyobb városokban van egy olyan, jobb anyagi helyzetű igénybe vevői csoport és hozzátartozói csoport, aki viszont igényelné és meg is fizetné a napi 4 óránál magasabb óraszámú ellátást, elsősorban ápolást.

Az otthonápolási szolgálat ezen igényeket nem képes kielégíteni, illetve az egészségügy finanszírozása sem enged be új kapacitásokat.

Tehát megállapítható, hogy jelenleg a 4 órán túli, lakókörnyezetben nyújtott gondozási és ápolási feladatokat csak illegálisan lehet nyújtani, házi segítségnyújtásnak „csomagolva”. Egyébként működési engedély nélkül működő szolgáltatóknak bélyegzik meg az egyébként valós szükségletet kielégítő, képzett szakemberekkel dolgozó, magasabb jövedelműek számára magas minőségű ellátást nyújtó szolgáltatókat.

Több ilyen szolgáltató még normatív állami támogatást sem kíván igényelni, egyszerűen szeretne piaci alapon szolgáltatást nyújtani.

A magas gondozási szükséglettel rendelkező, de alacsony jövedelmi státuszú igénybe vevői kör számára nem biztosított a szakosított ellátásba való átjárás

Nehézséget jelent a teljes gondozást-ápolást igénylő idős emberek gondozása, megfelelő ellátást biztosító intézményben történő elhelyezése. A szegény, ingatlannal nem rendelkező rászorultak gondozóházban, idősek otthonában való elhelyezése csaknem lehetetlen, vagy nagyon hosszú időt vesz igénybe, mivel általában az ellátási kötelezettséggel rendelkező megyei intézményekbe nyerhetnek megfelelő jövedelem és vagyon hiányában elhelyezést.

A normatív állami támogatás nem differenciált gondozási szükséglet szerint

A gondozási szükséglet vizsgálat rendszere kritizálható, az értékelési szempontok és a pontozás rendszerének objektivitása és az egyes vizsgálati területek relevanciája vitatható. Mindenképpen szükség van a gondozási szükséglet vizsgálat reformjára, annak érdekében, hogy egy valós bemeneti szűrőt jelentsen.

A finanszírozás jelenleg nem kezeli az eltérő gondozási szükségletet, csak és kizárólag a demens ellátottak után jár magasabb támogatás nappali ellátás és bentlakásos intézmények esetében.

A házi segítségnyújtás vonatkozásában sosem volt gondozási szükséglet alapján differenciált normatíva, csupán jövedelmi differenciálás volt.

Ilyen módon nyilván nem érdekelt abban egy szolgáltató, hogy a „nehezebb ellátotti anyagot” válassza.

A szolgáltatás árérzékeny, a szolgáltatás iránti kereslet kisebb településeken rugalmas, nagyvárosokban rugalmatlan

Kistelepüléseken erősebbek az informális kapcsolati hálók (szomszédok), ezért ott a házi segítségnyújtásnak van helyettesítője (még ha tökéletlen is). Tehát addig nem veszi igénybe a szolgáltatást a segítségre szoruló, amíg a különböző ügyek intézését, problémák megoldását ismerős segítségével meg tudja oldani.

Nagyobb városokban ez kevésbé jellemző, inkább kérnek a rászorulóknak külső segítséget.

A szolgáltatás árérzékeny, ahol van ingyenes, vagy transzferrel fizethető helyettesítője az egyes szolgáltatáselemeknek, ott a helyettesítő szolgáltatást választják, illetve a reciprocitás elve érvényesül. (Pl. takarítás, bevásárlás, ház körüli teendők, ezt egy szomszéd, ismerős is elvégezheti szívességből, vagy kisebb ajándék, vagy természetbeni fizetségért. Faluhelyen alkohol, tojás, kávé, dió, ruhanemű ajándékozása, stb. gyakori.)

Nem állami/egyházi fenntartók által nyújtott hálózatos szolgáltatások terjedése, országos engedéllyel rendelkező szolgáltatók helyi továbbélése

Nincsen kapacitásszabályozás, ezért egy ellátási területre több igénybe vevő is kérhet működési engedélyt és lehívhatja a normatívát, ezért néhány nem államiból egyházivá alakult fenntartó országos működési engedéllyel belépett szolgáltatás piacára és az 1 órás gondozási szükségletű szegmenst megcélozva szolgáltató(?)

A 2-4 órás piaci szegmens számukra nem kedvező, így ez a – több munkával járó – célcsoport megmarad továbbra is az önkormányzati fenntartású szolgáltatóknál.

2009. szeptember 1-jétől az egyes szociális tárgyú kormányrendeletek módosításáról

174/2009. (VIII. 29.) Korm. rendelet kezelte az országos működési engedélyek problémáját, azonban a területi lehatárolásra vonatkozó szabály és a székhely, szolgáltatásnyújtási hely ellátási területen való elhelyezésére vonatkozó szabály könnyedén kijátszható és tulajdonképpen egy egyszeri papírmunkával újból lefedhető az ország teljes területe.

Sem az Szt.-ben, sem a Költségvetési Törvényben, nincs olyan korlát jelenleg, amely behatárolná azt, hogy egy adott területen hány szolgáltatónak lehet működési engedélye, és ami még ennél is lényegesebb, hogy kaphat szolgáltatása után finanszírozást.

Az országos engedéllyel működő szolgáltatók egy része maradt a piacon és új gazdasági egyházak jelentek meg a nagyvárosokban, akik kampányszerűen étkeztetés és házi segítségnyújtás szolgáltatást engedélyeztek 2009. év és 2010. év folyamán.

A Boldog Évek Közösség Egyház, az Út és Erény Közössége, a Tevékeny Szeretet Közössége, az Evangéliumi Pünkösdi Közösség Országos Cigány Misszió emelhető ki a szolgáltatók közül, akik nagy nominális kapacitásokkal vannak jelen a szolgáltatások piacán.

A Boldog Évek Közössége Egyház szinte minden megyei jogú várost végig engedélyezett. A Szakmai Program véleményezések során találkoztak vele a regionális módszertanok eddig, mivel a szolgáltatások 2010. év folyamán indultak, ezért a rendszeres ellenőrzésükre még nem került sor.

A Szakmai Programok valóságtartalmának ellenőrzése során volt arra példa, hogy a szolgáltatás székhelyeként megjelölt cím egy ipari üzem volt, vagy egy kiskereskedelmi egység. A személyi feltételek igazolása során gyakran éltek azzal a lehetőséggel, hogy a szociális gondozók fele szakképzetlen volt, a másik fele is, azonban ez utóbbi kör felmentéssel és képzésen való részvétel igazolásával (amelyet egyébként évek óta képzést nem indító cégnél történt volna) szakképzettnek számított.

Volt arra is példa, hogy szükségletfelmérést csatolt a fenntartó a szakmai programhoz, azonban ennek visszaellenőrzése során kiderült, hogy a felmérést sosem készítették el a megnevezett szolgáltatói és igénybe vevői körben.

Szintén a gyanúra ad a szolgáltatások valódiságával kapcsolatban az, hogy beismerte egy esetben a fenntartó, hogy egyetemistákkal íratta meg a szakmai programot.

A nem állami és egyházi fenntartók piacra lépése nem lenne probléma, ha a valós szolgáltatást nyújtanának, mert ekkor a viszonylag rugalmatlan és drága önkormányzati fenntartású szolgáltatásoknak lenne alternatívája és egy hatékonyabb rendszer kiépülhetne. Azonban

jelenleg nem erről van szó az esetek többségében, hanem a jogszabályi réseket kihasználó, egyébként abszolút legális és átgondolt pénzszerzésről.

A dokumentáció esetükben teljes körű és tökéletes. Az ellátott aláírását igénylő dokumentumok szintén nem okoznak gondot, hiszen térítésmentesen biztosítanak szolgáltatásokat, így az igénybe vevő bármit aláír azonnal, vagy kis ráhatásra.

A házi segítségnyújtás személyi feltételei vonatkozásában tapasztalható anomáliák

Egyik probléma az, hogy a szakmai létszám előírás nem veszi figyelembe az igénybe vevők állapotát. Kilenc főre (2009.12.31.-ig ez hat fő volt) kell egy fő gondozót alkalmazni (ez a kilenc fő lehet 1 és 4 órás szükségletű is!).

Mivel ehhez a létszám minimumhoz tartják magukat a fenntartók, - természetesen finanszírozási okok miatt, így a gondozói létszámot tekintve megfelelnek az előírásoknak az intézmények, viszont a minőségi ellátást így nehezen tudják biztosítani, mert nem az a döntő, hogy hány ellátottat gondoz egy gondozó, hanem, hogy hány órában, és hányszor.

Településenként változó, hogy szakmai szempontok mennyire érvényesülnek a közfeladatok ellátása során. Az önkormányzatok többsége minimum szemléletben gondolkodik, ezért a lehető legalacsonyabb szinten tartja a képesítési arányt, illetve a kötelező létszámot közfoglalkoztatásból próbálja pótolni.

Az ellátotti szám emelése a személyi feltételek mozdulását is jelenti, tehát nem lehet úgy kapacitást emelni, hogy az ellátási feltételei romlanak, mellé kell rakni a szakmai létszámot is. Állami fenntartónál elfogadott költségvetésnél és létszám előírázatnál a főállású közalkalmazottak létszámát szinte lehetetlen emelni (felfele legalábbis). Két módon lehet a létszámokkal sáfárkodni: az egyik a társadalmi gondozók bevonása (hiszen a tárca egy korábbi iránymutatásában kimondja, hogy beleértendő a szakmai létszámba), a másik megoldás szakképzett közfoglalkoztatottak költségvetési létszám feletti a bevonása.

A korábbi, Út a munkához program eredményeként egyre terjed az a gyakorlat, hogy szakképesítéssel nem rendelkező álláskeresőket alkalmaznak középfokú végzettséggel betölthető munkakörben, így a házi segítségnyújtásban is. A házi segítségnyújtás során bizalmi kapcsolat épül ki a gondozó és az igénybe vevő közt. Az igénybe vevő kötődik a gondozóhoz, ezért etikátlan és az ellátotti jogokat sérti, hogy a közfoglalkoztatásban rotáló rendszerben alkalmazott személyek lássanak el gondozási tevékenységet. Ez az ellátás minőségét is rontja és kiszámíthatatlanná teszi. A 2011. évben bevezetendő új közfoglalkoztatási program a rotálást még inkább felerősíti a rövid idejű közmunka támogatásának preferálásával, ezért a korábbi negatív folyamatokat felerősítheti.

A közfoglalkoztatott lehet akár szakképzett is, viszont, ha nem a megállapított költségvetési létszám felett alkalmazzák, hanem költségvetési létszámot váltanak ki velük, akkor a rendszerben nézve kettős finanszírozást jelent makroszinten (hiszen az önkormányzat megkapja utána a költségvetésből támogatást és bért tud spórolni).

A létszám pótlásának vagy emelésének másik módszere a társadalmi gondozó alkalmazása. A társadalmi gondozó azonban minden tevékenységet nem végezhet (ld. 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 27. § (3) bekezdés).

További probléma, hogy keverednek a társadalmi gondozó, a szakképzetlen gondozó fogalma. A társadalmi gondozó jelenleg egy adójogi kategória (Szja tv. 3. § 65. pont), viszont a mértéke miatt időben korlátozott tevékenység, a szociális ágazati szabályozás szerint pedig

tartalmilag korlátozott tevékenység, hiszen a társadalmi gondozó nem végezhet minden tevékenységet (1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 27. § (3) bekezdés).

Viszont attól, hogy valaki nem munkaviszony keretében folytat gondozói (rész) tevékenységet, attól még lehet szakképzett.

A házi segítségnyújtás esetében is és egyéb szolgáltatások esetében is elindult a szakmai feladatok nyújtásának kiszervezése, a vállalkozói jogviszonyban történő feladatellátás. Ezzel a lehetőséggel nem állami/egyházi fenntartók tudnak élni.

A házi segítségnyújtás kapacitásmutatójával kapcsolatos problémák

A házi segítségnyújtás működési engedélyben meghatározott kapacitásmutatója, a normatíva igényléshez leadott feladatmutató és a megállapodások száma három eltérő szám!

Írjuk fel matematikailag:

E a működési engedélyben jelölt kapacitásmutató

M az ellátottak száma=megállapodások száma

F a feladatmutató, amit a finanszírozáshoz leadnak

$1,1 \times E \geq M$, mert az Szt. 92/K. § (6) szerint a házi segítségnyújtás esetében az ellátottak száma egyetlen napon sem haladhatja meg a működési engedélyben meghatározott ellátotti létszám százötz százalékát, éves átlagban pedig annak száz százalékát)

$F \leq M$, mert valóságban ahhoz, hogy F-et teljesíteni tudja a szolgáltató, 1,2-szer vagy 1,3-szer, vidéken esetleg 1,5-ször annyi megállapodás kell (szemben a 1,1-es megengedett túllépéssel), mint amennyi az F-ben jelölt szám, mert nem veszik igénybe minden nap a szolgáltatást.

Az Szt. csak a nappali és bentlakásos intézmények esetében rendelkezik úgy, hogy ha az intézményben egymást követő hatvan napot meghaladóan a működési engedélyben meghatározott férőhelyszámnál több személyt látnak el, a fenntartó köteles kérelmezni a működési engedély módosítását. (Szt. 92/K. § (5) bekezdés b) pont)

A házi segítségnyújtás esetében az Szmr. 7. § (1) bekezdés b) pontjában meghatározott szabályok az irányadók: a működési engedély módosítását azt megelőzően kell kérelmezni, hogy a szociális szolgáltatót, intézményt elkezdjenek a módosítás iránti kérelemben foglaltaknak megfelelően működtetni, azaz még mielőtt emelni szeretnék a kapacitásmutatót.

Igaz a költségvetési törvény 2011. évben engedélyezi, hogy a hogy a normatív hozzájárulás legfeljebb egymást követő 60 napig igényelhető arra az ellátotti létszámra is, amely a külön jogszabályban foglalt szociális gondozói létszámra meghatározott maximális ellátotti számot meghaladja.

Figyelemmel kell lenni arra, hogy a működési engedély módosítása naptári negyedévenként egyszer kérelmezhető. (321/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről, továbbiakban: Szmr. 7. § (3) bekezdés)

A negyedévenként egyszeri módosítás vonatkozásában kérdés, hogy egy több szolgáltatást nyújtó intézmény esetében az intézmény egészére vagy egy-egy szolgáltatásra kell érteni az egy alkalmat.

A kapacitás és a szakmai létszám közti összefüggés miatt nem lehet rugalmasan az igényekhez igazítani a szolgáltatást.

A finanszírozásban tehát összefoglalva technikai probléma az alábbi:

- **a működési engedély megállapodás számot tartalmaz**
- **a szakmai létszám megállapodás számhoz kötődik**
- **a normatíva elszámolás gondozási napló alapján számított számhoz kötődik**

A kapacitással, az elszámolással kapcsolatban a Magyar Államkincstár ellenőrzései során is merültek fel problémák, a két leggyakoribb normatíva visszafizetési ok az alábbi volt.

A lakáson kívül végzett segítségnyújtással töltött időt nem veszi figyelembe a Kincstár, tehát azon tevékenységeket, amelyek **a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról szóló 29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet 1. számú melléklete** szerinti gondozási napló „Egyéb tevékenységre fordított idő” rovatában jelöl a szolgáltatást nyújtó.

Ez azért problémás, mert a gondozási naplóban szereplő ellátott után igényelhető a normatív támogatás. A támogatás független attól, hogy hány órás a gondozás. Az állami hozzájárulás ellátottanként és nem óraszám alapján jár. A lakáson kívüli gondozás után nem kérhető térítési díj, de a finanszírozáshoz semmi köze! Egyébként a gondozási napló nem véletlenül van a térítési díjról szóló végrehajtási rendeletben. Az egy dolog, hogy más tevékenység adminisztrációs dokumentuma nincs a házi segítségnyújtásnak.

Egy napon csak egy látogatási alkalmat (és az ahhoz tartozó időt) ismeri el a Kincstár, a további látogatási alkalomhoz tartozó időt nem ismeri el.

Ez azért problémás, mert a normatív támogatás a gondozási naplóban szereplő ellátott után igényelhető. A normatív támogatás nem függ attól, hogy a szükségleteknek megfelelő ellátást egy napon hányszori látogatás eredményeként kapta meg az igénybe vevő. Nyilvánvaló, hogy amennyiben egy igénybe vevőt naponta többször kell etetni, vagy tisztába tenni például, akkor csak napi többszöri látogatási alkalommal végezhető el. (Ezzel csak azt kényszerítik ki, hogy amennyiben az ellátottnak mondjuk 8-9 óra közt és 14-15 óra közt van szüksége ellátásra, akkor azt úgy fogják beírni, hogy 8-10 óra közt kapta az ellátást!)

A Magyar Államkincstár ellenőrzései során számos fentiekhez hasonló túlkapás volt tapasztalható. Nyilván a szolgáltatók ehhez alkalmazkodtak és kreatív dokumentálást végeznek.

A második körös felmérés megállapításai az alábbiak voltak

A Munkacsoport az első körben megkérdezett szolgáltató körtől azt kérte, hogy egy heti, gondozási naplóban dokumentált munkáját bocsássa rendelkezésre. A gondozási naplóban rögzített tevékenységek kielemezése történt meg, mégpedig oly módon, hogy előre rögzített kategóriákba próbálta a feldolgozó sorolni a gondozási naplóban jelölt tevékenységeket. Ez

alapján próbált arra választ kapni, hogy milyen tevékenységeket végeznek házi segítségnyújtás keretében és milyen időtartamban.

Megállapítható, hogy a térítési díj szempontjából elszámolható és nem elszámolható tevékenységek aránya átlagosan 50-50%. Leggyakoribb a lakáson kívüli ügyintézés, közlekedés, adminisztráció.

Az igénybe vevő érdekében, vagy az igénybe vevőhöz közvetlen kötődő lakáson kívül végzett tevékenységek aránya közel ugyanakkora, mint a lakáson belül töltött idő.

A közlekedésre fordított idő az elszámolható óraszámnak 20-45%-a közt változik az ellátási területtől függően. Különösen magas a közlekedésre fordított idő társulások formájában ellátott települések és nagyvárosok esetében.

A szolgáltatás lényegéből fakadóan a szolgáltatónak kell a szolgáltatás nyújtás helyére, azaz az igénybe vevő otthonába menni. A lakáson kívül töltött idő nagyon fontos része a házi segítségnyújtásnak. A települések tagoltsága miatt nehézkes a közlekedés. A gondozottaknak ez különösen nagy problémát okoz, ügyeinek intézését segítség nélkül nem tudják megoldani. Ezért a szociális segítők munkájuk egy részét az érintettek (idősek, mozgássérültek, pszichiátriai betegek) ügyeinek intézésével töltik.

A felmérés alapján országos összesítésben legtöbb időt: a személyes környezet rendben tartására, a személyi higiénia biztosítására, az etetésre és az étkezéssel kapcsolatos előkészítésre, utómunkákra, valamint bevásárlásra fordítják a házigondozók.

A normatíva elszámolásnál figyelembe vehető „járulékos” tevékenységek meghatározása egyébként régióként és megyéként változik. A Magyar Államkincstár ellenőrzési tevékenysége során eltérő, hogy mit enged elszámolni.

Az időmérleg vizsgálat konkrét eredményeit a csatolt excell-táblák tartalmazzák:

A harmadik körös felmérés megállapításai az alábbiak voltak

Az Alapszolgáltatási Munkacsoport kutatást végzett a házi segítségnyújtást biztosító szolgáltatók körében, a gondozónők által végzett tevékenységeket illetően. Az Szt.I 63. §-ában illetve az 1/2000 (I.7.) SzCsM rendelet 25 – 27. §-aiban foglalt szabályok alapján biztosítják a szolgáltatásokat.

A kutatás arra irányult, hogy milyen fajta tevékenységeket látnak el a gondozók az ellátottak körében, ennek keretében fő- és altevékenységekre bontottuk a tevékenységeket. Rákérdeztünk a tevékenység céljára, illetve, hogy lakáson belül és lakáson kívül melyik fajta tevékenységek dominálnak.

Felmértük azt is, hogy a feladatellátáshoz szükséges eszközigényt az igénybevevő, illetve szolgáltató biztosítja-e. A megkérdezett szolgáltatók között volt intézmény, illetve a tevékenységet szakfeladatként biztosító szolgáltató is. Megkérdeztünk városi és kistélepuségi szolgáltatót is, a regionális módszertanokon keresztül.

A kutatás arra is kiterjedt, hogy milyen nehézségű a feladatellátáshoz szükséges fizikai igénybevitel foka. Vizsgáltuk azt is, hogy milyen speciális szaktudás szükséges a tevékenység biztosításához, illetve melyek azok az elvégzett tevékenységek, amelyekhez nem szükséges speciális szaktudás.

A beérkezett válaszokból arra lehet következtetni, hogy a házi segítségnyújtás biztosítása nagyon széles skálán mozog tevékenységi szinten. (230 féle tevékenység lett nevesítve!)

Láthatóvá vált, hogy a szolgáltatásban dolgozó gondozók nem minden esetben csak a végzettségüknek megfelelő feladatokat látják el, több esetben ezeken túlmenően végeznek el bizonyos feladatokat pl.: inhalációs terápia, beöntés, állandó katéter csere, hólyagöblítés, hajvágás, hajfestés, stb.

Feladataikat inkább a lakáson belül végzett tevékenységek jellemzik, de majdnem ugyanilyen arányban végeznek lakáson kívüli tevékenységeket is.

Mivel a házi segítségnyújtás az ellátott otthonában, lakókörnyezetében történik, így inkább az ellátott biztosítja azokat a nélkülözhetetlen eszközöket, amelyek a feladatellátáshoz szükségesek.

A kutatásból az egyértelműen nem derült ki, hogy a kifejezetten szakápolást igénylő tevékenységekre a szolgáltatónak van-e működési engedélye.

Az önálló életvitel fenntartása érdekében, az alapvető gondozási és ápolási feladatok elvégzése a házi segítségnyújtó feladata. A hatályos jogszabályok értelmében jelen pillanatban egy ellátott részére maximálisan négy óra gondozási időt biztosíthat a szolgáltató, egyéni szükségletének megfelelően. Az az ellátott, aki otthonában egyedül él, fokozottabban kerülhet kiszolgáltatott helyzetbe, így az ellátás során a fizikai a mentális és szociális szükségleteit úgy kell kielégíteni, hogy ellátását teljes körűen biztosítva érezze. Nagyon fontos feladat lenne a tevékenységek és a kompetencia határok letisztázása és az ehhez kapcsolódó protokollok kidolgozása annak érdekében, hogy az esélyegyenlőség mindenki számára azonos módon biztosítva legyen.

Adatgyűjtés

Első körben arra kérdeztünk rá a házi segítségnyújtást végző szolgáltatóktól, hogy a szolgáltatás nyújtásakor milyen tevékenységeket végeznek a gondozók, függetlenül attól, hogy erre adott esetben rendelkeznek-e elegendő kompetenciával, megfelelő szakképesítéssel. Ezt követően a már összegzett vélemények alapján elkészített listát újra elküldtük a szolgáltatóknak, azzal a kéréssel, hogy jelöljék meg azokat a tevékenységeket, melyeket valóban a házi segítségnyújtás, illetve a gondozó feladatának tartanak, vagy tudnának elfogadni. Arra is megkértük a válaszadókat, hogy amennyiben valamelyik tevékenységet nem gondozói feladatkörbe sorolhatónak ítélik meg, akkor jelöljék meg a szerintük legmegfelelőbb szakterületet ehhez a tevékenységhez (pl. szakápoló, fodrász, orvos, stb.), vagy a lehetséges természetes és társadalmi segítői kört (önkéntes, társadalmi gondozó, hozzátartozó, stb).

A második körös felmérés során összesen 25 db értékelhető számú ábraot kaptunk vissza, az összegzés ezek eredményeit tartalmazza.

A kutatásban az egyes tevékenységekhez szükséges minimum szakképesítések pontos meghatározásához a szociális gondozó-ápoló képzésben, és egészségügyi szakképzésben is oktató szakember segítségét vettük igénybe.

Eredmények

A felmérés alapján összeállított tevékenységlista 230 féle feladatot tartalmaz, amelyeket 15 tevékenységi cél szerint, ezen belül 62 féle főtevékenységi körbe csoportosítottuk.

Több dimenzióban vizsgáltuk a tevékenységeket, az ide kapcsolódó összefoglaló számú ábraok mellékletben megtalálhatóak.

A feladatellátás helyszíne szerint 146 tevékenységet végeznek a gondozók lakáson belül, és 84 tevékenységet lakáson kívül, illetve 8 tevékenységet találtunk, mely mindkét helyszínen zajlik:

29. számú ábra:

Főtevékenység	Altevékenység
Vízbehordás	Vízbehordás mosdáshoz
Mosás előkészítés	vízbehordás
fűtés	tüzelő behordása
Segítés hivatalos ügyek intézésében	egyéb
kapcsolatháló erősítése, kapcsolatfelvétel, kapcsolattartás	családdal
kapcsolatháló erősítése, kapcsolatfelvétel, kapcsolattartás	rokonokkal
kapcsolatháló erősítése, kapcsolatfelvétel, kapcsolattartás	ismerősökkel
kapcsolatháló erősítése, kapcsolatfelvétel, kapcsolattartás	barátokkal
kapcsolatháló erősítése, kapcsolatfelvétel, kapcsolattartás	egyéb

A felmérés kiterjedt arra is, hogy a feladatellátáshoz szükséges eszközigényt az igénybevevő, illetve szolgáltató biztosítja-e. a válaszokból kiderült, hogy 144 tevékenység esetében az igénybevevő biztosítja az eszközöket, 38 esetben a szolgáltató, 1 esetben jelent meg az, hogy mindkét fél biztosíthatja (mosás kórházi tartózkodás ideje alatt), illetve 47 tevékenység elvégzéséhez nem szükséges eszközt használni, ezek a mentális gondozás, kapcsolattartás, felügyelet, megfigyelés, tanácsadás, és egyéb szolgáltatások igénybevételében való segítségnyújtás feladatkörei.

Az alábbi számú ábraok jól mutatják, hogy a válaszadók hogyan értékelték a listán szereplő tevékenységeket (gondozói vagy éppen nem gondozói feladatkörbe), illetve hogyan oszlanak meg arányában a tevékenységek fizikai igénybevétel, feladatellátás színtere, illetve szükséges szakképesítés dimenziókban.

30. számú ábra:

	összes tevékenység		teljesen		részben		nem	
nehéz fizikai igénybevétel	24	10%	12	5%	5	2%	7	3%
közepes fizikai igénybevétel	31	13%	13	6%	12	5%	6	3%
könnyű fizikai igénybevétel	175	76%	117	51%	42	18%	16	7%
Össz.	230		142		59		29	

31. számú ábra:

teljesen:	a válaszadók 66-100%-os arányban gondozói feladatnak minősítették az adott tevékenységet
részben:	a válaszadók 31-65%-os arányban minősítették az adott tevékenységet gondozói feladatnak,
nem:	a válaszadók 0-30%-os arányban gondozói feladatnak minősítették az adott tevékenységet,

32. számú ábra

nem szükséges szakképesítés: 107

LB	könnyű	közepes	nehéz
teljesen	25	6	4
részben	11	9	3
nem	7	0	1

LB: lakáson belül

LK: lakáson kívül

LK	könnyű	közepes	nehéz
teljesen	9	4	1
részben	11	3	2
nem	0	5	6

33. számú ábra:

szociális alapismeretek: 96

LB	könnyű	közepes	nehéz
teljesen	41	3	5
részben	4	0	0
nem	0	0	0

LK	könnyű	közepes	nehéz
teljesen	30	0	2
részben	10	0	0
nem	1	0	0

egészségügyi szakképesítés: 27

LB	könnyű	közepes	nehéz
teljesen	12	0	0
részben	6	0	0
nem	8	1	0

LK	könnyű	közepes	nehéz
teljesen	0	0	0
részben	0	0	0
nem	0	0	0

A harmadik körös felméréssel kapcsolatos részletes adattáblák a csatolt file-okban találhatóak.

A kutatás nem zárult le, ezért részeredmények közzlése történik meg.

Javaslatok**A házi segítségnyújtás redefiniálása**

Megkerülhetetlen a házi segítségnyújtás szolgáltatás tartalmának pontos meghatározása és a nyújtott szolgáltatás elemekhez szükséges kompetenciák előírása. Legyen egyértelműen meghatározva, hogy mi a házi segítségnyújtás (vagy mi nem!). Legyen differenciálás az otthonápolás, a házi segítségnyújtás és a lakossági komfortérzetet javító szolgáltatások közt.

Piaci elv érvényesítése

Aki akar piaci alapon szolgáltatni, azt engedjék az ágazati jogszabályok szolgáltatni és ne legyen működési engedély nélkül működő szociális szolgáltatásnak/egészségügyi szolgáltatásnak bélyegezve. Aki tud piaci alapon működni, azt hagyja az állam működni, ugyanakkor nyilvánítsa ki azt, hogy ezen szolgáltatásokat igénybe vevőkkel kapcsolatban nem vállal felelősséget. Azaz érvényesüljön az öngondoskodás elve és a piaci koordináció elve.

Gondozási szükséglet, mint bemeneti szűrő reformja

A jelenlegi gondozási szükséglet vizsgálat helyett egy életszerűbb és finanszírozásban is leképezhető szűrési rendszer szükséges, amelyhez már rendelkezésre állnak a HGCS projekt eredményei. Javasoljuk ennek figyelembevételével egy új bemeneti szűrési rendszer létrehozását.

Aki pedig ezen rendszerben nem jelent bemenetet, annak legyen meg a lehetősége, hogy a teljes ár megfizetésével jogosult legyen szolgáltatások igénybevételére meghatározott kapacitás mértékéig.

A házi segítségnyújtás normatív állami támogatása legyen óraszám alapú és szolgáltatási intenzitás függő

A felmérések alapján tisztán látszik, hogy a házi segítségnyújtásban az óraszám alapú finanszírozással változatlan támogatási intenzitás mellett hatékonyabban és igazságosabban lehetne elosztani a forrásokat.

Ezen túl szükséges, hogy a különböző nehézségű feladatok különbözően legyenek finanszírozva. Ezen differenciálásra a térítési díj megállapításnál is legyen lehetőség. Ilyen módon az intézmények az intézmények differenciált, az igénybe vevők számára testreszabott gondozási csomagot tudjanak összeállítani.

A házi segítségnyújtás személyi feltételeire vonatkozó normatív előírások módosítása

Egyértelműen legyen szabályozva, hogy milyen jogviszonyban lévőket lehet beszámítani a szakmai létszámba. A képesítési előírások pedig legyenek a nyújtott szolgáltatáshoz illeszthetőek.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 1994-ben indult el Magyarországon, amelynek lényege, hogy a gondozott a segítségkérés esetén a házi gondozás ideje alatt, és azon túl is, rövid időn belül szakszerű ellátást kapjon.

A Szociális és Családügyi Minisztérium 1999-ben modellkísérleti programot indított a jelzőrendszeres házi gondozás országos kialakítására és működtetésére, melynek segítségével országos módszertani intézményt is kijelölt. A modellkísérlet eredményeképpen a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 2003-ban bekerült a szociális törvénybe, majd 2004-től normatív állami finanszírozásban részesül.

A jelzőrendszeres idősgondozás tapasztalatai alapján a rászoruló emberek – bizonyos feltételek megléte esetén – biztonsággal gondozhatók otthonukban. E feltételek megvalósulását segítheti elő a szolgáltatás a biztonságérzetet fokozásával, illetve azzal, hogy rugalmasan reagál a gondozottak szükségleteire, anélkül, hogy a rászorultság érzését fokozná bennük. A jelzőrendszeres gondozás előnye még, hogy a rászorulóknak nem (vagy csak később) kerülnek be a költségigényesebb szociális és egészségügyi ellátásokba, illetve a megszokott környezetükben történő gondozásuk mentálisan is előnyösebb számukra.

A szolgáltatás a pályázati rendszer első ciklusában az eredetileg kitűzött szakmai célok mentén működött. Az önellátási képességeiket fokozatosan elvesztő gondozottak házi segítségnyújtásban is részesültek, így otthonukban teljes körű segítségre számíthattak. A normatív állami támogatás bevezetését követően bizonyos szolgáltatók esetében ezen szakmai elvek háttérbe szorultak, és egyre több olyan ember került be a rendszerbe, akik a szolgáltatótól más szolgáltatás nem kaptak, illetve olyanok is, akik esetében az ellátás biztosítása nem volt indokolt. Ezek a szolgáltatók nem voltak korábban jelen a szociális szférában, kizárólag a jelzőrendszeres szolgáltatásra jöttek létre, illetve a jobb státuszú gondozottakkal a fajlagos fenntartási költségeik nagymértékben csökkentek. A folyamat eredménye kettős volt. Egyrészt bekerültek olyan emberek a szolgáltatásba, akik szükségleteik alapján étkeztetésre, házi segítségnyújtásra is jogosultak lettek volna, de azt nem biztosították számukra, másrészt ugyanakkor a költségvetés egyre több olyan „gondozottat” finanszírozott, akik nem szorultak az ellátásra. Fiskális szempontból így a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás hatásossága, hatékonysága romlott, gondozotti oldalról viszont nem minden esetben kapták meg a szükségleteiknek megfelelő ellátást, így számukra továbbra is csak a bentlakásos intézmény jelentette a megnyugtató megoldást. Mindezen okokból döntött úgy a szaktárca, hogy változtat a finanszírozás és a szolgáltatás szabályozás területén, így jött létre 2010-től a működtetés második pályázati ciklusa. Ebben a szakigazgatás megpróbálta korrigálni az előző működtetési forma hiányosságait, és a szakmai, finanszírozási és ellátási területek vetületében „újraszabta” a szolgáltatókat és azok kapacitásait.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtással kapcsolatos problémafelvetés

Jogszabályi problematikák a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetén:

- A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtást biztosíthat a házi segítségnyújtást végző szolgáltató, illetve intézmény, vagy a megyei önkormányzat, a többcélú kistérségi társulás és a 86. § (2) bekezdésének c) pontja szerinti önkormányzat, úgy, hogy a házi segítségnyújtást a 90. § (4) bekezdése szerinti megállapodás útján biztosítja.

Egyrészt előfordul olyan eset, amikor valaki egyik rászorultsági kritériumba sem fér bele, de olyan súlyos akut vagy krónikus betegsége van (pl. daganat, törés stb.) ami miatt gondozásba vétele indokolt lenne. Másrészt a jelzőrendszeres szolgáltatás akkor éri el célját, ha segít abban, hogy valaki minél tovább otthonában maradhasson. Az első eset problémája feloldható lenne még egy rászorultsági kritérium bevezetésével, míg a második úgy, hogy kimondjuk azt, hogy a jelzőrendszeres idősgondozás a funkcióvesztések miatt csak akkor ér valamit, ha mellette más szolgáltatás is jelen van, mivel ha nincs, akkor marad a bentlakásos ellátás, mint megoldás. Így azt lenne célszerű kikötni a jogszabályban a házi segítségnyújtás helyett, hogy „jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban az részesülhet, aki valamely más alapellátásban is részesül”.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás keretében biztosítani kell

- az ellátott személy segélyhívása esetén az ügyeletes gondozónak a helyszínen történő haladéktalan megjelenését;

Itt létezik az a 30 perces időkorlát. Kutatásaink azt mutatták, hogy az OMSZ-nál is jobb időket „futnak” a gondozónők.

- a segélyhívás okául szolgáló probléma megoldása érdekében szükséges azonnali intézkedések megtételét;

Ezeket jegyzőkönyvben dokumentálják, ez így maradhat.

- szükség esetén további egészségügyi vagy szociális ellátás kezdeményezését.

Ezt is jegyzőkönyvben, szakmai dokumentációban vezetik, ez így megfelelő.

- A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele szempontjából szociálisan rászorult az egyedül élő 65 év feletti személy, az egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását.

Itt a fentebb már jelzetteket érdemes figyelembe venni.

- A személyi térítési díj nem haladhatja meg a jövedelem 2%-át jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében.

Sok helyen nem kérnek térítési díjat, félve (és tapasztalva) attól, hogy visszaveti az igényeket. Bár az összeg nem hatalmas, meg lehet fontolni az ingyenességet úgy, hogy a segítségkérés ingyenes (orvos, mentő, gyógyszerbeadás stb.), ugyanakkor amennyiben a segítségkérés következménye valamilyen gondozási tevékenység (pl. tisztába kell tenni, össze kell takarítani), akkor gondozási óradíjat lehetne felszámítani. Ez nem korlátozza őket abban, hogy amikor nincs baj, akkor a térítési díj miatt nem igénylik a szolgáltatást, ugyanakkor, ha krízis van, akkor már nem mérlegelnek segítségkérés esetén, akkor sem, ha annak költségvonzata van.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás megszervezéséhez biztosítani kell

- a segélyhívásokat fogadó diszpécserközpontot;

Ez is maradhat, csak figyelembe kell venni (de ezt csak az engedélyezések és helyszíni ellenőrzések esetében), hogy ez ma már lehet automata is.

- a segítségnyújtást végző gondozókat foglalkoztató olyan szakmai központot vagy központokat, amelyek a teljes ellátási terület vonatkozásában biztosítják a gondozónak a 30 perc időtartamon belüli helyszínre érkezését.

Ez jó időintervallum maradhat, célszerű így hagyni és nem kell a „kéklámpásosok” szintidejéhez igazítani, mivel itt nincsenek meg azok a feltételek.

- Egy szakmai központ keretében legalább 40, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékos személy, illetve pszichiátriai beteg otthonában kell segélyhívó készüléket elhelyezni. A diszpécserközpontot úgy kell kialakítani, hogy annak folyamatos működése és elérhetősége biztosított legyen. Egy diszpécserközpont több szakmai központ ellátási területéről fogadhat segélyhívásokat.

Ez így maradhat, természetesen annak figyelembe vételével, hogy az eltérő technikák miatt, más és más jellegűek a központok.

- A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás működtetéséhez biztosítani kell a műszaki rendszer körében az ellátottnál elhelyezett segélyhívó készüléket, jelzést továbbító berendezést, a jelzés fogadására alkalmas vevőberendezést, továbbá ügyeleti személyi számítógépet ügyeleti szoftverrel;

Esetleg éppen a rendszerek különbözősége miatt így lehetne finomítani „...az ellátottnál elhelyezett segélyhívó készüléket, jelzést továbbító berendezést, a jelzés fogadására alkalmas berendezést, továbbá a rendszert kiszolgáló számítógépet szoftverrel”.

- a gondozó saját felszerelése körében mobiltelefont, készenléti táskát, továbbá a gyors helyszínre érkezéshez szükséges feltételeket.

Ez így maradhat, annak figyelembe vételével (de ez jogalkalmazási kérdés), hogy a helyszínre érkezés egy 300 fős településen történhet gyalogosan is.

- A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás folyamatos készenléti rendszerben működik. A diszpécserközpont segélyhívás esetén - a segítséget kérő nevének, címének és az egyéb rendelkezésre álló információknak a közlésével - értesíti a készenlétben levő gondozót. A gondozónak 30 percen belül kell az ellátott lakásán megjelennie.

Ez megfelelő így.

- A műszaki rendszernek alkalmasnak kell lennie az események dokumentálására, az önellenőrzésre, a szociális gondozó helyszínre érkezésének nyugtázására, valamint a kétirányú kommunikációra. Az ellátottnál elhelyezett segélyhívó készüléknek testen viselhetőnek, ütés- és cseppállóknak kell lennie.

Ez így megfelelő, de előbb utóbb (ha lesz forrás) lehet, hogy a hangkommunikáció nyer teret. Ez, ismerve a jelenlegi rendszereket, ma még sok rendszer lecserélését jelentené. A testen viselhetőség, ütés, cseppállóság a mobiltelefonos rendszereknél kérdéses, jelenleg ebbe sem kellene belenyúlni, de a kutatás arra is szolgáltat adatot, hogy hány ilyen készülék van.

- A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás szakmai programjának tartalmaznia kell a használt műszaki rendszer leírását, a segítségnyújtás - a segélyhívástól a krízishelyzet megoldásáig tartó - folyamatának a leírását.

Ez így megfelelő.

További javaslatok

Ösztönözni azt, hogy felhasználó barát legyen a szolgáltatás

- egy szolgáltatónál többféle műszaki rendszer legyen, vagy ugyanaz a műszaki rendszer tudjon vezetékes telefonvonalhoz kötött verziót és rádióhullámú/gsm alapú verziót is,
- a műszaki megoldások kényelmesek legyenek, ne csökkentse jelentősen az ellátott komfortérzetét.

Lehet kétirányú kommunikáció a törvényben, de akkor fejlesztésre komoly pályázati pénzek kellenének, mert a fenntartó nem fogja saját forrásból lecserélni az egész rendszert és az összes készüléket. Ezt a problémát célszerű később megoldani, mivel jelenleg is – uniós forrásból – több olyan fejlesztés zajlik, melyek célja olyan technikai fejlesztés, amely idős emberek mindennapjait segíti. Néhány éven belül várhatóan több olyan készülék jelenik meg a piacon, amelyek elérhető áron és a jelenleginél lényegesen fejlettebb szolgáltatást biztosítanak majd. Célszerű ezen modernizációs ugrás után magasabb követelményeket állítani a rendszerekkel szemben.

Továbbá el kellene törölni a létszámnormákat, mivel nagyon eltérnek a szolgáltatásszervezések, valamint a társadalmi gondozó alkalmazását itt is lehetővé kell tenni,

és esetükben nem célszerű meghatározni arányszámokat. Csak azt kellene kikötni, hogy a „folyamatos készenlétet biztosítani kell, úgy, hogy a jogszabályban meghatározott helyszínre érkezés biztosított legyen”. Ez a logika régen már megfeneklett, mivel a melléklet csak darabszámra tudja kezelni az alkalmazottakat, ugyanakkor a kutatási adatokból egyértelműen látszik a társult települések „sokasága”. Főállású gondozónókkal a jelenlegi létszámnormák és finanszírozás mellett a feladat elláthatatlan. (Lehessen társadalmi gondozó, vagy akár önkéntes is, úgy hogy a képesítési előírások rájuk is vonatkoznak és feltesszük, hogy a fenntartó el tudja dönteni, hogy ő kiket és milyen módon alkalmaz a feladatellátáshoz.)

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás kialakításakor elsődleges szempont volt, hogy szervesen illeszkedjen a meglévő szolgáltatásokhoz, használja azok lehetőségeit (pl. diszpécser központ bentlakásos intézményben), és ezáltal költséghatékony is legyen. Ez a szempont az elmúlt évek szabályozási „lázában”, az engedélyezők és ellenőrzők fejében háttérbe szorult, és többször vitatták a létrejött rendszerek formáját. El lehet térni az eredeti céloktól, csak ebben az esetben a finanszírozást is e szerint kell alakítani.

Általános, valamennyi idős-alapellátásra vonatkozó problémafelvetés, diszfunkciók

- a finanszírozás és az ellátandó feladat aránytalansága,
- ellenőrzési anomáliák,
- képzési kimenetek problémái (megfelel-e a tudása és készsége azoknak, akik kijönnek a képzésekből),
- szervezeti felépítés (az ellátottak számára is és költséghatékonyság szempontjából is előnyös az integráció, de ezt jó lenne átgondoltabban csinálni és nem rábízni az adott fenntartóra-valamiféle modellt alkotni, minimumelvárásokkal, illetve a létrejövő rendszereket ne a finanszírozás technikai célok alakítsák),
- átjárhatóság az ellátások között, mind az ellátottaknak, mind a dolgozóknak (nagyobb rugalmasság, jobb együttműködés, vezetők képzése az operatív ügyek kezelésére, kommunikációra, stb. vonatkozóan)
- készüljenek rendszeres, összehasonlítható országos szintű adatfelvételek az ellátottakra és az ellátásokra/ellátókra vonatkozóan, ami megalapozhatja a jövőbeni fejlesztési irányokat,
- a kötelező továbbképzési rendszerben legyen valamilyen módon felmérve az igény (ha valamilyen területen nincsenek képzések, legyen kötelező az NCSSZI-nek indítani).

Javaslatok:

Minél tovább otthonában maradhasson, aki szeretne. (A szükségletekre sokkal komplexebb módon kellene reagálni, a tárgyi környezet kialakításától odáig, hogy legyen az idős embernek „társasága”, aki beszélget vele, ha éppen erre van igénye. Nem ideális az, hogy napi fél óra jusson egy ellátottra, és ha társalogni szeretne, menjen be a klubba. Be kell látnunk, hogy sokaknak a családját kell/kellene pótolni/helyettesíteni, és ezt vállalja is fel a szakma, ha lehet. Legalább annyiban, hogy ezt nem a gondozónő fogja megtenni, hanem mondjuk az egyházak az önkénteseikkel, de ezt finanszírozzák valamilyen szinten, pl. kisserződhesen ilyen feladatokra a fenntartó.)

A szolgáltatások a funkcióvesztések belépésével egymásra épülve lépjenek be egy-egy ember élethelyzetébe. Mindig annyit biztosítsunk, amennyi szükséges, így a szolgáltatások esetében is folyamatosan haladhatunk az olcsóbbtól a drágább irányába.

Mindezek érdekében célszerű lenne újragondolni a gondozási központot, mint intézményt, amely szervezné, optimalizálná az alapellátást.

Bentlakásos intézmények idősek számára

Bentlakásos intézményekben ellátottak számában 2007 és 2009 között mutatkozott valamennyi kilengés, de ez lényegében nem okozott változást az ellátórendszerben. 2007-ben 50 903 főt, 2008-ban 48 894 főt, és 2009-ben 51 353 főt láttak el időskorúak otthonában.

A szolgáltatások elérhetősége

2008-ban hat olyan település volt Magyarországon, melynek kötelező feladatkörébe tartozóan időskorúak gondozóházát kellett volna működtetnie, de nem tette (lásd: 15. számú ábra).

Ha a működő gondozóházak vonzáskörzetét 10 km-ben adjuk meg, akkor az ország túlnyomó részt lefedetlen marad.

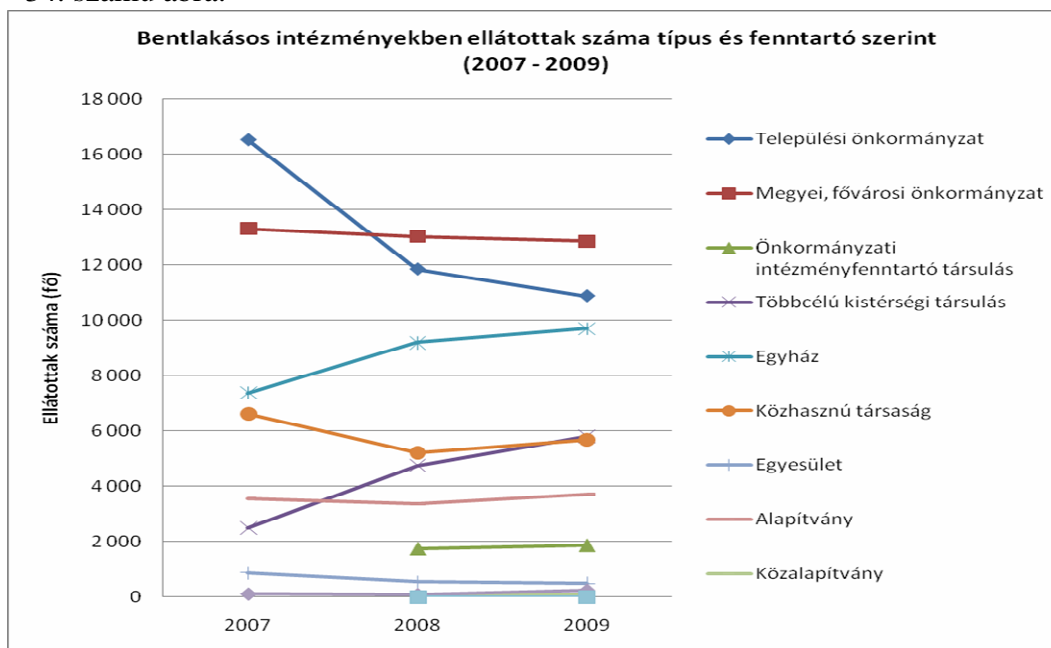
Időskorúak otthonai esetében, 20 kilométeres vonzáskörzettel tekintve az ország túlnyomó részén elméletileg elérhető a szolgáltatás. Ennek háttérében az áll, hogy a gyakorlatban többnyire csak várólistán keresztül lehet bejutni az egyes intézményekbe.

Szolgáltatók és fenntartók szerinti megoszlás

Férőhelyek tekintetében mindkét ellátás esetében túlnyomórészt állami fenntartású férőhelyekről beszélhetünk. A bentlakásos idősellátásban a települési önkormányzatok szerepe 2007-ről 2009-re csökkent, ugyanakkor az egyházi, többségi kistérségi társulási, és részben az alapítványi fenntartású intézmények száma nőtt. (34. számú ábra)

Ezen felül az idősothoni ellátásban az egyházi, míg az időskorúak gondozóházának működtetésében a nem állami szolgáltatók vállalnak nagyobb szerepet.

34. számú ábra:



Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyv

Problémák és diszfunkciók

Az intézményrendszerben bekövetkezett legfőbb változások – ahogyan azt a Módszertani intézmények látják

Az ellátási struktúra az elmúlt években a korábbiakhoz képest némiképp változott, még ha nem is olyan látványosan, mint pl. a hajléktalan ellátás rendszere. A Szociális törvény változásait az igények sokszínűsége, és a szakmai színvonal emelésére való törekvés generálta. Jelenleg úgy tűnik, hogy esetenként a vélhetően jó szándék ellenére sem következetesen véghezvitt, inkább ad- hoc jellegű, nem kellően le szabályozott, és éppen ezért „képlékeny” szabályozási környezetben olvadtak be a jelenleg is működő szolgáltatási típusok a rendszerbe.

A teljesség igénye nélkül az előzőekre néhány példa:

- A normatíva drasztikus csökkentése miatt az emelt szintűként működő férőhelyek kampányszerű visszaminősítése hagyományos férőhellyé.
- A gondozási szükséglet kritériumai miatt az átmeneti férőhelyek számának növekedése – nem a valós ellátási igény miatt, hanem azért, mert ennél az ellátási formánál nincs vizsgálat.
- Demens ellátás fontosságának fókuszba helyezése ágazati irányítás szintjén is. Az ellátás szakmai feltételeinek kidolgozása azonban nem történt meg. Az emelt összegű normatív támogatás érthető módon ösztönözheti a fenntartókat a demenciában szenvedő lakók ellátására annak ellenére, hogy nem feltétlenül invesztálódik a többlettámogatás – ami így sem tekinthető soknak - a szakmai színvonal emelésére.

- Talán az utóbbi időszak legjelentősebb jogszabályi alapokon nyugvó, az idősellátást érintő változtatása a 4 órát meghaladó gondozási szükséglet meglétén alapuló bekerülés feltételként szabása. Ez jelentősen megváltoztatta az ellátotti kör gondozási és ápolási szükségletét, maga után vonva olyan jogos igényeket, mint a szakmai létszám emelésének szükségessége, speciális szaktudások igénye. (Ez utóbbira a legutóbbi szakmai rendelet módosításakor az elvárt képzettségek tekintetében egyértelműen történt törekvés. A szakmai létszám bizonyos munkaköreinek megszüntetése (pl. osztályvezető ápolók), illetőleg ajánlottá tétele (pl. foglalkoztatás-szervező, gyógytornász, stb.) kapcsán egyértelműen elmondható, hogy nem a szakmai színvonal emelésének irányába hat.)
- A tárgyi feltételek színvonalában óriási eltérések figyelhetők meg. Az állami intézmények felújítására, fejlesztésére egyre szűkösebbek a központi források. Sok az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező szolgáltató. Sajnos nem történt meg a nagy férőhelyszámú, külterületen, mostoha infrastrukturális környezetben működő intézmények kiváltása, szegregálva ezzel az ott élőket.

Az ellátórendszer (további) problémái – hogyan azt a Módszertani Intézmények látják

- Bármilyen komoly szakmai törekvése a mindenkori kormánynak az alap szolgáltatások megerősítése és a szakellátás visszaszorítása, vagy legalábbis szinten tartása, sajnos nem valósult meg, mivel nem csak az ellátórendszer átszervezése itt a cél, hanem a lakosság szemléletének a megváltoztatása is.
- Az átmeneti gondozóházak másik fontos funkciója a segítő családtagok időleges tehermentesítése (pl. betegség, utazás, vagy csak fáradtság esetére) volna, hogy újult erővel gondoskodni tudjanak idős hozzátartozójukról. Meglátásunk szerint, az átmeneti gondozóházak egy részében a kihasználtság szezonális, a fűtési szezonban a megemelkedett rezsiköltségek miatt (késő ősztől tavaszig) veszik igénybe azok szolgáltatásait. Ez a fajlagosan magas költséggel járó és időszakos ellátás pénzbeli, illetve természetbeni juttatással – alacsonyabb költségigényt generálva – kiváltásra kerülhetne.
- Az átmeneti gondozóházak száma, és hozzáférhetősége nem kielégítő az egyes régiók területén. Ahhoz, hogy az átmeneti gondozóház ne váljon „parkoló pályává” a tartós elhelyezés irányában, szakmailag fontos volna az intézmény egészségügyi hátterének megerősítése. A tapasztalatok alapján elmondható, hogy az idősök átmeneti ellátásából ritkán távozik a gondozott saját otthonába. Ha sikerülne az átmeneti gondozóházaknak betölteni rehabilitációs szerepüket, akkor a teljes felépülést követően, az idős ismételten saját otthonába, az ellátórendszer számára leggazdaságosabban működtethető alapszolgáltatásba kerülhetne vissza.
- Egyre nagyobb az intézményi bejutásra várakozók létszáma.
- Még mindig túlszabályozott, illetve egyes területen nem jól szabályozott – életszerűtlen –, az ellátórendszer.

- Az ellátás iránti igény magas, a várakozók száma magas, az alapápolás, gondozás felől eltolódik a szakápolás felé.
- A normatíva összegének szinten tartása kevés, az idősök nem terhelhetők tovább, alulfinanszírozottság jellemző. (Ez leginkább az állami intézményeket terheli.)

A szolgáltatók által tapasztalt folyamatok

- Egyre több egyházi intézmény jelezte az utóbbi időben, hogy önkormányzatok és civil szervezetek keresték meg őket, hogy a kis létszámú szakosított ellátású intézményeiket átadják. Pl. nyírségi elszegényedő önkormányzatok.
- Az állami fenntartású intézményekben egyre növekszik azoknak az igénylőknek a száma, akik fokozott ápolást és gondozást igényelnek és rendkívül alacsony jövedelemmel rendelkeznek. Ennek egyre jellemzőbb negatív hozadékaként kényszerülnek a fenntartók olyan intézkedések megtételére – pl., ésszerűtlen intézmény összevonás, gazdasági önállóság megszüntetése, munkaerő minimális szintre történő leépítése, munkakörök összevonása, költséghatékonyabbnak vélt szolgáltatások felkutatása-, melyek sok esetben nincsenek arányban azzal a veszteséggel, ami a szolgáltatás színvonalának csökkenését eredményezi.
- A nem állami fenntartók (kivétel a történelmi egyházak fenntartásában és a karitatív szervezetek által működtetetteket) fel sem vesz olyat, aki nem tudja a teljes térítési díjat fizetni, vagy nem vállalja annak teljes összegének megfizetését akár saját maga, vagy a hozzátartozója.
- A gazdasági válság következményének betudható munkahelyvesztés miatt sok családban jellemzően a szülők, nagyszülők nyugdíja jelenti az egyedüli rendszeres bevételi forrást. Emiatt még indokolt esetben, vitathatatlan rászorultság esetén sem kerül sok idős ember megfelelő ellátásba. Az is egyre gyakoribb tapasztalat, hogy éppen a fenti anyagi okok miatt viszik haza intézményből a hozzátartozót.
- A kórházi ágyszám radikális csökkenésével az egészségügyi ellátórendszer is törekszik arra, hogy a krónikus betegségben szenvedő idősök mihamarabb saját otthonukba térhessenek vissza, illetve más – nem a szó szoros értelmében vett - egészségügyi szolgáltatást, vagy szociális szolgáltatást vehessenek igénybe.
- Egyre később és egyre súlyosabb, elesettebb állapotban kerülnek be az intézményekbe az idősök.
- Egyre több az igény az idősök között a pszichiátriai, demens ellátásra.
- Egyre rövidebb időszakot élnek meg az intézményekben lakók a súlyos egészségi állapotuk miatt (szinte ágyról-ágyra kerülnek).
- Egyre kevesebb tűrő képesség miatt, betegségtudat hiányában, egyre több az ellátást igénybevevők és szolgáltatást nyújtók között a valós vagy valósnak vélt konfliktus.

- Az intézményben már régebben bent élő lakók lelki egészségét veszélyezteti az újonnan érkező súlyos betegekkel, demens idősokkal való találkozás (lassan nem „Otthon ahová jöttünk, hanem elfekvő kórház,,). Nem alakul ki a lakók között kapcsolat, a társas élet meghalványul, bezárkózás, befelé fordulás, elmagányosodás, időskori depresszió jelentkezik következményként.
- A négyórás gondozási szükséglettel vagy egyéb körülménnyel való bekerülés egyetlen lehetősége a fentiek előidézésében részben szerepet játszik. (pl. állami támogatás nélkül sem lehetséges fiatalabb idős bekerülésének lehetősége).
- Látványosan felgyorsult az ellátottak cserélődése – megrövidült a gondozási idő a gyakori exitek miatt –, a klasszikus értelemben vett „szociális gondozást”, igazodva a szükségletekhez, felváltotta a talán fizikailag is megterhelőbb, de mentálisan mindenképpen embert próbálóbb – az egyre emelkedőbb számú hanyatló szellemi és egészségi állapotú lakók- nagy felelősséggel járó ápolási tevékenységek túlsúlya. Mindez óhatatlanul egy idő után maga után vonhatja a fásultságot, a gyakori kiégést.
- A gondozási szükséglet vizsgálatának bevezetését követően látványosan megemelkedett azon idősök száma, akiknél nem jelentkezik 4 órás gondozási szükséglet időtartam, azonban egészségi állapotuk, és/vagy szociális helyzetük megkívánja a több órás felügyeletet ahhoz, hogy saját otthonukban biztonsággal élhessenek.

Kliensszükséglet oldaláról

- A szolgáltatás iránt érdeklődők között sok a magas életkorú, nagyon idős ember, akiknek önellátó képessége napról napra csökken, egészségügyi állapotuk a halmozódó betegségek miatt fokozatosan romlik.
- Gyakori az egyedülálló, hozzátartozó nélküli igénylő, aki a biztonságérzet hiánya miatt szeretne beköltözni. Különösen felerősödött ez a tendencia a tanyákon egyedül élők esetében.
- Az utóbbi időkben megnövekedtek azon igénylők száma, akik egyedülállóként, alacsony jövedelmükből nem tudják fizetni a létfenntartásukhoz szükséges költségeket (rezsi, étkezés, gyógyszerek, egyéb egészségügyi ellátások). – akár a mélyszegénységbe is eljutott idős ellátotti kör!
- Ezzel párhuzamosan egyre nagyobb az igény az emelt szintű, egyágyas, fürdőszobás lakrészek, szobák iránt. – Megfigyelhető a jó anyagi helyzetben lévő plusz szolgáltatásokat is igénylő ellátotti kör megjelenése.

Az intézményrendszer és szabályozásának diszfunkciói:

- A bentlakásos idősellátás tekintetében hosszú távú problémát fog jelenteni az, hogy az ellátottak gondozási szükséglete meglehetősen heterogén. Ez hosszú távon nem lesz fenntartható, mivel egy intézményen belül kell biztosítani a gondozó végzettségű munkatárstól kezdve a magasan képzett egészségügyi ápolóig mindenkit. A tárgyi

feltételek sokszínűségéről nem is beszélve. Itt is érdemes lehet elgondolkodni egy olyan rendszer kialakításán, amely törekszik egy- egy tiszta profil megvalósítására.

- A megnövekedett 1 főre jutó gondozási idő (szükséglet alapján) nincs arányban az 1/2000 SzCsM r. 2. sz. mellékletében meghatározott szakdolgozói létszámmal.
- A szociális alapszolgáltatások keretén belül a házi segítségnyújtás tudná a legkevesebb ráfordítással megvalósítani az idősgondozást, a házi ápolási rendszer pedig a szükséges ápolási tevékenységeket. Sajnálatos, hogy a jelenlegi személyi feltételrendszerben 1 fő szociális gondozóra - igen magas létszámú - 9 fő ellátott jut (házi segítségnyújtás), vagyis nem képes megfelelően és elégséges színvonalon kielégíteni a jelentkező igényeket.
- A szakápolás lehetősége a szociális intézménybe nem került beépítésre (idősek esetében egyre több személynek van szakápolásra igénye), az egészségügyi kredit pontok felét ismerik el szociális intézményben. Idősek otthonában az ápolási munka nem azonosan finanszírozott az egészségügyben ugyanazon ápolási munkával.
- Finanszírozni szükséges azokat a szakápolói tevékenységeket, amelyet az OEP az otthoni szakápolásban teljesített vizitként elismer és a teljesítés az otthonokban történik
- „Közfeladatot ellátó személynek” minősül (védelem) nem terjed ki intézményvezetőjére azokat is érheti atrocitás, illetve (az intézmény nem szakmai, de fizikai munkatársaira pl. takarítást végző személy) egészségügyi képzések (elérhető helyen és elérhető áron, szakmai-gyakorlati tudásra alapozva).
- „Szabad intézmény és orvosválasztás joga” megjelenik az egészségügyi törvényben, de ezt különböző tényezők korlátozzák. Szabad orvos választás technikailag általában kivitelezhetetlen.
- Az (idősellátási) intézményválasztás azt gondolhatjuk szabad, de valójában területi ellátási kötelezettség valósulhat meg.
- Jelen gyakorlatban csak négyórás gondozási szükséglettel vagy egyéb, azonnali elhelyezést kívánó körülménnyel, illetve csak nagyon jó anyagi kondíciókkal lehet bekerülni azonnal az ellátásba.
- Magas a fluktuáció az ápoló-gondozó munkakörben, alacsony bérek, kevés plusz juttatás. A munkatársak eladósodtak, másodállást vállalnak, nincs pihenésre, feltöltődésre idejük, magas a betegállományok aránya.
- A kórházi krónikus osztályok nem jelentenek az ellátásban segítséget, hiszen lakóink az „otthonukban” szeretnék megkapni azt az ellátást, amire szükségük van.
- Az alapképzési és továbbképzési követelmények nem igazodnak teljes mértékben a megváltozott feladatokhoz, ellátórendszer szükségleteihez.

- Az idős ellátás területén elegendő a működési engedély megléte a normatív támogatás igényléséhez, függetlenül attól, hogy van-e már azonos szolgáltatás az adott területen, illetve függetlenül attól, hogy milyen a szakmai munka színvonala.
- Anyagi és személyi feltételek hiánya miatt a szakápolási feladatok, de a jelen helyzetben már sok esetben az alapápolás, gondozás is csorbát szenvednek. A megnövekedett gondozási igényhez nem igazodott a szakmai létszám.
- A szállításhoz (pl. eü. vizsgálat) szükséges gondozói kíséret biztosítását a jelenlegi létszámnorma nehezen teszi lehetővé, ugyanakkor a hosszú várakozások miatt intézeti kocsival történik a lakók szállítása, amely a működési költséget terheli jelentősen.

Megválaszolatlanul maradt igények

- Az aktív családtagok számára nagy segítséget jelentene a kórházi ellátás utáni rehabilitáció idejére az átmeneti gondozóházi elhelyezés, mely után nem lenne törvényszerű a tartós elhelyezés kezdeményezése, hanem a teljes gyógyulást követően az idős saját otthonába térhetne vissza. A tapasztalatok szerint, régióink gondozóházainak többsége csak kis százalékban látja el ezt a funkciót, az ott tartózkodó ellátottak tartós elhelyezési formára várakoznak.
- Ha sikerülne megerősíteni a házi segítségnyújtás és a házi ápolás rendszerét, valamint megszervezésre kerülne - a nappali ellátás igénybevételét segítő - a rászoruló idősök szállítása, továbbá a juttatások rendszere átgondolásra kerülne, kevesebb ráfordítással lehetne biztosítani magasabb színvonalú szociális ellátást.
- Időskorúaknál előforduló pszichiátriai betegségben szenvedők szükségleteinek kielégítése. Komoly törődést, szakmai háttérrel igényelne ez a terület.

A szolgáltatási-finanszírozási rendszer (legfontosabb, megoldásra váró diszfunkciói)

Az ÁSZ jelenti:

„A 2007. évben egy napi ellátás költségei az idősök otthonában átlagosan 44%-kal kisebb központi és önkormányzati együttes támogatással jártak ahhoz képest, mintha az egy kórházi ápolási osztályon történt volna (OEP finanszírozással). Az eltérés négy százalékponttal magasabb annál, mint ami az idősök otthonai fajlagos kiadásai és az ápolási osztályok fajlagos költségei összehasonlításánál mutatkozott.

Az egy ápolási napra vetített összes költség a vizsgált ápolási osztályokon az infláció mértéke alatt, az ellátottak által fizetett térítési díj és az OEP finanszírozás azt meghaladó mértékben emelkedett, a fedezeti arány 66%-ról 87%-ra módosult. A szociális otthonokban az egy gondozási napra jutó kiadás, térítési díj és fenntartói támogatás is az inflációt meghaladó mértékben emelkedett, a központi támogatás nem változott, amelyek együttes következménye a fedezeti arány 92%-ról 93%-ra történő – minimális mértékű – növekedése volt.

A szolgáltatással közvetlenül összefüggésben álló központi, fenntartói támogatás, továbbá a szolgáltatást igénybevevők térítési díjainak együttes összege és a költségek különbözetéből

eredő forráshiányt mindkét ágazat intézményei az egyéb támogatásokból, tevékenységi bevételekből finanszírozták, de a kórházak az átmenetileg kiegyenlítetlen kötelezettségeik (szállítók felé fennálló tartozásaik) növelését is felvállalták.

A szolgáltatások pénzügyi fedezettségének megítélése az ellátás nyújtásáért felelősök szempontjából eltérő:

- az ellátást nyújtó intézménynek a kedvezőbb fedezeti arány (bevételek és költségek aránymutatója) elérése (az adott szolgáltatás költségeit minél magasabb mértékben fedezze a kapott térítési díjből, központi és fenntartói támogatásból származó együttes bevétel);
- az államnak és a fenntartónak a csökkenő arányú és az inflációs hatásnál kisebb mértékben növekedő támogatás az önköltséghez viszonyítva.”⁶⁸

Javaslatok

- Fejlesztési iránynak gondoljuk azt, hogy olyan esetmenedzseri és szolgáltató központok jöjjenek létre, amelyek felkészült és széles látókörű szakemberek vezetése alatt állnak, akik az egyes szolgáltatások és ellátások felé tudják irányítani a kérelmezőket. Ezeknek a központoknak feladata lehet az egyes szolgáltatási elemek nyilvántartása mellett a szolgáltatókkal való folyamatos kapcsolattartás és finanszírozás.
- Ha célként továbbra is az fogalmazódik meg, hogy az intézményes ellátásra lehetőleg csak a legvégső esetben kerüljön sor, akkor elsődlegesen az alapszolgáltatások további erősítését szükséges megfogalmazni, mindebből követhetően szükséges a két terület közötti kapcsolódási pontok meghatározása, az egymásra épülés struktúrájának erősítése, a fejlesztési prioritások súlyozása szakmai- gazdaságossági-fenntarthatósági oldalról egyaránt.
- Cél az, hogy a bentlakásos intézményrendszer férőhelyeinek száma ne emelkedjen tovább; ehhez viszont hiányoznak az alapok az alapszolgáltatások területén. Konkrét ellátási formákra gondolva például az idősök klubjaira vonatkozóan még jobb szakmai tartalomszabályozásra lenne szükség, ami jól reagál az oda járó idősök mindennapi igényeire.
- Prevenció hatásosságának és hatékonyságának növelése. Szükséges volna már az intézménybe kerülés előtt, az ellátórendszer bármely szolgáltatása esetében, hangsúlyozottan foglalkozni az egészséges életmód, az egészséges étkezés, a mozgás lehetőségével, a betegségek megelőzésnek hatékony módszereivel. A mentális állapot szinten tartása tehermentesíti az idős közvetlen környezetét: a családot és a humán segítőköt. Költségkímélő, egyben igen hatékony foglalkoztatási módszerek alkalmazásának népszerűsítése a cél.

⁶⁸ Állami Számvevőszék: Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra, gondozásra fordított pénzeszközei felhasználásának ellenőrzéséről (0820). 2008. július. 61.o.

- Széles körű társadalmi érdeklődés, tolerancia, felvilágosítás. Fontos feladat az idősor nehézségeivel, a speciális ellátási igényekkel kapcsolatos társadalmi, hozzátartozói tájékoztatás, tudatformálás, mely elősegítené a nagyobb szerepvállalást az idősekről való gondoskodás területén.
- Képzés, továbbképzés, kompetencia területének fejlesztése. Az ellátórendszer humán segítő munkatársai számára nagy jelentőséggel bír. Elősegíti továbbá a hatékony, személyre szabott gondozást a célzott képzések szervezése, valamint az adaptálható módszerek közzététele. Mivel a tartós bentlakást nyújtó intézményekben egyre több az ápolási feladat, javasolt átgondolni az egészségügyi feladatokhoz kapcsolódó kompetenciahatárokat, valamint a megváltozott szükségletek függvényében a szociális végzettséggel rendelkező munkatársak célzott egészségügyi továbbképzését.
- Idősbarát környezet (pályázati lehetőségek intézmények, települések, közösségek számára).
- Önkéntesek bevonása. Szükségesnek tartjuk a még mobilizálható erőforrások áttekintését, melyekkel javulhat a szolgáltatások színvonala. Létrejöttek az önkéntes központok, melyek következtében szervezettebbé vált az önkéntes tevékenységet végzők toborzása, közvetítése, bár e területen még jelentős mennyiségű szabad kapacitás található.
- Családtagok bevonása. Az önkéntesek bevonása mellett nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a hozzátartozók ellátásban történő szerepvállalására, mivel sok tekintetben tudnak segítséget biztosítani egy adott intézménynek.
- Hospice szemléletű idősgondozás fejlesztése. A hospice ellátások fejlesztése nélkülözhetetlen az idős és beteg emberek életének méltó befejezéséhez. Jelenleg nagy hiátus tapasztalható ezen a területen.

Rövidtávú célkitűzések

- Dolgozói létszám hiányának megoldása - akár a hosszú távú közfoglalkoztatással.
- A gondozási szükséglet értékelő lapján az önellátásra és egészségügyi állapotra vonatkozó dimenziók mellett kapjanak nagyobb hangsúlyt egyéb dimenziók is. Pl. szociális helyzet, ha valaki korának megfelelő egészségügyi állapotú, önellátási képessége még megtartott, de egyedül él, biztonságérzete nincs, hozzátartozók sincsenek. Ő is kapjon esélyt arra, hogy saját döntése alapján (ha úgy érzi, hogy az alapszolgáltatás nem elegendő számára) idősek otthonába költözhessen. Önrendelkezéshez való jog gyakorlása. szabadsága!
- Mentálhigiénés szakemberek, **pszichológusok** komolyabb szintű bevonása az intézményi életbe. Pl. haldoklók kísérése. (hospice ellátásban megjelenő mentálhigiénés megközelítések alkalmazása).

- Az ápolás gondozás tárgyi és személyi feltétel rendszere igazodjon a megnövekedett feladatokhoz. A jelenlegi szabályozó rendszerrel sokkal hatékonyabban.
- A finanszírozás az elvégzett tevékenység függvénye legyen. Érvényesüljön a szektorsemlegesség, azaz ne legyen finanszírozási különbségtétel a szociális és egészségügyi szektor között. A szabályok normalizálását, illetve a standardok kidolgozását kell befejezni és bevezetni.
- Lift beszereléséhez pályázati forrás biztosítása 2011-13 közt is.
- Egyéb pályázati forrás biztosítása tárgyi fejlesztéshez: pl. lakószobához fürdőszoba kialakítása.
- Az idősök otthonán belül nyújtott szolgáltatásokra, – figyelembe véve az idősök egészségi és mentális állapotát, – szükség van, ezért a mozgásterapeuta és a foglalkoztatás-szervező foglalkoztatását és alkalmazását vissza kell állítani, és a minimum feltételek közé beemelni jogszabályi szinten.
- Az 50 fős ellátotti létszámhoz kapcsolt osztályvezető ápoló középvezető alkalmazása szintén indokolt, kötelező létszámként a szabályozás visszaállítása szükséges.
- Szükséges továbbá a szakképzett ápolói létszám minimumának emelése.

Középtávú célkitűzések

- Szolgáltatási csomagok bevezetése.
- Esetmenedzseri és szolgáltató központok létrehozása.
- Pályázati lehetőségek felújításra, korszerűsítésre.
- Pályázati lehetőség férőhelybővítésre.
- A finanszírozás az elvégzett tevékenységek függvénye legyen, a valós feladatokra irányuljon.
- Ápolási részlegek létrehozása a kórházból kikerült krónikus betegek ápolására (többletfinanszírozással).
- Szükséges továbbá és egyre inkább elodázhatatlan a finanszírozás rendszerének teljes körű átgondolása, amennyiben szükséges újraszabályozása. Javaslat: plusz források bevonásának lehetőségei –egészségügyi tevékenységek OEP finanszírozása, lakóhely önkormányzatának hozzájárulása az intézményi ellátáshoz, stb.
- A szakkonzíliumok otthonokban történő lebonyolítását, ennek jogi és finanszírozási szabályait meg kell határozni, hiszen ez a „helyben” végzett szakorvosi ellátás az egészségügy felé költséghatékony lenne a betegszállítási igény és a betegforgalom csökkenése miatt.

- Az intézményen belüli, helyben biztosított- saját költségvetésből kigazdálkodott és főleg megbízással foglalkoztatott szakorvosi konzíliumok igénye a fentiek miatt nő. OEP finanszírozás biztosítása lenne szükséges fedezetként.
- Amennyiben központi kormányzati koncepció fókuszában az alapszolgáltatás komplexebbé tétele a cél az ellátott lakóhelyén, illetve a meglévő környezetében történő hatékonyabb segítségnyújtás, akkor az ellátott otthonában nyújtott szakápolási tevékenység hosszú távú fenntartására kellene tervet kidolgozni. Ehhez országos lefedettségű eszközpark és szakember létszám megtervezése szükséges.
- HBCS pontrendszer bevezetése a szociális ágazatban is.
- Finanszírozás igazítása a valós költségekhez.
- Teljes körű akadálymentesítés, az életkornak és egészségi állapotnak megfelelő berendezési, felszerelési tárgyak beszerzése intézményi szinten (lakószobák) – modernizáció.

VII. Nem (vagy lazán) célcsoport specifikus szolgáltatások

A családsegítés

A családsegítés elhelyezése a közszolgáltatások rendszerében

A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény (továbbiakban: Ötv.) Ötv. 8. § (4) bekezdése határozza meg a települési önkormányzatok kötelező feladatait. Eszerint a települési önkormányzat köteles gondoskodni az egészséges ivóvízellátásról, az óvodai nevelésről, az általános iskolai oktatásról és nevelésről, az egészségügyi és a szociális alapellátásról⁶⁹, a közvilágításról, a helyi közutak és a köztemető fenntartásáról; köteles biztosítani a nemzeti és az etnikai kisebbségek jogainak érvényesülését. Tehát törvény előírhat olyan önkormányzati feladatokat és közszolgáltatásokat, amelyek ellátására a települési önkormányzatok nagyságuktól, teherbíró képességüktől függetlenül egyaránt kötelesek. Alapjogaik tekintetében az önkormányzatok egyenlők, ennek ellenére eltérően állapíthatók meg részükre egyes kötelezettségek, mégpedig a település nagyságától, a lakosságszámtól és egyéb feltételektől függően. Garanciát jelent a települési önkormányzatok részére a törvénynek itt meghatározott azon rendelkezése, hogy mind a közszolgáltatási és közhatalmi feladatok ellátásának kötelezettségét, mind pedig a differenciált kötelező feladatellátást csak törvényben lehet a települési önkormányzatok részére meghatározni. E szabályokat tehát csak az Országgyűlés szabhatja meg számukra.

Az 1993. évi III. törvényt a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban: Szt.). Megalkotását a társadalomban végbement változások – tömegek váltak munkanélkülivé,

⁶⁹ Az 1993. évi III. törvény 2005. január 1-jétől az alapszolgáltatás fogalmat használja, mivel az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2004. évi CXXXVI. törvény redefiniálta a szociális szolgáltató rendszer struktúráját, az alapellátások-alapszolgáltatások és a szakosított ellátások közti határvonalat áthelyezve.

lejártak a megállapított munkanélküli járadékok, privatizálták az ipart és a mezőgazdaságot – tették szükségessé. A régi jogszabályok részben elavultak, részben csak részterületeket érintettek. A törvény szerint a szociális ellátás feltételeinek biztosítása – az egyének önmagukért és családjukért, valamint a helyi közösségeknek a tagjaikért viselt felelősségén túl – az állam központi szerveinek és a helyi önkormányzatoknak a feladata.⁷⁰ A törvény a szociális biztonság megteremtése és megőrzése érdekében meghatározza az állam által biztosított egyes szociális ellátások formáit, szervezetét, a szociális ellátásokra való jogosultság feltételeit, valamint érvényesítésének garanciáit.

A szociális szolgáltatásokat szabályozó legfőbb jogforrás már 1993. évi hatályba lépésekor tartalmazta a családsegítést, mint alapellátási formát. Az Szt. hatályba lépése óta eltelt időszakban jelentős változások mentek végbe a szociális szolgáltató rendszerben mind mennyiségi, mind minőségi értelemben. A jelenlegi normaszöveg alapján az Szt. 57. § (1) bekezdés e) pontja szerint a családsegítés alapszolgáltatás, melyet az Szt. 86. § (2) bekezdés a) pontja alapján minden 2.000 fő feletti települési önkormányzatnak kötelező biztosítania, e lakosságszám alatti önkormányzatoknak az Szt. 86. § (1) bekezdés e) pontja szerint „csak” a szolgáltatáshoz való hozzáférést kell biztosítani.⁷¹

A feladatellátás módja

A családsegítés megszervezését tekintve egyike azon szociális alapszolgáltatásoknak, ahol az önkormányzati szektor monopolhelyzetben van. A 2009. évi adatok alapján a családsegítő szolgálatok zöme, 95,5 %-a önkormányzat, vagy önkormányzati társulás által fenntartott. A nem állami fenntartók részesedése ezen a területen jelentéktelennek mondható: arányuk 4,5 %, ezen belül a non-profit (alapítványi, egyházi) fenntartók hányada 3,5 %. Új jelenség a for-profit engedélyesek megjelenése, akiknek részesedése nem éri el az 1 %-ot. Jelenlétük mögött az áll, hogy az engedélyező szervek a családsegítés részfadatait nyújtó vállalkozásokat – helytelenül – arra kötelezték, kérjenek a családsegítésre működési engedélyt.

⁷⁰ Jékli Sándor 2006.

⁷¹ Az Szt. hatályba lépésétől 2004. december 31-ig valamennyi település önkormányzat számára kötelező feladat volt a családsegítés biztosítása. Az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2004. évi CXXXVI. törvény 38. §-a módosította a korábbi szabályozást és a globális ellátási kötelezettséget megszüntette 2005. január 1-jétől.

35. számú ábra: A családsegítő szolgáltatás ellátásának fenntartók szerinti megoszlása (2009)

Megye	települési önkormányzat	önkormányzati intézményfenn- tartó társulás	többcélú kistérségi társulás	egyház, egyházi intézmény	alapítvány, egyesület	egyéni és társas vállalkozás
Bács-Kiskun	55,3%	23,4%	8,5%	0,0%	4,3%	8,5%
Baranya	12,5%	45,8%	37,5%	0,0%	4,2%	0,0%
Békés	63,5%	1,9%	34,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Borsod-Abaúj- Zemplén	64,1%	14,1%	18,8%	0,0%	3,1%	0,0%
Budapest	97,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%
Csongrád	50,0%	7,7%	42,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Fejér	75,8%	0,0%	15,2%	0,0%	9,1%	0,0%
Győr-Moson-Sopron	52,2%	39,1%	8,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Hajdú-Bihar	54,9%	25,6%	13,4%	0,0%	6,1%	0,0%
Heves	55,9%	20,6%	23,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Jász-Nagykun- Szolnok	26,2%	8,2%	65,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Komárom-Esztergom	50,0%	0,0%	43,8%	0,0%	6,3%	0,0%
Nógrád	43,8%	9,4%	46,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Pest	42,5%	28,8%	16,4%	2,7%	6,8%	2,7%
Somogy	9,5%	66,7%	23,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Szabolcs-Szatmár- Bereg	51,8%	40,0%	2,4%	1,2%	4,7%	0,0%
Tolna	27,8%	55,6%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Vas	50,0%	27,3%	18,2%	0,0%	4,5%	0,0%
Veszprém	51,5%	33,3%	9,1%	0,0%	3,0%	3,0%
Zala	31,6%	31,6%	31,6%	0,0%	5,3%	0,0%
Összesen:	49,9%	23,6%	22,0%	0,4%	3,3%	0,8%

Forrás: KSH OSAP, TEIR

A családsegítés megszervezésének módja az elmúlt években gyökeres változásokon ment keresztül. 2005-ben a költségvetési törvény 3.800.000,- Ft/központ többletfinanszírozással ösztönözte – *Szt. 57. §* szerinti szolgáltatástartalommal: családsegítés, gyermekjóléti szolgáltatás, étkeztetés, házi segítségnyújtás, nappali ellátás – az úgynevezett alapszolgáltatási központok létrehozását. 2006-tól az alapszolgáltatási központok már nem került nevesítésre a költségvetési törvényben, azonban az integrált/társulások formában történő szolgáltatástervezést a korábbi éveknél jelentősebb többletfinanszírozással ösztönözte a kormány. Ez arra készítette a települési önkormányzatokat, hogy társulások formában lássák el a feladatot. A társulások formában történő feladatellátás több esetben a régi egyszemélyes szolgálatok egy intézmény keretei közé történő „összegyűjtését” jelentette. Jobb esetben a családgondozó a létrehozott új intézmény alkalmazottja lett, rosszabb esetben továbbra is a maga a települési önkormányzat maradt a munkáltatója, miközben megbízással lát el meghatározott órában családsegítést, mellette pedig gyermekjóléti szolgáltatást.

A családsegítő szolgálatok jelenlegi szervezeti formáit tekintve a leggyakoribbak az alábbi típusok:

- családsegítés és gyermekjóléti szolgáltatás egy szolgálat keretében

- családsegítés és szociális alapszolgáltatások, valamint gyermekjóléti szolgálat egy intézmény keretében
- bentlakásos intézményhez integrált családsegítő és gyermekjóléti szolgálat.

Szervezetileg önálló családsegítő szolgálat szinte csak a fővárosi kerületekben működik. Fontos megjegyezni, hogy a szervezeti forma és működési feltételek között szoros kapcsolat van. Az első két szervezeti forma esetében a telephely szerint illetékes városi jegyző a működési engedélyező szerv, a harmadik esetben pedig az intézmény telephelye szerint illetékes szociális és gyámhivatal. A városi jegyzők által engedélyezett szolgálatok esetében több hiányosságot tártak fel a szakmai ellenőrzések, mint a szociális és gyámhivatalok által engedélyezett szolgáltatások esetében, az utóbbi esetében keményebb feltételek miatt.

A családsegítő egységek száma 2004-ig emelkedett, majd csökkenni kezdett, a területi lefedettség azonban a 2005. évi mélypont után folyamatosan nőtt. 2008-ra szinte megszűnt a tevékenységként szervezett családsegítés, a legtöbb településen intézményes keretek közt biztosítják az önkormányzatok a szolgáltatást.

Az önkormányzatok többsége a költségvetési források szűkülése miatt, a racionális feladatellátás érdekében átszervezte intézményhálózatát. Több megoldás született: profilonkénti vertikális integráció, ellátás-típusonkénti horizontális integráció, azonos ágazatba tartozó szolgáltatások, intézmények összevonása, gazdálkodási jogkör megváltoztatása, közös gazdasági intézmény létrehozása, tevékenység kiszervezés stb.

A folyamat nem állt meg, a városokban ún. holdingok létrehozása a következő lépcső, amikor már nem csak a szociális szolgáltatások/intézmények összevonása, hanem valamennyi önkormányzati közszolgáltató integrációja történik meg egy településen belül.

A családsegítés keretében nyújtott szolgáltatások tartalma

A családsegítés jogszabályban meghatározott tartalmának változása köthető a:

1. speciális alapellátások integrált később önálló szolgáltatásként történő megszervezéshez
2. a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló *1997. évi XXXI. törvény* hatályba lépésétől kezdve a gyermekjóléti szolgálatok létrehozásához és feladatstruktúrájának változásához
3. az *Szt.* pénzügyi ellátásai tartalmának és a jogosultsági feltételeinek változásához

A családsegítés a hatályos normaszöveg alapján általános, probléma-specifikus szociális szolgáltatás. A szolgáltatás igénybevételének bementi korlátja nincs: életkorhoz, jövedelemhez, szakértői véleményhez nem kötött az igénybevétel. A szolgáltatás igénybevétele önkéntes, szóban előterjesztett kérelemre indul. A családsegítés jogszabályban meghatározott szolgáltatásainak igénybevétele térítésmentes az *Szt. 115/A. § c)* pontja alapján.

A családsegítés tartalmát explicit és implicit meghatározó jogszabályi előírásokat és a szolgáltatási gyakorlatot figyelembe véve, a családsegítés jelenleg a „klasszikus”

családsegítés és a speciális, „hatósági jellegű” feladatellátás kettősségével jellemezhető, de típusát tekintve mindkét szerepkörében általános, holisztikus szemléletű segítő szolgáltatás.

A „klasszikus családsegítés”, a „családgondozás”, a családsegítő szolgálatoknál a felnőttek, de akár a fiatalok esetén az egyén és család mindennapi élete során felmerülő szociális és mentálhigiénés problémák megoldására, megszüntetésére, a szűkebb és tágabb környezetben felmerülő konfliktusok rendezésére, hosszútávon életvezetési képességének megőrzésre irányul. A családsegítő szolgálatok az általános segítő szolgáltatáson („családgondozáson”) túl olyan speciális szolgáltatás elemeket nyújthatnak önállóan, vagy a gondozási folyamat részeként, egyénileg, vagy csoportosan, mely hozzájárulhat az igénybe vevő hosszútávú jóllétéhez és a szociális környezetéhez való jobb alkalmazkodáshoz.

A *speciális feladatellátás* esetében a családsegítő szolgálat pénzügyi ellátás megállapítása és megszüntetése, megállapított pénzügyi ellátás folyósítási feltételeinek betartása során közreműködő szereplő, amely jogszabályban, illetve helyi rendeletben előírt feladatai okán ellenőrző-felügyelő-javaslattevő és alaptevékenysége okán segítő funkciót tölt be egyidejűleg.

A hatályos Szt. normaszöveg alapján a családsegítés a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára az ilyen helyzethez vezető okok megelőzése, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése céljából nyújtott szolgáltatás.

A családok segítése érdekében veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észlelő jelzőrendszer működik. A jegyző, továbbá a szociális, egészségügyi szolgáltató, intézmény, valamint a gyermekjóléti szolgálat, a pártfogói felügyelői és a jogi segítségnyújtói szolgálat jelzi, a társadalmi szervezetek, egyházak és magánszemélyek jelezhetik a családsegítést nyújtó szolgáltatóknak, intézményeknek, ha segítségre szoruló családról, személyről szereznek tudomást. A kapott jelzés alapján a családsegítést nyújtó szolgáltató, intézmény feltérképezi az ellátási területen élő szociális és mentálhigiénés problémákkal küzdő családok, személyek körét, és személyesen felkeresve tájékoztatja őket a családsegítés céljáról, tartalmáról.

A családsegítés keretében biztosítani kell:

- a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást,
- az anyagi nehézségekkel küzdők számára a pénzügyi, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését,
- a családgondozást, így a családban jelentkező működési zavarok, illetve konfliktusok megoldásának elősegítését,
- közösségfejlesztő, valamint egyéni és csoportos terápiás programok szervezését,
- a tartós munkanélküliek, a fiatal munkanélküliek, az adósságterhekkel és lakhatási problémákkal küzdők, a fogyatékkal élő, a krónikus betegek, a szenvedélybetegek, a pszichiátriai betegek, a kábítószer-problémával küzdők, illetve egyéb szociálisan rászorult személyek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását,
- a családokon belüli kapcsolaterősítést szolgáló közösségépítő, családterápiás, konfliktuskezelő mediációs programokat és szolgáltatásokat, valamint a nehéz élethelyzetben élő családokat segítő szolgáltatásokat.

A családsegítés a kiskorúakra akkor terjed ki, ha a kiskorú családtagjának ellátása a családsegítés keretében indult, és a kiskorú érdekei -a gyermekjóléti szolgáltatás igénybevétele nélkül- e szolgáltatás keretében is megfelelően biztosíthatók.

Az Szt. a hatálybalépésétől 2003-ig a speciális szükségletű ellátotti csoportok (szenvedélybetegek, pszichiátriai betegek, fogyatékkal élők, hajléktalanok) számára nem nevesített önálló szolgáltatásokat. 2003. január 1-jétől a speciális alapellátások definiálása révén adott lehetőséget arra, hogy a speciális igényű csoportok ellátását önálló szolgáltatásként (támogató szolgálat, közösségi ellátás) is meg lehessen szervezni.

2005 januárjától az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2004. évi CXXXVI. törvény révén a speciális alapellátások közé besűrített szolgáltatások specializálódtak és önálló, kötelező önkormányzati feladattá váltak, önálló finanszírozással.

2009. január 1-től a közösségi ellátások és a támogató szolgáltatás nem kötelező önkormányzati feladatok, normatív állami támogatás helyett pályázati úton finanszírozottak. Azon térségekben, ahol ellátások szűntek meg (10.000 fő lakosságszám alatti önkormányzatoknál), a pszichiátriai-, szenvedélybetegek, valamint a fogyatékkal élők számára a családsegítés a lakóhelyhez legközelebb elérhető szolgáltatás.

Fontos megjegyezni, hogy a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások munkaformái párhuzamosságot jelentettek eddig a rendszerben. E két ellátást nyújtó szolgálat ugyanúgy szolgáltatásokhoz való hozzájutást szervez, gondozást végez, bemeneti oldala pedig, a jogosultsági kritériumoknak megfelelően behatárolt. A kistérségi, megyei, országos ellátási területtel működő támogató szolgálatok pedig, lényegében egy, a közösségi közlekedés igen speciális megjelenési formáját jelentik, hiszen a szállító szolgáltatás kerül előtérbe. Az eltérés jobbára csak a feladatellátás személyi feltételeiben van, míg a támogató szolgálat személyi segítői, valamint a közösségi ellátás közösségi gondozói középfokú OKJ-s végzettséggel is alkalmazhatók, addig a családgondozók számára felsőfokú végzettséget ír elő a jogszabály.

A családsegítés Szt. szerinti tartalomdefiníciója azonban nem meríti ki azon szolgáltatások, feladatok körét, amelyek az évek során a családsegítéshez delegálódtak. A társadalmi-gazdasági változások és a segélyezési rendszerben bekövetkező változások leképeződtek a családsegítő szolgálatok tevékenységstruktúrájában is. A tartós munkanélküliek és a díjhátralékosok, adósságproblémákkal küzdő személyek és családok jelentik a családsegítés speciális szükségletű célcsoportjait. A pénzbeli ellátások mellé/mögé szervezett szociális szolgáltatás funkciójának betöltésére a jelenlegi ellátórendszerben csak a családsegítés alkalmas a munkatársak felkészültsége, valamint alapvégzettsége miatt.

Direkt nem, csak indirekt került be a törvényi szintű szabályozásba a munkanélküliekkel és az adósságterhekkel küzdő személyekkel végzett szociális munka, illetőleg e csoportok számára nyújtott pénzbeli ellátásokhoz –aktívkorúak ellátásához, adósságkezelési szolgáltatáshoz – kapcsolódó, hatósági döntés előkészítésben és végrehajtásban való közreműködés. Ezek a **„hatósági jellegű” feladatok**, vagy ha úgy tetszik, speciális feladatok, az adott pénzbeli ellátásokra vonatkozó törvényi szintű szabályozásban és végrehajtási rendeletek szintjén utalnak a családsegítésre, illetve adnak feladatot a családsegítő szolgálatoknak.

Az aktív korú tartós munkanélküliek ellátása esetében az együttműködésre kijelölt szerv 2009-ig „elsősorban” a családsegítő szolgálat volt. A munkaügyi ellátások rendszerének legutóbbi újraszabályozása óta, a tartós munkanélkülieknek ismét a Munkaügyi Központokkal kell kapcsolatot tartaniuk, a családsegítő szolgálatok beilleszkedési programjait az aktívkorúak rendszeres segélyét igénybevevő egészségkárosodott, illetve 55 év fölötti ügyfeleknek kell kötelező kapcsolattartás mentén igénybe venniük.

Az adósságkezelési szolgáltatás vonatkozásában a települési önkormányzatnak még ennél is nagyobb a szabadsága, rendeletében meghatározhatja, hogy milyen szervezeti keretek közt működteti a szolgáltatást és az adósságkezelési tanácsadást, és csupán az 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet szakképesítésre vonatkozó előírásai közt jelenik meg bűjtatva, hogy az

adósságkezelési tanácsadói végzettség a családsegítő családgondozói képesítésnek megfelelő alapvégzettséggel, emellett egy speciális képesítéssel látható el.

A családsegítés tartalmát explicit és implicit meghatározó jogszabályi előírásokat és a szolgáltatási gyakorlatot figyelembe véve, a családsegítés jelenleg a **„klasszikus” családsegítés és a speciális, „hatósági jellegű” feladatellátás kettősségével jellemezhető**, de típusát tekintve mindkét szerepkörében általános, holisztikus szemléletű segítő szolgáltatás.

A „klasszikus családsegítés”, a „családgondozás”, a családsegítő szolgálatoknál a felnőttek, de akár a fiatalok esetén az egyén és család mindennapi élete során felmerülő szociális és mentálhigiénés problémák megoldására, megszüntetésére, a szűkebb és tágabb környezetében felmerülő konfliktusok rendezésére, hosszútávon életvezetési képességének megőrzésére irányul. A családsegítő szolgálatok az általános segítő szolgáltatáson („családgondozáson”) túl olyan speciális szolgáltatás elemeket nyújthatnak önállóan, vagy a gondozási folyamat részeként, egyénileg, vagy csoportosan, mely hozzájárulhat az igénybe vevő hosszútávú jóllétéhez és a szociális környezetéhez való jobb alkalmazkodáshoz.

A speciális feladatellátás esetében a családsegítő szolgálat pénzügyi ellátás megállapítása és megszüntetése, megállapított pénzügyi ellátás folyósítási feltételeinek betartása során közreműködő szereplő, amely jogszabályban, illetve helyi rendeletben előírt feladatai okán ellenőrző-felügyelő-javaslattevő és alaptevékenysége okán segítő funkciót tölt be egyidejűleg.

A családsegítő szolgálatok finanszírozása

A családsegítés azon szociális szolgáltatások közé tartozik, amelyet nem érintett a feladatfinanszírozás és továbbra is lakosságszám alapján jár utána a normatív állami támogatás. A normatív támogatás igénylésére a települési önkormányzat jogosult, abban az esetben is, ha ellátási szerződés útján biztosítja a feladatot. A családsegítő és gyermekjóléti szolgáltatás közös pontjait a két szolgáltatás finanszírozása is jelzi.

A 2.000 fő alatti településeken, ahol a családsegítést és a gyermekjóléti szolgáltatást önálló működési engedéllyel biztosítják, a normatív állami támogatás mértéke 250,- Ft/fő szolgáltatásonként, a 2009. és a 2010. évben is. Ez az összeg a 2006-2008 között 500,- Ft volt. Amennyiben az önkormányzat csak egyik szolgáltatást biztosítja, az összeg fele illeti meg.

A 2.000-70.000 fő közötti települések esetében a hozzájárulás (H) a települési önkormányzatot lakosságszáma (L) alapján illeti meg, a következő képlet szerint: $H = (L/5\ 000) \times 3\ 950\ 000\ \text{Ft}$.

A 70.000-110.000 fő közti települések esetében a finanszírozási képlet 2006-2009. években $H = (L/6\ 000) \times 3\ 950\ 000\ \text{Ft}$ volt, a 2010. évben $H = (L/7\ 000) \times 3\ 950\ 000\ \text{Ft}$.

A 110.000 fő feletti települések esetében 2006-2009-ig $H = (L/7\ 000) \times 3\ 950\ 000\ \text{Ft}$ volt a finanszírozási képlet, a támogatás a képlet 2010. évi változásával [$H = (L/8\ 000) \times 3\ 950\ 000\ \text{Ft}$] a támogatás ezeken a településeken is csökkent.

A 2010. évben a szolgáltatásból való forráskivonás 500 millió Ft-ra tehető az előző évihez képest.

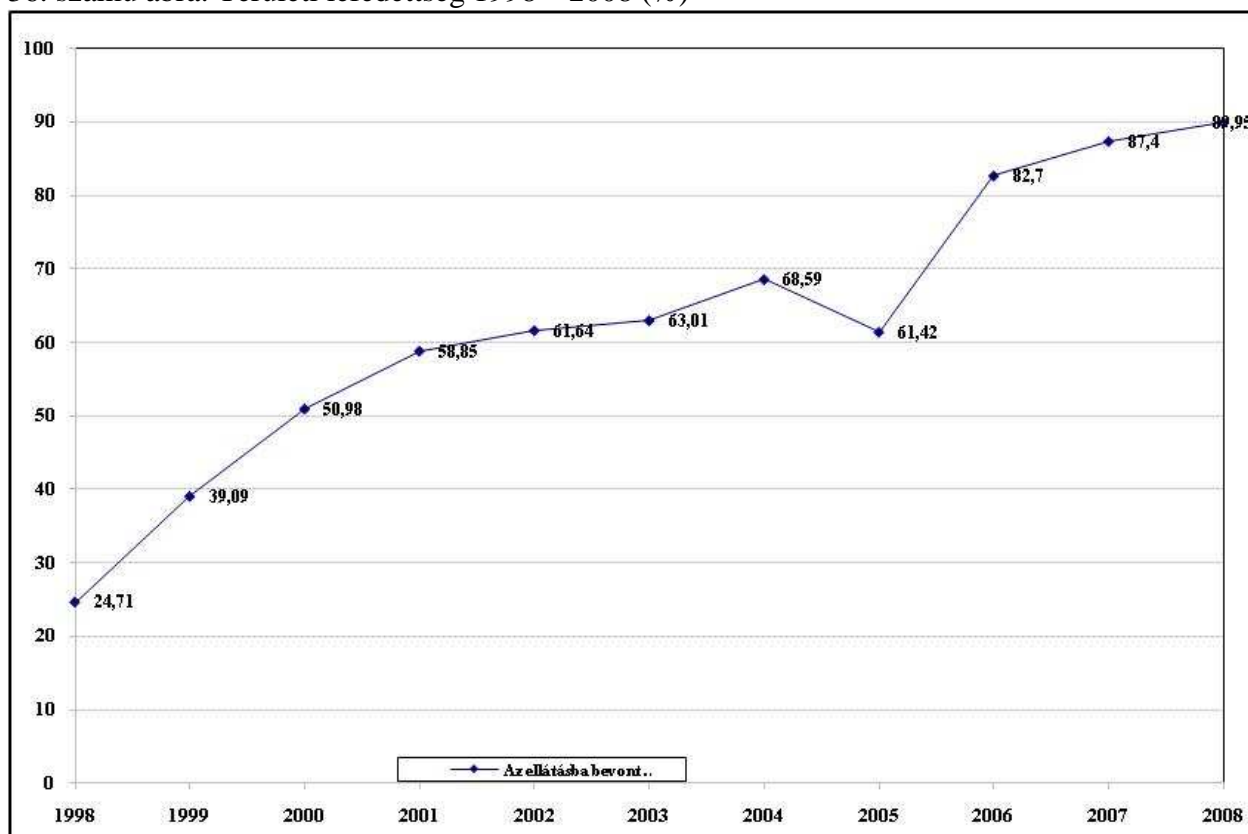
A társulásos feladatellátást a költségvetés 2006. év óta kiegészítő támogatással ösztönzi (normatív kötött felhasználású támogatás). A legmagasabb „célzó” támogatás a többcélú társulásoknak jár. Ennek összege a 2010. évben 320 Ft/fő a családsegítés esetében.

Az intézményfenntartó társulásoknál 300 Ft/fő volt 2009. évben a célzó támogatás, amely a 2010. évben 288 Ft/fő összegre mérséklődött. A támogatás összege az ellátási szerződéssel vagy megállapodás útján biztosított ellátások esetében a legalacsonyabb. Ez a 2006. évi 250,- Ft/fő mértékről 2009-re 100,- Ft/fő mértékűre csökkent, 2010-ben pedig ez a támogatási jogcím megszűnt.

Területi lefedettség

A családsegítő szolgálatok száma 2008. évben 693 volt, tevékenységük 2855 településre terjedt ki. A családsegítéssel való lefedettség, az ellátásba bevont települések aránya közel 90 %-os Magyarországon. Az ellátásba bevont települések száma 1998 óta folyamatosan emelkedett.

36. számú ábra: Területi lefedettség 1998 – 2008 (%)



Forrás: KSH

A családsegítő szolgáltatás által nem ellátott települések száma a regionális módszertani családsegítő szolgálatok 2008 áprilisában tartott felmérése szerint több, mint 10 %-os volt,

2010-re ezek az arányok tovább javultak, és az újabb felmérés szerint mára 313-ra csökkent a szolgáltatás által nem lefedett települések száma.

17. számú ábra: A családsegítő szolgáltatás által nem ellátott települések száma (2010)

Régió	Megye	Családsegítő által nem ellátott települések száma
Nyugat-Dunántúl	Győr-Moson-Sopron	92
	Vas	63
	Zala	1
Közép-Dunántúl	Fejér	23
	Komárom-Esztergom	8
	Veszprém	14
Dél-Dunántúl	Baranya	0
	Somogy	0
	Tolna	1
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	23
	Heves	20
	Nógrád	34
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	0
	Jász-Nagykun-Szolnok	4
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	9
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	14
	Békés	2
	Csongrád	4
Közép-Magyarország	Pest	1
	Budapest	0
Összesen		313
A szolgáltatással le nem fedett települések aránya:		9,85%

Forrás: Regionális módszertani családsegítő szolgálatok felmérése

A szolgáltatást igénybevevők köre

Ma Magyarországon a családsegítést igénybe vevők száma meghaladja a félmilliót. A szolgáltatást igénybe vevők száma a 2000. és a 2003. évet kivéve lineárisan nőtt, 1998 és 2008 között -10 év alatt-, az igénybe vevők száma megduplázódott. A fél milliós igénybe vevői kör a szociális szolgáltatások rendszerében egyedinek mondható.

38. számú ábra: A családsegítő szolgáltatást igénybevevők száma (1998-2009)

Év	a szolgáltatást igénybe vevők száma	A szolgáltatást igénybe vevők számának növekedése az előző évhez képest	A szolgáltatást igénybe vevők számának növekedése 1998. évhez képest
1998	246 426	100,00%	100,00%
1999	286 369	116,21%	116,21%
2000	273 948	95,66%	111,17%
2001	290 357	105,99%	117,83%
2002	310 429	106,91%	125,97%
2003	307 345	99,01%	124,72%
2004	315 024	102,50%	127,84%
2005	330 415	104,89%	134,08%
2006	399 117	120,79%	161,96%
2007	462 141	115,79%	187,54%
2008	508 324	109,99%	206,28%
2009	512 881	100,01%	208,13%

Forrás: KSH

Regionális bontásban a legtöbb igénybe vevőt az Észak-Alföldi, és a Közép-Magyarországi régióban találjuk, míg a legkevesebbet Nyugat-, és Dél-Dunántúlon. A családsegítést igénybe vevők életkor szerint megoszlását tekintve elmondható, hogy az aktív korúak közül kerül ki az igénybevevők 80 %-a.

39. számú ábra: A családsegítő szolgáltatást igénybevevők száma korcsoport szerint, régióként (2009)

Régió	0-6év	7-13év	14-17év	18-34év	35-49év	50-61év	62 év -	Összesen
Közép-Magyarország	1 191	2 160	2 196	19 523	29 672	26 315	11 260	92 317
Közép-Dunántúl	1160	2 097	1 396	10 007	14 739	10 972	6 534	46 905
Nyugat-Dunántúl	422	1 214	2 605	5 470	9 778	6 437	3 516	29 442
Dél-Dunántúl	734	1036	805	9 744	15 672	12 073	5 325	45 389
Észak-Magyarország	1 093	2 213	1 499	23 402	30 619	17 793	7 373	83 992
Észak-Alföld	3 022	7 573	5 033	39 472	48 016	32 241	17 297	152 654
Dél-Alföld	896	2 305	1 576	12 754	21 323	15 412	7 916	62 182
Összesen	8 518	18 598	15 110	120 372	169 819	121 243	59 221	512 881

Forrás: KSH OSAP, TEIR

A gyermekjóléti szolgálat és a családsegítő szolgálat párhuzamosságát igazolja, hogy a családsegítést igénybevevők csaknem fele gyermekes család, tehát a szolgáltatás nem csupán a felnőtt személyeket érinti, hanem a családban élő gyermekeket is. Nagy arányban keresik fel a szolgálatokat az egyszemélyes háztartásban élők, a háztartások elaprózódása és a lakhatási körülmények negatív irányú változása miatt arányuk növekedése várható. Ugyanakkor az 500 ezres igénybevevői kör zöme családok háztartás, így a szolgáltatás több mint 1 millió személyt ér el valamilyen formában.

40. számú ábra: A családsegítő szolgáltatást igénybevevők száma családi összetétel szerint (2009)

Régió	Házastársi vagy élettársi kapcsolatban élők, gyermekkel	Házastársi vagy élettársi kapcsolatban élők, gyermek nélkül	Egy szülő gyermekkel	Egyedül élő	Egyéb	Összesen
Közép-Magyarország	26 647	12 627	17 601	22 173	13 269	92 317
Közép-Dunántúl	16 124	6 439	6 669	12 336	5 337	46 905
Nyugat-Dunántúl	7 897	3 557	4 220	8 196	5 572	29 442
Dél-Dunántúl	13 926	8 191	6 714	11 787	4 771	45 389
Észak-Magyarország	32 737	11 103	11 841	21 857	6 454	83 992
Észak-Alföld	68 899	22 637	16 916	34 605	14 597	152 654
Dél-Alföld	19 551	10 059	9 281	18 173	5 118	62 182
Összesen	180 781	74 613	73 242	129 127	55 118	512 881

Forrás: KSH OSAP, TEIR

A családsegítés igénybe vevői körének gazdasági aktivitását tekintve többségében vannak a munkanélküliek és egyéb inaktív státuszúak:

41. számú ábra: A családsegítő szolgáltatást igénybevevők száma gazdasági aktivitás szerint (2009)

Régió	Aktív kereső	Munka-nélküli	Inaktív kereső összesen	Ebből nyugdíjas	Eltartott összesen	Ebből kiskorú	Összesen
Közép-Magyarország	23 920	28 251	32 472	14 853	7 674	4 970	92 317
Közép-Dunántúl	10 291	12 612	17 451	8 728	6 551	4 610	46 905
Nyugat-Dunántúl	5 569	8 808	10 300	4 965	4 765	3 994	29 442
Dél-Dunántúl	6 555	17 483	17 285	8 121	4 066	2 571	45 389
Észak-Magyarország	8 904	39 425	28 077	10 592	7 586	4 693	83 992
Észak-Alföld	19 183	57 859	55 733	25 372	19 879	15 369	152 654
Dél-Alföld	8 840	22 411	24 552	12 522	6 379	4 538	62 182
Összesen	83 262	186 849	185 870	85 153	56 900	40 745	512 881

Forrás: KSH OSAP, TEIR

Az esetkezelések jellege

Az igénybevevők száma nem azonos az esetkezelésben érintettek számával, mivel egy személy, vagy család többfajta szolgáltatást is igénybe vehet. A családsegítésben érintettek száma- hasonlóan az igénybe vevőkhöz, évről-évre növekvő tendenciát mutat.

Az esetkezelések jellegét vizsgálva látható, hogy a szociális és mentálhigiénés tanácsadás jelenti a szolgáltatás gerincét. Az egyéb tanácsadások aránya alacsony, hiszen ezt speciálisan képzett tanácsadónak kell biztosítani, amire csak a nagyobb szolgálatoknak van lehetőségük.

42. számú ábra: A családsegítő szolgáltatások esetkezelése az esetkezelések jellege szerint (2001-2008)

Év, régió	Szociális, mentális	Pszichológiai	Jogi	Egészségügyi	Összesen	Az esetkezelésben érintettek száma
	esetkezelésben részesültek száma					
2001	589 358	28 328	45 999	15 149	678 834	433 934
2002	666 197	33 716	48 644	14 769	763 326	151 851
2003	461 252	19 007	29 396	17 342	528 003	895 207
2004	524 318	20 913	27 924	11 942	585 097	969 248
2005	582 056	22 687	29 178	11 650	645 571	1 058 924
2006	752 686	23 036	29 549	8 917	814 188	1 470 963
2007	968 202	22 692	28 398	6 450	1 025 742	1 765 239
2008	984 178	21 965	29 143	8 724	1 044 010	1 751 290

Ebből:

Közép-Magyarország	157 226	8 060	11 202	1 645	178 133	321 567
Közép-Dunántúl	72 206	2 322	2 650	1 052	78 230	154 666
Nyugat-Dunántúl	64 217	1 118	533	276	66 144	118 613
Dél-Dunántúl	101 520	2 479	1 701	395	106 095	172 558
Dunántúl	237 943	5 919	4 884	1 723	250 469	445 837
Észak-Magyarország	215 042	2 092	5 212	3 116	225 462	359 466
Észak-Alföld	241 196	2 711	3 686	1 125	248 718	378 295
Dél-Alföld	132 771	3 183	4 159	1 115	141 228	246 125
Alföld és Észak	589 009	7 986	13 057	5 356	615 408	983 886

Forrás: KSH

A hozott problémák megoszlása alapján 2009-ben (a korábbi években leggyakoribb foglalkoztatással kapcsolatos felkeresésekkel szemben) már az anyagi jellegű problémák miatti megkeresések váltak a leggyakoribbá, a növekvő munkanélküliség ellenére. Ez azt mutatja, hogy a megélhetés és a lakásfenntartás költségeinek drasztikus emelkedését egyre nagyobb mértékben képtelenek ellensúlyozni a családok.

Kevésbé jellemző a gyermeknevelési, egészségkárosodással kapcsolatos hozott probléma. Új jelenség, az ügyintézéshez való segítségkérés ugrásszerű növekedése a későbbi időszakban.

A családsegítés tevékenységei közt az adományközvetítés és a különböző szolgáltatások közvetítésének súlya egyre növekvő arányú, 2008-ig. 2009-ben megtorpanás látható, amely részben a szabályozás említett változásával, főként azonban a források beszűkülésével, a válság hatásaival magyarázható.

43. számú ábra: A családsegítő szolgálatok egyéb tevékenységének főbb adatai (2001-2009)

Év, régió	Szolgáltatások közvetítése és nyújtása	Dologi javak közvetítése és nyújtása	Adósság-kezelési tanácsadó szolgáltatás	Aktív korúak rendszeres szociális segélyezéséhez beilleszkedési program szolgáltatás	Ifjúsági információs és tanácsadó szolgáltatás	Mediáció és konfliktus-kezelés
a szolgáltatótevékenységet igénybe vevők száma						
2001	67 773	102 105	–	–	–	–
2002	88 371	117 915	–	–	–	–
2003	90 342	107 264	–	–	–	–
2004	107 586	121 468	21 109	–	9 292	4 580
2005	124 052	131 201	33 510	–	14 179	2 695
2006	153 483	234 611	34 851	–	13 834	4 498
2007	180 060	242 530	31 341	–	16 676	5 860
2008	200 742	317 877	43 234	141 198	6 855	3 546
2009	196 484	221 822	43 613	75 788	4 159	5 104
Ebből:						
Közép-Magyarország	28 864	37 334	15 299	7 212	908	874
Közép-Dunántúl	19 963	17 900	3 914	2 997	112	239
Nyugat-Dunántúl	12 746	12 967	4 403	2 578	1 205	219
Dél-Dunántúl	18 410	16 274	3 871	8 502	9	621
Észak-Magyarország	29 066	38 736	7 024	21 543	623	1 415
Észak-Alföld	54 665	66 748	5 522	22 096	1 005	1 104
Dél-Alföld	32 770	31 863	3 580	10 860	297	632

Forrás: KSH OSAP, TEIR

A családsegítés speciális feladatai

A családsegítés „*hatósági jellegű*” vagy speciális feladataira az adott pénzbeli ellátásokra vonatkozó törvényi szintű szabályozás és a végrehajtási rendeletek utalnak, az együttműködésre kötelezett tartós munkanélküliekkel és az adósságkezelésben résztvevőkkel kapcsolatban.

Aktív korú tartós munkanélküliek

A szabályozás korábban említett változása miatt 2009-re csökkent az *aktív korúak rendszeres szociális segélyezéséhez kapcsolódó programban résztvevők* száma, ugyanakkor a foglalkoztatással, munkanélküliséggel összefüggő problémák miatt továbbra is nagy számban keresik fel az ügyfelek a családsegítő szolgálatokat. Az anyagi jellegű problémákban való segítségkérés után a második legnagyobb problémacsoportot alkotják a foglalkoztatással, munkanélküliséggel kapcsolatos nehézségek.

Az anyagi helyzet romlása, a gazdasági válság egyre szélesebb társadalmi rétegeket érintő hatása a munka nélkül lévőköt sújtja a leginkább. A célcsoport tagjai a legnagyobb arányban ebből a csoportból kerülnek ki.

Az alábbiakban ismertetett, az Állami Foglalkoztatási Szolgálat által közzétett adatok a régiókban jellemző munkaerő-piaci helyzetről nyújtanak tájékoztatást.

44. számú ábra: Nyilvántartott álláskeresők száma és változása 2010 december (fő)

Régió	Nyilvántartott álláskeresők száma	Változás 2009-hez képest
Közép-Magyarország	88 537	6 145
Közép-Dunántúl	57 346	-4 725
Nyugat-Dunántúl	41 650	-5 248
Dél-Dunántúl	70 476	-2 647
Észak-Magyarország	109 208	-5 505
Észak-Alföld	137 454	1 240
Dél-Alföld	86 607	-2 558
Összesen	591 278	-13 298

Forrás: www.afsz.hu

45. számú ábra: A nyilvántartott álláskeresők aránya a gazdaságilag aktív népességhez viszonyítva 2010 december (%)

Régió	Arány %
Közép-Magyarország	6,7
Közép-Dunántúl	11,4
Nyugat-Dunántúl	9,1
Dél-Dunántúl	17,5
Észak-Magyarország	21,5
Észak-alföld	22,1
Dél-alföld	15,5
Összesen	13,5

Forrás: www.afsz.hu

46. számú ábra: A tartósan (több mint 1 éve) nyilvántartott álláskeresők átlagos száma és aránya az összes regisztrált között 2009 (fő)

Régió	Tartós munkanélküliek száma (fő)	Aránya (%)
Közép-Magyarország	10 076	14,4
Közép-Dunántúl	9 171	15,9
Nyugat-Dunántúl	7 127	15,9
Dél-Dunántúl	20 268	29,06
Észak-Magyarország	35 955	33,3
Észak-alföld	41 547	32,5
Dél-alföld	21 114	25,6
Összesen:	145 258	25,9

Forrás: www.afsz.hu

47. számú ábra: Rendszeres szociális segélyben és rendelkezési állási támogatásban részesülők átlagos száma 2009 (fő)

Régió	Segélyben, támogatásban részesülők száma
Közép-Magyarország	9 280
Közép-Dunántúl	8 581
Nyugat-Dunántúl	6 908
Dél-Dunántúl	23 655
Észak-Magyarország	42 073
Észak-alföld	45 284
Dél-alföld	20 176
Összesen:	155 956

Forrás: www.afsz.hu

A munkának központi szerepe van az ember életében, a munkából szerzett jövedelem biztosítja a létfenntartáshoz, a társadalmi élethez szükséges javakat, ugyanakkor a munkanélkülivé válás nem csupán egzisztenciális kérdés. A munkahely elvesztése szinte törvényszerűen együtt jár az emberi kapcsolatok beszűkülésével, a közösségi tevékenységektől való tartózkodással, a társadalmi státus megrendülésével, a családi szerepek, kapcsolatok átrendeződésével. A munkanélkülivé válás súlyos veszteséget jelent, mely megbetegít(het) és különböző deviáns magatartási formák kialakulásának, elhatalmasodásának előzménye lehet (mentális betegségek, szenvedélybetegségek, stb.). Így a munkaerő-piaci helyzetből adódó problémák egy jelentős része a szociális ellátórendszerre terhelődik. A munkaerő-piacra be, ill. visszalépni nem tudók végső soron a szociális ellátások alanyaivá válnak. (Pénzbeli ellátások és személyes szociális szolgáltatások/elsősorban családsegítés.)⁷²

A **beilleszkedést segítő programok** támogató, képességfejlesztő és kontroll elemeket egyaránt tartalmaznak. A munkaerőpiacra való visszavezetésen túl céljuk a tartós munkanélküliség ártalmainak lehetséges csökkentése is.

A családsegítők által szervezett beilleszkedési programnál a személyes kapcsolatra épülő szociális esetkezelés dominál (hacsak a rendkívül magas esetszám miatt nem lehetetlenül el teljesen). Azoknál az inaktív igénybevevőknél, akik régóta távol vannak a munkaerőpiactól és szociális-mentális állapotuk miatt csak az intenzív kapcsolat és személyes odafigyelés bázisáról lehet elindulni az aktivizálás, illetve a társadalmi integráció irányába, fontos a helyben, vagy „könnyen” elérhető segítő kapcsolat biztosítása. De a továbblépéshez, illetve a munkavállaláshoz fizikailag és mentálisan is közel lévő ügyfelek munkaerő-piaci reintegrációjához már a legtöbb esetben hiányoznak azok a „speciális” szolgáltatási kondíciók (munkaerő-piaci ismeretek, technikai tudás, foglalkoztatási kapcsolati rendszer), amelyek nélkül nem várható elmozdulás az ügyfeleknél az inaktivitás irányából az elhelyezkedés felé. A regionális módszertani családsegítő központok adatgyűjtése szerint a városi, nagyobb intézményekben a családsegítők próbálják kiépíteni saját maguk azokat a munkaerő-piaci szolgáltatásaikat, amelyeket ezen ügyfelekkel kapcsolatban hiába várnának a munkaügyi

⁷²

kirendeltségektől (munkatanácsadás, a munkavállalást akadályozó nehézségek feltárása és kiküszöbölése érdekében, pálya-, és álláskeresési tanácsadás, ú.n. Álláskereső Klubok).

A családsegítő szolgálatok igen eltérő személyi, tárgyi kondíciókkal rendelkeznek és az ügyfélforgalmuk is különböző. Az intézményeknél sok esetben a helyiség gondok, az infrastruktúra hiánya is akadályozza e szolgáltatások folyamatos biztosítását.⁷³

Adósságkezelés

Az adósságkezelési szolgáltatás utólagosan nyújt segítséget azoknak, akik lakásfenntartási kiadásaikkal (közüzemi díjak, lakbér, közös költség, lakáshitel) kapcsolatban már hátralékosak váltak. A -jellemzően családsegítő szolgálatoknál- működő szolgáltatás keretében háromelemű segítségnyújtás valósul meg, összekapcsolódik a természetbeni ellátás és a szolgáltatás:

Adósságcsökkentési támogatás a tartozás visszafizetéséhez -kötelező önrészfizetés mellett- biztosított, a hitelező részére folyósítandó pénzbeli juttatás (összege legfeljebb 300 ezer Ft., illetve -lakáshitelek esetén- 600 ezer Ft.); Az adósságcsökkentési támogatás ideje alatt folyósított **lakásfenntartási támogatás** annak érdekében, hogy a hátralékok törlesztése mellett az ügyfél képes legyen a folyó lakáskiadásai fedezésére is;

Adósságkezelési tanácsadás a helyes gazdálkodás kialakításához, a támogatás megfelelő felhasználáshoz, illetve a prevenció érdekében.

Az adósnak kötelezően együtt kell működnie az adósságkezelési tanácsadó szakemberrel. Az adósságkezelés csak két feltétel -a fizetési készség és képesség- együttes megléte esetén alkalmazható. Az ellátást a települési önkormányzatok folyósítják.

2006-tól az adósságkezelési szolgáltatás biztosítása a negyvenezer fő feletti lélekszámú településeken és a fővárosi kerületekben kötelező feladattá vált.

2007-től az elérés bővítésének ösztönzésére a szociális tárca központi programot indított az adósságkezelési szolgáltatás újonnan történő beindításának, illetve a már működő szolgáltatás új településekre való kiterjesztésének érdekében. A regionális módszertani családsegítő központok javaslatai alapján összesen 20 együttműködéssel (társulással) kötött a tárca támogatási szerződést, összesen mintegy 30 millió Ft összegben.

48. számú ábra: Az adósságcsökkentési támogatásfőbb adatai 2003-2009

Év	A támogatásban részesített személyek száma	Felhasznált összeg, ezer Ft	Egy főre jutó átlagos összeg, Ft	Elutasított személyek száma
2003	2 626	121 905	46 422	550
2004	8 380	636 710	75 980	932
2005	8 648	621 303	71 844	688
2006	8 640	807 050	93 409	935
2007	8 649	757 144	87 541	857

⁷³

Mecsei-Pacsuráné-Szabó-Zomboriné: Segélyezettek beilleszkedési programja, irányelv, 2007.

http://szocialis-gondozo.lapunk.hu/tarhely/szocialis-gondozo/dokumentumok/standardprotokoll/sbp_rev.doc

2008	10 440	911 373	87 296	960
2009*	13 603	1 159 839	85 264	..

*KSH előzetes, még nem publikált adatai

Az adósságkezelésnek a szociális ellátások közé való beemelése fontos lépés volt, de a támogatás így is csak korlátozottan képes hozzájárulni a hátralekös háztartások egyensúlyba kerüléséhez. Ennek oka egyfelől a lakásfenntartási költségek háztartási jövedelmeket jóval meghaladó mértékű növekedése, másfelől a támogatás elérhetőségének területi egyenlőtlenségei, valamint szabályozásának bonyolultsága.

49. számú ábra: Támogatottak száma és a támogatás egy főre jutó átlagos összege 2003-2009

Év	Egy alkalommal támogatottak		Havonta támogatottak			
	száma	egy főre jutó átlagos összege, Ft	száma	egy főre jutó átlagos összege, Ft	Támogatási esetek száma	egy főre jutó havi átlagos összege, Ft
2003	684	81 231	1 945	34 110	9 209	7 204
2004	2 668	94 098	6 104	104 310	51 767	12 300
2005	1 794	90 017	6 889	66 746	47 658	9 648
2006	2 671	97 361	5 969	91 640	42 277	12 938
2007	2 463	85 877	6 186	88 204	44 382	12 294
2008	2 840	94 610	7 600	84 563	57 945	11 091
2009	4 366	80 287	9 237	87 615

Forrás: KSH, Szociális Statisztikai Évkönyvek, illetve OSAP (1206)

Az OSAP adatok alapján a támogatás eloszlásának megyék szerinti összehasonlítását vizsgálva látható, hogy a támogatottak számát tekintve 5-10-szeres, de akár százszoros különbségek is lehetnek az egyes megyékben élők között a támogatáshoz való hozzáférést tekintve. A legalacsonyabb az igénybevevők száma Veszprém-, Somogy-, és Heves megyékben, a legmagasabb pedig Borsod-Abaúj-Zemplén megyében és Budapesten. A támogatás egy főre jutó átlagos összegében is 2-4-szeres különbségek vannak a területi egységtől függően.

Ennél lényegesen szembetűnőbb a különböző népességnagyságú településtípusokon élők hozzáférési arányának különbözősége. Míg a támogatottak között a 10 ezer fő alatti népességszámú településeken élők aránya elenyésző (0,16-2,98 %), addig a 40 ezer fő fölötti településen élők aránya 40 % körüli, a fővárosban élők aránya pedig 28-30 % körüli a támogatottak körében.

A támogatás a nagyobb adósságokat nem tudja kezelni, a szigorú -jövedelmi és egyéb jogosultsági- feltételek miatt az adósok egy részét (köztük rászorultakat), nem képes beengedni a rendszerbe, az igazán alacsony jövedelmű rétegeknél pedig folyamatosan újabb adósságok halmozódnak fel, így jelenleg korlátozott körben, a nem túl hatékony lakásfenntartási támogatás hiányosságait kezeli az adósságcsökkentési támogatás. (Az adósságcsökkentési támogatás havi támogatási formában történő odaítélése esetén, a támogatás egy főre jutó havi átlagos összege 2008-ban 11.000,- Ft. volt, míg a lakásfenntartási támogatásé kb. 4.200,- Ft.)

A jelenleg működő lakástámogatási- és adósságkezelési rendszer diszfunkcióit is mutatja, hogy a szociális tárca 2003 decemberében és 2009 júniusában végzett felmérése alapján a két

időszak között jelentősen **nőtt a hátralékos fogyasztók száma és aránya is**: az áramhátralékosok 66%-kal vannak többen, mint 2003-ban, a gáztartozással rendelkezők száma pedig majdnem hétszeresére emelkedett. Összességében a vizsgált időszak alatt **a lakossági eladósodottság jelentős mértékben nőtt**, amelyet az éppen 2003-ban bevezetett **adósságkezelési szolgáltatás sem tudott megfékezni**.

Az adósságkezelési rendszer csak a lakásfenntartási támogatási rendszerrel összefüggésben érhet el tényleges hatást, tehát a két fajta támogatás erősebb összehangolására van szükség, egy olyan rendszer kialakítására, melyben az adósságok kialakulását egy hatékony lakásfenntartási támogatás előzi meg.

Az adósságcsökkentési támogatás átalakításához szakmai konszenzus kialakítása szükséges, azonban már rövid távon is ki kellene terjeszteni az ellátást a 6 havinál rövidebb hátralékokra, és a 40 ezernél kisebb népességszámú településekre, a speciális képesítéssel rendelkező adósságkezelési tanácsadókra vonatkozó előírások azonnali eltörlésével, hogy ezeken a településeken is hozzá lehessen jutni a támogatáshoz.

A szolgáltatás hatékonyságát mérő indikátorok

Az esetnaplóból, a munka-, és a lezárás értékeléséből, esetmegbeszélő foglalkozásokon elhangzottakból (szakmai önértékelés), a személyes visszajelzésekéből, statisztikai adatokból, a jelzőrendszeri tagok visszajelzéseiből, kérdőíves felmérésekből, a kliensek visszajelzéseiből következtetnek a szolgáltatás hatékonyságára az intézmények. Adósságkezelési szolgáltatás és a rendszeres szociális segélyezett kliensek gondozása esetén a kimenetel mérése egyszerűbb (sikeres adósságrendezések száma, elhelyezkedett kliensek száma). A családsegítő szolgálatok többsége beszámolóikban értékeli a szolgáltatás kimenetelére vonatkozó adatokat, tapasztalatokat.

A családsegítést nyújtó intézmények tárgyi feltételei

A szervezeti forma és működési feltételek közt szoros kapcsolat van. Amíg a szociális alapszolgáltatáshoz és gyermekjóléti szolgáltatáshoz integrált formák esetében az elsődleges ellátási terület szerinti, a nappali ellátást magába foglaló intézmény esetében a telephely szerint illetékes városi jegyző a működési engedélyező szerv, addig bentlakásos szociális és gyermekvédelmi ellátásokhoz integrált családsegítés esetében az intézmény telephelye szerint illetékes szociális és gyámhivatal. A családsegítő szolgálatok tárgyi, személyi feltételei attól is függenek, hogy az engedélyező hatóság milyen szakmai felkészültséggel végezte munkáját. 2005-2006 folyamán számos integrált intézményt hoztak létre a települési önkormányzatok és azok társulásai. A működési engedélyek kiadását többször rövid határidővel kellett intézni, illetve „ellátási érdekből” kellett határozott idejű működési engedélyt kiadni.

Az integrált intézmények többsége a gondozási központok és idősek klubjainak átalakításával jött létre. Ezek az intézmények többnyire nem szociális ellátás céljára épített ingatlanokban kaptak helyet, és sosem lesznek megfeleltethetők a jogszabályban meghatározott minimumkövetelményeknek. Ennek ellenére több „új” intézmény határozatlan idejű működési engedéllyel rendelkezik.

A városi jegyzők által engedélyezett szolgálatok esetében több hiányosságot tártak fel az azóta végzett szakmai és hatósági ellenőrzések, míg a szociális és gyámhivatalok által

engedélyezett szolgáltatások esetében a kemény feltételek (szakmai létszám, tárgyi feltételek, helyiségek, akadálymentesítés) általában biztosítottak.

A családsegítő szolgálatok tárgyi feltételei az elmúlt években alig változtak. Kis értékű tárgyi eszköz beszerzések történtek, főként pályázati forrásból. Az intézmények működtetéséhez szükséges minimális feltételek biztosítását tekintve lényeges változás nem történt. Kivételt képez ez alól néhány integrált intézmény, ahol a fenntartó az ismételt működési engedélyeztetési eljárás miatt kénytelen volt legalább az akadálymentesítést megoldani.

A családsegítő szolgálatok tárgyi feltételeinek fejlesztését illetően a gazdaságossági szempontok önmagukban afelé irányítják a fenntartókat, hogy a szolgáltatást más közszolgáltatásokkal közös épületben (egyéb szociális-, gyermekjóléti- egészségügyi alapellátás, munkaerő-piaci szolgáltatás) helyezték el. Fontos és megkerülhetetlen elv ugyanakkor, hogy ezek a szolgáltatások a szakmai specializáció mentén önállóan működhessenek. Ennek feltételeit a minimum sztenderdek kialakítása mentén is biztosítani szükséges.

Ez a fajta intézményi működés gazdasági és célszerűségi okok miatt mára több helyen megvalósult.

Az ilyen módon kötött infrastruktúrát települési szinten nem, csak mikrotérségi, vagy kistérségi szinten indokolt fejleszteni. Mikro térségi szinten ott, ahol a kistérség heterogén, településszáma magas, és az elérhetőség feltételei kedvezőtlenek. Kistérségi szinten abban az esetben, ha a kistérség homogén, kevés településből áll, az elérhetőségi feltételek kedvezőek, továbbá abban az esetben, ha a kistérség szakmai központként is tud funkcionálni.

A társulások gesztortelepülésein működő szolgálatok esetében az elérhetőség és a települési önkormányzatok hivatalaitól való függés jelenti a legnagyobb problémát. Gondot jelent az igénybevevők elérhetősége és a szolgálat telephelyeinek, nyitva álló helyiségeinek elérhetősége. Gépkocsi, egyterű, szállítási célokra is alkalmas gépjármű, helyenként terepjáró beszerzése növelné a családgondozók mobilitását.

50. számú ábra: A családsegítő szolgáltatás tárgyi feltételei 2007

Terület	nem kizárólagos használatú helyiségek	Kizárólagosan használt helyiségek							
		helyiségek összesen	intejú szoba	közösségi helyiség	váró-helyiség	dolgozói szoba	raktár	egyéb	több-funkciós
Dél-Alföld	402	351	65	22	56	121	31	39	17
Dél-Dunántúl	478	280	69	25	48	97	12	15	14
Észak-Alföld	649	464	89	25	74	179	34	26	37
Észak-Magyarország	385	412	66	38	59	129	22	64	34
Közép-Dunántúl	284	268	49	30	42	91	21	22	13
Közép-Magyarország	461	581	138	56	55	181	41	75	35
Nyugat-Dunántúl	372	239	51	17	25	83	24	30	9
Összesen	3031	2595	527	213	359	881	185	271	159

51. számú ábra: Kizárólagosan használt eszközök

Terület	Kizárólagosan használt eszközök				
	Fax készülékek száma/családsegítő egység	számítógépek száma/egység	internet-hozzáférés aránya	egy szolgálatra jutó szolgálati jármű	Egy szolgálatra jutó gépkocsi
Dél-Alföld	0,80	1,10	55,15%	0,73	0,037
Dél-Dunántúl	1,21	1,74	83,56%	0,42	0,068
Észak-Alföld	0,88	1,31	57,87%	0,66	0,017
Észak-Magyarország	1,29	1,81	92,31%	0,50	0,051
Közép-Dunántúl	1,37	1,58	79,45%	0,58	0,137
Közép-Magyarország	3,24	3,74	*174,19%	0,28	0,054
Nyugat-Dunántúl	2,70	3,04	*140,00%	1,00	0,08
Összesen	1,64	2,05	98,00%	0,59	0,06

*egy-egy szolgáltató több internet-előfizetéssel rendelkezik. Forrás: Regionális módszertani családsegítő szolgálatok

A családsegítő szolgálatok mindennapi munkájához szükséges a számítógép, a megfelelő szoftverek, a szélessávú internet-hozzáférés, valamint az alapvető irodai eszközök (telefon, fénymásoló, fax, nyomtató, stb.). A munkához szinte nélkülözhetetlen lenne a mobiltelefon.

A legnagyobb hiányosságok az informatikai háttér esetében tapasztalhatók. Társulások feladatellátás esetében a családgondozók számára biztosított laptop és mobil internet-hozzáférés segítené leginkább a munkájukat. Az ügyintézésekre fordított idő jelentősen lerövidülne, valamint függetleníthetné magát a szociális szolgáltatást nyújtó a polgármesteri hivatal infrastruktúrájától, ezáltal csökkenne a kiszolgáltatottság.

A csoportmunkához, valamint a szakdolgozók képzéséhez szükség lenne szemléltetőeszközökre, könyvekre, projektorra, videokamerára, dvd-lejátszóra.

A családsegítő szolgáltatás tárgyi feltételeire vonatkozóan 2007. évi adatok állnak rendelkezésre. Az adatokból látható, hogy önálló, kizárólagos használatú helyiségek és egyéb tárgyi eszközök csak a családsegítő szolgálatok felénél állnak rendelkezésre.

A gazdasági racionalitás és a szakmai szempontok konfliktusa nem csak vidéken, de a fejlett Közép-Magyarországi régióban is jellemző, bár jóval kisebb mértékben, hiszen itt a legtöbb az önálló szervezeti formában működő családsegítő szolgálat.

A családsegítő szolgálatok személyi feltételei

A családsegítésben dolgozók száma 1998. óta **41%-kal emelkedett, miközben több mint duplájára emelkedett az általuk ellátott igénybevevők száma**. Az egy szervezeti egységre jutó családgondozók száma átlagosan 4 fő körül alakul.

52. számú ábra: A családsegítő szolgálatoknál szakmai tevékenységet végzők számának alakulása 1998 – 2009

Év	szervezeti egységek száma	foglalkoztatottak száma	Foglalkoztatottak számának változása az előző évhez képest	Foglalkoztatottak számának változása 1998. évhez képest	egy szervezeti egységre jutó foglalkoztatottak száma
1998	462	2 142	100,00%	100,00%	4,6
1999	558	2 294	107,10%	107,10%	4,1
2000	660	2 291	99,87%	106,96%	3,5
2001	766	2 820	123,09%	131,65%	3,7
2002	805	2 455	87,06%	114,61%	3
2003	776	2 851	116,13%	133,10%	3,7
2004	813	2 521	88,43%	117,69%	3,1
2005	825	2 555	101,35%	119,28%	3,1
2006	738	2 844	111,31%	132,77%	3,9
2007	720	3 064	107,74%	143,04%	4,3
2008	693	3 035	99,05%	141,69%	4,4
2009	715	3 013	99,27%	140,66%	4,21

Forrás: KSH OSAP, TEIR (a 2005-re vonatkozó adatok becslésen alapulnak)

A városokban és a társulások formában működő, önálló intézményként, vagy intézmény mellett integráltan működő családsegítő szolgálatok gesztortelepülésein szignifikánsan magasabb a szakképzett családgyógyozók aránya, országos átlagban a családgyógyozók 80%-a felsőfokú végzettséggel rendelkezik, illetve szakképzettnek minősült a munkába állás időpontjában. A kisebb községekben alacsonyabb a szakképzett családgyógyozók aránya. Ennek oka feltételezhetően a diplomások körében zajló migrációs folyamat, másrészt pedig, a kedvezőtlenebb juttatási és előmeneteli rendszer, valamint a rosszabb munkakörülmények.

A továbbképzési kötelezettség teljesítése általános problémát jelent. A továbbképzési normatíva összege a továbbképzésen való részvétel költségét nem fedezi, a továbbképzés idejére történő helyettesítést pedig nem minden esetben tudják megszervezni a szolgálatok. A szociális szakmai továbbképzések mellett egyéb továbbképzésekre is szükség lenne (pl. informatikai képzés, pénzügyi, jogi ismeretek oktatása, stb.).

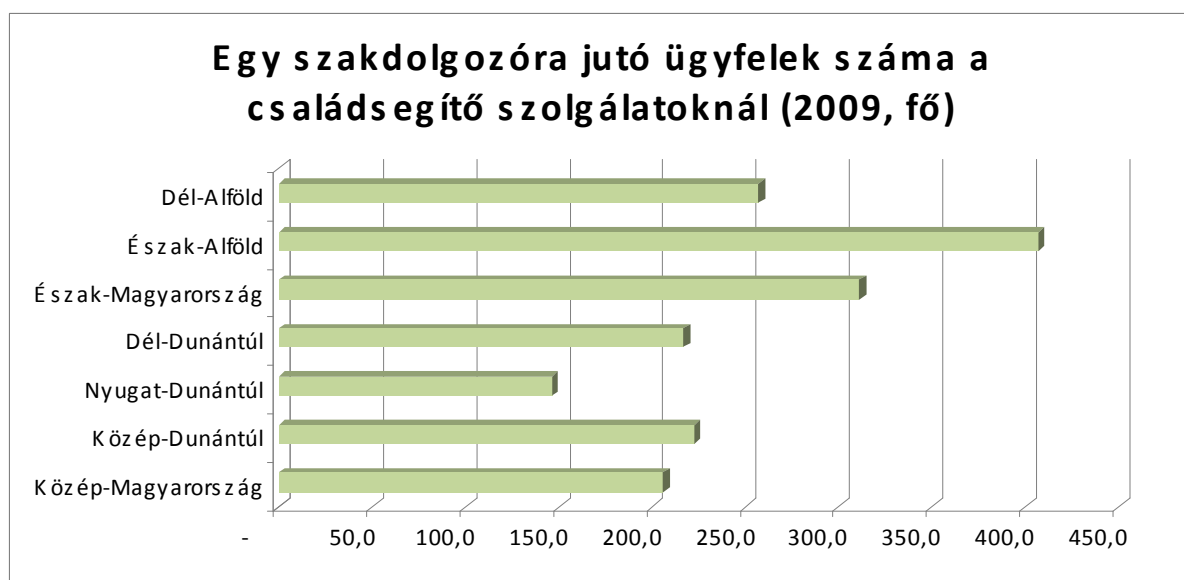
Fontos megjegyezni, hogy a kisebb településeken, községekben a családsegítő szolgálatok munkatársai látják el az önkormányzatok szakmai fenntartói feladatait is (intézményi dokumentációk elkészítése, testületi döntések előkészítése, helyi rendelet tervezetének elkészítése), mivel a polgármesteri hivatalok, körjegyzőségek, de sok esetben még a kisvárosok polgármesteri hivatalai sem alkalmaznak felsőfokú szociális alapvégzettséggel rendelkező ügyintézőt (de még csak külön a szociális területért felelős ügyintézőt sem), ezért a települések ezeket a feladatokat több esetben a családgyógyozókhoz, illetve a szolgálatvezetőkhez delegálják.

53. számú ábra: A családsegítő szolgáltatások személyi feltételei 2008

Területi egység, népességnagyság	A családsegítő egységek száma	A családsegítő szakmai tevékenységet végzők száma			Egy családsegítőre jutó szakdolgozók	A szolgáltatást igénybe vevők	Egy szakdolgozóra jutó igénybevevők	
		összesen	ebből					száma
			felsőfokú szakirányú végzettségű	középfokú szakirányú végzettségű				
Budapest	33	433	330	59	12	52 121	134	
Pest	65	278	191	34	3	32 127	143	
Közép- Magyarország	98	711	521	93	6	84 248	137	
Fejér	28	102	79	10	3	19 141	215	
Komárom-Esztergom	16	93	76	7	5	8 406	101	
Veszprém	27	88	73	4	3	11 935	155	
Közép-Dunántúl	71	283	228	21	4	39 482	159	
Győr-Moson-Sopron	17	84	72	4	4	13 692	180	
Vas	18	73	58	4	3	5 634	91	
Zala	15	78	54	13	4	6 346	95	
Nyugat-Dunántúl	50	235	184	21	4	25 672	125	
Baranya	23	102	68	14	4	18 846	230	
Somogy	33	120	76	16	3	19 932	217	
Tolna	16	62	53	4	4	10 515	184	
Dél-Dunántúl	72	284	197	34	3	49 293	213	
Dunántúl	193	802	609	76	4	114 447	167	
Borsod-Abaúj- Zemplén	55	236	146	26	3	73 456	427	
Heves	29	81	54	6	2	17 001	283	
Nógrád	29	70	42	7	2	6 280	128	
Észak- Magyarország	113	387	242	39	2	96 737	344	
Hajdú-Bihar	64	194	138	20	2	70 530	446	
Jász-Nagykun- Szolnok	58	118	82	12	2	31 945	340	
Szabolcs-Szatmár- Bereg	59	164	121	16	2	53 452	390	
Észak-Alföld	181	476	341	48	2	155 927	401	
Bács-Kiskun	43	128	78	9	2	20 750	239	
Békés	46	118	78	14	2	20 599	224	
Csongrád	19	93	73	3	4	15 616	205	
Dél-Alföld	108	339	229	26	2	56 965	223	
Alföld és Észak	402	1 202	812	113	2	309 629	335	
Ország összesen	693	2 715	1 942	282	3	508 324	229	
Ebből:								
-499	30	31	16	1	1	1 485	87	
500- 999	41	67	32	5	1	6 052	164	
1 000- 1 999	105	169	98	18	1	22 344	193	
2 000- 4 999	201	438	289	52	2	91 924	270	
5 000- 9 999	116	389	250	34	2	88 111	310	
10 000-19 999	81	427	314	40	4	105 075	297	
20 000-49 999	42	349	282	29	7	70 205	226	
50 000-99 999	17	174	142	17	9	26 795	169	
100 000-x	27	238	189	27	8	44 212	205	

A személyi feltételeket vizsgálva elmondható, hogy 2009-re a szakdolgozók leterheltsége tovább nőtt, 262-re emelkedett országos átlagban a szakmai tevékenységet végzőkre jutó ügyfélszám. Ez a tény rámutat arra, hogy egyre erőteljesebben lehetetlenül el a klasszikus családsegítés, a mély, színvonalas, személyes kapcsolatra épülő szociális esetkezelés.

51. számú ábra: Az egy szakdolgozóra eső ügyfélszám, régiók szerint 2009 (fő)



Forrás: KSH OSAP, TEIR

A foglalkoztatási jogviszonyt, a szakdolgozói létszám munkakör szerinti megoszlását vizsgálva elmondható, hogy a szakdolgozók -a tanácsadói munkaköröket kivéve- a családsegítésben elsődlegesen főállásban, teljes munkaidőben és az önkormányzati fenntartás dominanciája által meghatározottan, közalkalmazotti jogviszonyban látják el. A tanácsadói munkaköröknél a részmunkaidős, megbízással, egyéb szerződéses jogviszony a jellemző. Főállású tanácsadók alkalmazása a nagyobb városokban működő családsegítő szolgálatoknál elterjedt. A tanácsadói munkakörök esetében a jogász és a pszichológus tanácsadó alkalmazása gyakoribb, orvos alkalmazása szinte jelentéktelennek mondható.

A családsegítő szolgálatok családgondozói ritkán rendelkeznek speciális, társágzatokban is elfogadott képzettséggel (pl. munkaerő-piaci tanácsadó, pszichológus stb.). A díjhátralékosokkal való együttműködés, illetve az adósságkezeléshez kötődő prevenciós tevékenység esetében szükség lenne pénzügyi ismeretekkel rendelkező munkatársakra. Javasolt lenne erősíteni a segélyezettek és a díjhátralékosok számára nyújtott korrekciós, és ugyanolyan súllyal a prevenciós célú szolgáltatásokat.

A tevékenységi kört bővíteni kellene a munkára nem kész segélyezettek és családjuk számára szociális gazdaság típusú programok keretében szervezett személyi szolgáltatások biztosításával.

Az elvárások és a leterheltség növekedése mellett a szolgálatok bérviszonyairól pontos kimutatások nem ismertek, az azonban biztonsággal megállapítható, hogy a reáljövedelmek nagyarányú értékvesztést szenvedtek el, és a béren kívüli juttatások (étkezési utalvány,

üdülési csekk), illetve a munkakörhöz kapcsolódó hozzájárulások (utazási költségtérítés, ruhapénz) nagyrészt megszűntek az elmúlt évek során.

A szakdolgozók helyzetét jól illusztrálják a Kormányprogram erre vonatkozó megállapításai: „(...) *ma a szociális és gyermekvédelmi, gyermekjóléti területen dolgozók megbecsültsége a leggyengébb: társadalmi megítélésük és jövedelmi helyzetük sokszor még alacsonyabb, mint a rájuk bízott, ápolást és gondozást igénylő, segítségben részesülő rászorultaké. Az ágazat bérezése alulmúlja még az egészségügyben dolgozókéét is. (...) Az elmúlt nyolc év kormányzása mostohán bánt velük: csökkenő támogatás mellett egyre nehezebb helyzetbe hozta az intézményeket, a szolgálatokat ellátókat. Ráadásul a szabályozók és ellenőrzések olyan dzsungelét fonta köréjük, amelyben évek óta szinte levegőhöz sem jutnak. A jövő szociális biztonságának mértéke és minősége rajtuk is múlik, munkájuk becsületét haladéktalanul vissza kell adni.*”⁷⁴

A Módszertani Családsegítő Szolgálatok Országos Munkacsoportja által a családsegítő szolgálatokról készített országos helyzetképének személyi és tárgyi feltételekre vonatkozó számú ábraa (ld. 2. sz. Melléklet) kellően alátámasztja a fent írtakat.

A szolgáltatás rendszerfüggősége

A magyar önkormányzati rendszer alappillérei a települési önkormányzatok. Közigazgatási, közszolgáltatás-szervezési tevékenységük relatív önállósága nem jelenti azonban az elszigeteltséget. A súlyponti (körzetközponti) település és annak természetes vonzáskörzetében lévő települési önkormányzatok (mikrotérség) közt sokoldalú együttműködés alakulhat ki. A kistérségi és mikrotérségi szinten, illetve az integrált formában történő szolgáltatásszervezést a költségvetési törvényben meghatározott normatív finanszírozási szabályok ösztönzik, a feladatokat és hatásköröket telepítő *Ötv.* és *Szt.* viszont gátolja.

A társulásos formában történő feladatellátás során az egyik leggyakoribb probléma a költségvetési intézmények fenntartásával kapcsolatos döntésekhez kapcsolódik, a többcélú társulásoknak ugyanis nincsenek olyan jogosítványai, mint egy helyi önkormányzatnak. Ez a fenntartói feladatok ellátását többször nehezíti, a szervezet alkalmazkodóképességét rontja. A többcélú társulások a társulási megállapodásban rögzítik a társulásban történő feladatok ellátására vonatkozó szabályokat, emellett azonban minden egyes települési önkormányzatnak külön helyi rendeletben kell szabályozni az adott szolgáltatás biztosításának és igénybevételeinek feltételeit. A szolgáltatásokkal kapcsolatos döntések képviselőtestületi hatáskörök (illetve átruházott bizottsági hatáskör), tehát minden egyes döntéshez testületi ülés összehívása szükséges. Ez rugalmatlanná teszi az intézmények működését, nem egy esetben a pályázati tevékenységet akadályozza.

A kistérségi szinten történő szolgáltatásszervezés eredményességét jelentősen befolyásolja a társulást alkotó települések homogenitása, mert így lehet leginkább közelíteni a szükségleteket és a lehetőségeket. Amennyiben magas településszámú, heterogén települések alkotnak egy többcélú társulást, akkor előnyösebb a mikrokörzeti szintre történő szolgáltatásszervezés (természetesen a településszerkezet, az intézménnyel való ellátottság illetve a közlekedési hálózat is szükségessé teheti azt, hogy a kistérségnél alacsonyabb térszerveződési szinten történjék a feladatok ellátása.)

⁷⁴ A Nemzeti Együttműködés Programja, 2010., 63. old.,
<http://www.parlament.hu/irom39/00047/00047.pdf>

A közszolgáltatások közös megszervezése az önkormányzatok autonóm döntésén alapul. Minél magasabb a társulásban részt vevő önálló egységek száma, annál valószínűbb, hogy érdekeik szerteágazóak, illetve egyéni érdekeik eltérnek a közösség érdekétől.

A rendszerváltás óta eltelt 19 év sem volt arra elegendő, hogy a települések együttműködései pareto-hatékony állapotba kerüljenek: a nagyobb, központi fekvésű települések a társulások feladatellátás nyertesei, míg a kisebb önkormányzatok kényszernek érzik a társulásban való részvételt, több esetben saját intézményeik megszüntetését is kénytelen felvállalni. Vállalva ezzel az amúgy is kevés helyi munkahely megszüntetését, s ennek politikai hatásait (kistelepülésen többet ér egy szavazat). A kistelepülések több esetben még akkor sem szerveznek ki adott szolgáltatásokat, ha nyilvánvalóan gazdaságosabb megoldás lenne az outsourcing. Amennyiben magas egy kistelepülésen az álláskeresők száma, akkor a még önállóan működtetett intézmények csapdahelyzetet teremthetnek, ha csak a foglalkoztatottak számát látják a fenntartás egyetlen indokának.

Presztízharc folyik a társulási gesztorságért, mert az önkormányzatok sok esetben egyenlőnek tekintik a központi szolgáltató szerepkört az önállósággal. Mondhatjuk azt is, hogy a gesztortelepüléseknek magasabb a szabadságfoka, továbbá azon túl, hogy a társulások formában szervezet közszolgáltatás működtetésének fajlagos költségei kedvezően alakulnak, egyéb járulékos előnyöket is hoz az integrált szervezeti forma.

A jelenlegi szociális szolgáltatási struktúra nem tartható fenn hosszú távon. A helyi önkormányzatok többsége nem képes ellátni a ráruházott alapszolgáltatási feladatokat. Az nyilvánvaló, hogy a differenciált hatáskör-telepítés módosítása csak a közigazgatási rendszer reformjával párhuzamosan vezet eredményre. A jelenlegi szabályozás másik gyenge pontja a finanszírozás. Több javaslat és részmegoldás is született, hogy az önkormányzat a szociális normatíváit ténylegesen és kizárólag csak a megadott feladatok teljesítésére fordítsa. A feladatfinanszírozás csak az alapszolgáltatások esetében célravezető, az integrált feladatellátást ösztönző normatívák szektoron kívülre áramlanak.

Az el nem látott kötelezettségek tekintetében pedig az *Szt.* nem teszi lehetővé a feladatukat nem teljesítő önkormányzatok szankcionálhatóságát, nincs pénzügyi következményekkel járó önkormányzati háttérfelelősség, csupán a már működő szolgáltatásokkal kapcsolatos mulasztások esetére vezette be 2008. január 1-jétől a szociális bírságot.

A már működő társulásokkal kapcsolatban leggyakrabban felmerülő probléma, hogy magas az ún. „papírtársulásnak” nevezett együttműködések aránya. Az ilyen jellegű megállapodásokat kizárólag azért kötik az önkormányzatok, hogy hozzájussanak a magasabb társulási normatívákhoz, azonban a gyakorlatban nem hoznak létre közös ellátórendszert, azokat továbbra is elkülönítetten működtetik. Fontos volna a tényleges tartalommal bíró társulások elősegítése, a hatékonyabb hatáskör-telepítés lehetőségeinek megteremtése és ezáltal a kistérségek beillesztése a megújuló szociális ellátórendszerbe.

A szolgáltatások piacán az önkormányzatok kettős szerepkörben jelennek meg: egyrészt, mint az adott szolgáltatás megrendelői, másrészt, mint szolgáltatók. A jelenlegi szabályozás a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatások területén nem azonos módon bánt a különböző szektorba tartozó fenntartók intézményeivel. A nem állami szolgáltatók által nyújtott ellátásban számos olyan elem van, ami hiányzik egy önkormányzati intézmény esetén: például a rugalmasság, a szükségletekre való gyorsabb reagálás képessége, a speciális

társadalmi szükségletekhez való közelség és könnyebb kielégítésük, valamint a költséghatékonyság.

Összefoglalva tehát az alábbiakat mondhatjuk el.

A kistérségi és mikrotérségi szinten történő integrált szolgáltatásszervezést jelenleg akadályozzák az alábbi tényezők:

- közigazgatási rendszer,
- települési önkormányzatok magas száma,
- önkormányzati háttérfelelősség hiánya,
- jogszabályok, kiemelten az *Szt.*, az *Ötv.*, a *Ktt.*
- az önkormányzat kettős (tulajdonos, szolgáltató) szerepköre.

A kistérségi és mikrotérségi szinten a humán közszolgáltatások kialakítását segíthetik az alábbi tényezők:

- a pénzügyi ellátások és a támogató háttérszolgáltatások összekapcsolása, többpilléres támogatási rendszer előtérbe kerülése
- minőségfejlesztés a munkaerőpiaci és szociális szolgáltatásokban
- forrásbővítés az uniós támogatások (elsősorban ESZA-típusú fejlesztésekre ad lehetőséget) bevonásával
- racionális gazdálkodás elve.

A közelmúlt szakmai vitáiban felmerült az a megoldási lehetőség is, hogy a családsegítés (és gyermekjóléti szolgáltatás) legyen állami közszolgáltatás.

Amennyiben a családsegítő szolgálatok fenntartása állami kézbe kerülne, kikerülhetne az önkormányzati függőség, és a kiegészítő állami támogatások szektoron kívülre történő áramlása.

Amennyiben állami feladatként lenne e két szolgáltatás ellátva, akkor a javasolt szolgáltatásszervezési szint általánosságban kistérségi lenne. A magas lakosságszámú, többpólusú, földrajzi hátrányban lévő (úthálózat!!) kistérségekben ennél alacsonyabb szinten is indokolt lehet az intézményes infrastruktúra biztosítása, azonban e kistérségekben is elegendő lenne egy szakmai gesztorintézmény.

Jelenleg 174 többcélú kistérségi társulás működik, ennek harmadában lehet indokolt mikrotérségi szinten a szolgáltatásszervezés, így a családsegítés 230 szolgálat működtetésével biztosítható lenne. Javasolt lenne ezzel párhuzamosan strukturálni a gyermekjóléti szolgáltatást is. A szolgálatok számának csökkentésével párhuzamosan a közlekedési és kommunikációs infrastruktúrát javítani kell a jelenlegi feltételekhez képest, mert ez garantálná a területi lefedettség biztosítását és az egyenlő esélyű hozzáférést.

A jelenlegi rendszerhez képest a szolgálatok számának csökkentése ellenére is várható eredmény a szolgáltatás hatékonyabb és magasabb minőségű ellátása, mert számos önkormányzat által adott többletfeladattól megszabadulnának a szolgáltatók és a kistérségi centrumokban biztosított lenne a szolgáltatást nyújtók szakmai felügyelete.

A családsegítő szolgálatoknál előforduló problémák

A lakosság eladósodása, és az adósságcsapdába került ügyfelek számának növekedése már a válság előtt is érezhető volt. A családsegítő szolgálatok beszámolóí alapján, a válságtól

függetlenül folyamatosan nőtt már a 2008-ban is az ellátás nélküli segítséget kérő személyek száma. A családsegítő szolgálatok tevékenységében az anyagi ügyekkel kapcsolatos ügyintézés dominál – állapítják meg „Fókuszban a gazdasági válság” c. jelentésükben a SzocioNet Dél-Dunántúli Regionális Módszertani Humán Szolgáltató Központ munkatársai⁷⁵ Az adósságkezelési tanácsadást is biztosító családsegítő szolgálatok beszámoltak arról, hogy ügyfélforgalmuk megnégyszereződött, a kezelt adósságállomány megduplázódott. Az adatokat közlő családsegítő szolgálatok **ügyfeleik problémáit illetően** első helyen a létfenntartási nehézségeket, a megélhetési problémákat, és az eladósodottságot említik. Az elmúlt 19 évben drasztikusan emelkedtek a lakhatási és megélhetési költségek. Míg a fogyasztási cikkek és szolgáltatások árai átlagosan a tízszeresükre, a háztartási energia árai pedig harmincszorosukra nőttek, addig a (szociális transfereket is tartalmazó) reáljövedelmek csupán 8 %-kal növekedtek a KSH adatai alapján.

55. számú ábra: Fogyasztói árindex - reáljövedelem 1990-2009

A lakosság által vásárolt termékek, szolgáltatások, fogyasztóiár-index, (1990=100,0 %)			Reáljövedelem index (1990=100,0 %)
Időszak	Kiadási főcsoportok, mindösszesen	Háztartási energia összesen	Egy főre jutó reáljövedelem
1992. év	166,1	259,2	94,9
1993. év	203,4	311,8	90,3
1994. év	241,6	348,3	92,7
1995. év	309,7	522,5	87,7
1996. év	382,8	692,3	85
1997. év	452,9	899,3	85,2
1998. év	517,7	1060,3	87,3
1999. év	569,5	1160	88,3
2000. év	625,3	1265,6	90,8
2001. év	682,8	1396	94,9
2002. év	719	1472,8	100,9
2003. év	752,5	1580	105,7
2004. év	803,7	1802,8	109,1
2005. év	832,3	1914,4	113,1
2006. év	864,8	2036,9	115,2
2007. év	933,8	2538,2	110,1
2008. év	990,4	2859,5	108
2009. év	1032	3094	..

Forrás: KSH

A válság hatásaival összefüggésben a regionális szervezetek a munkahelyek megszűnését, a munkanélküliek számának drasztikus emelkedését említik. (2007 és 2009 között a munkanélküliségi ráta 7,4 %-ról 10,05 %-ra nőtt.)

A beszámolók szerint a recesszió Nyugat-Magyarország fejlettebb régiót érintette a leginkább, ahol a gépjárműipari üzemek bezárása miatt keletkezett munkanélküliség mellett a beszállítói

⁷⁵

Szakmai Hírlevél, 2009. április IX. évfolyam 1. szám <http://www.cssk.hu>

hálózatot is komolyan sújtotta a megrendelések elmaradása. Ez utóbbi mértékére nézve csak becslések vannak. A leépítéseken túl sok helyütt csökkentették a dolgozók munkaidejét és ezzel együtt a béreket is, aminek következtében új típusú anyagi problémákkal szembesültek a családok. A legtöbb vélemény szerint a gazdasági recesszió elsősorban a középosztályt sújtja, amelynek tagjai egyre gyakrabban jelennek meg a szociális szolgálatoknál.

A szakemberek reális veszélynek tartják továbbá a deviza alapú lakáshitelek „bedőlése” miatti lakásvesztéseket. Úgy vélik, az intézményrendszer nincs felkészülve a lakásukat veszített családok tömeges megjelenésére és elhelyezésére.

Az ország hátrányosabb helyzetű régióiban hosszú ideje elhúzódó válságról beszélhetünk, ahol a tartós létfenntartási, lakhatási gondok a kilátástalan helyzetből fakadó mentális problémákkal, egészségkárosodással, családi- kapcsolati krízisekkel ötvöződnek.

A családsegítő szolgálatok aggasztó tendenciákról számolnak be (az említés gyakorisága, ill. a probléma súlya szerint csökkenő sorrendben):

- nő az őket anyagi nehézségek miatt felkeresők száma, nő az eladósodottak, mélyszegények, segélykérők aránya, akik számára a létfenntartáshoz szükséges javak előteremtése is nehéz;
- nő az adósságkezelésben résztvevők, de az adósságkezelésbe nem bevonhatók száma is;
- a lakhatási problémák súlyosbodnak, nincs elérhető szociális bérlakás;
- nő a munkanélküliek száma;
- nő a lelki-mentális problémákkal küzdők, valamint a pszichiátriai- és szenvedélybetegek aránya az ellátásban;
- a válási-, különköltözési ügyek aránya magas;
- a szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlen;
- a kistélepeken az összes probléma intenzívebben jelenik meg;
- nő a közterületeken élők aránya;
- a külterületeken, tanyákon élők kirekesztettsége növekedett.

A szolgálatoknál nemcsak a régóta hátrányos helyzetben lévők jelennek meg, hanem az eladósodott középréteg tagjai is. A lakhatási körülmények romlása, az eladósodás egyre több családot sodor krízishelyzetbe.

Javaslatok

Az intézményi működéssel kapcsolatban

Megfigyelhető, hogy a komplex, több szociális szolgáltatást nyújtó intézmények hatékonyabban működnek, mint az alapellátást több telephelyen, széttagoltan biztosító szolgáltatók. A működési feltételek biztosíthatósága esetén érdemes a fenntartókat arra ösztönözni, hogy optimális elhelyezést biztosítsanak a hasonló, ill. egymást kiegészítő szolgáltatást nyújtó egységeiknek.

A családsegítő szolgálatok egy részében a családgondozók családsegítői tevékenységük mellett gyermekjóléti szolgáltatást is végeznek. Ezekben az intézményekben a fenntartó nem teljesíti a törvény által előírt működési feltételeket. Megoldást nyújthat a célzott, szolgáltatás-

differentiált finanszírozás megteremtése, mely minden településen fedezi a szakmai előírásoknak megfelelően működő szolgálatok teljes körű működési kiadásait.

A szolgáltatásban a túlzott adminisztrációt csökkenteni kell és meg kell szüntetni az adminisztrációban tapasztalható átfedéseket.

A szakdolgozók túlterhelését csökkenteni kell, mert egyre erőteljesebben lehetetlenül el a klasszikus családsegítés, a mély, színvonalas, személyes kapcsolatra épülő szociális esetkezelés. Ennek érdekében meg kell határozni szakdolgozói munkakörönként az ellátható maximális esetszámot.

Fontos, hogy nagyobb hangsúly helyeződjön a szociális szakemberek lelki egészségvédelmének megőrzésére, ehhez rendszeres szupervízió, burn - out tréning biztosítása szükséges.

A szociális szakmai továbbképzés mellett egyéb képzésekre is szükség volna (pl. informatikai-, pénzügyi-, jogi területen). Ehhez a továbbképzési normatíva növelésére lenne szükség.

A szolgáltatásbővítéssel kapcsolatban

Szükség volna szolgáltatásbővítésre többek között az adósságkezelési-, jogi-, mediációs-, pszichológiai szolgáltatások elérhetővé tétele érdekében.

Pszichológiai segítség csak a családsegítő szolgálatok harmadában vehető igénybe. Az anyagi-, lelki-mentális problémákkal küzdő ügyfelek növekvő száma miatt fontos lenne előírni a szolgálatok tevékenységi körében kötelező elemként, bizonyos óraszámban pszichológus/pszichiáter alkalmazását, (pl. 5-10 óra/hét/lakosságszám).

Növelni kellene a családsegítő szolgáltatásban elérhető terápiás lehetőségek, prevenció programok, a családok megtartó erejét növelő szolgáltatások elérhetőségét.

Elérhetővé kellene tenni (pl. az álláskeresés segítése érdekében) speciális csoportos programokat, amelyek tanácsadással, ingyenes telefon-, internet- fénymásoló használattal támogatnának nehéz anyagi helyzetben levő, (tartós) munkanélkülieket.

Fejleszteni szükséges a kapcsolattartást a területen működő civil szervezetekkel (pl. adományszervezés), és erősíteni szükséges az együttműködést az önkormányzatokkal, munkaügyi szervekkel, ellátó intézményekkel.

Lehetőséget kell biztosítani a szolgálatoknak, hogy ügyfelek számára jogi segítő-, jogvédő szolgáltatás igénybevételét tegyék lehetővé (pl. a szolgáltató cégekkel szembeni érdekérvényesítés elősegítésére).

Anyagi forrás biztosítása gyermekfelügyelet (családi napközi) működtetésére, hogy az egyszülős, vagy hátrányos helyzetű családok (többműszakos) munkát tudjanak vállalni a késő délutáni, esti órákban is.

A finanszírozással kapcsolatban

Az elmúlt évek alatt nagy összegű forráskivonást szenvedett el a terület, amely az intézmények működését lehetetleníti el a szociális problémák növekvő mennyiségű és súlyú megjelenése mellett.

A finanszírozás nagyságrendjét a tényleges működési költségekhez kell igazítani. Plusz források szükségesek a kiegészítő szolgáltatások működtetéséhez, de előre mutató megoldás lehet a normatíván belüli feladatfinanszírozás kialakítása is.

A tárgyi feltételek, az infrastruktúra fejlesztése szükséges. Gondoskodni kell az intézmények akadálymentesítéséről.

Az adósságkezeléssel kapcsolatban

Az adósságkezelési szolgáltatás kiterjesztése, kötelezővé tétele szükséges a 40.000 fő alatti lakosságszámú településeken is. Ahhoz, hogy ezeken a településeken is hozzá lehessen jutni a támogatáshoz, el kellene törölni a speciális képesítéssel rendelkező adósságkezelési tanácsadókra vonatkozó előírásokat, és az intézmények szakdolgozói számára ingyenes képzéseket kellene szervezni.

Ezt pusztán abból a megfontolásból is meg kellene tenni, mert az adósságkezelők leterheltsége (40-200 ügyfél) elviselhetetlen mértékűre emelkedik ott, ahol jelenleg működik a szolgáltatás.

A kistérségi feladatellátást nehezíti, ha túl sok (10-12) település tartozik egy kistérségi szolgáltatás alá, hiszen minden pénzbeli ellátás egy-egy helyi önkormányzat feladata, amely sok buktatót rejt. (Ez az adósságkezelési tanácsadás kisebb lakosságszámú településekre való kiterjesztésekor pl. azt jelentené, hogy minden önkormányzatnak külön rendeletet kellene alkotnia.) Olyan modellt kell kidolgozni, amelyben az adósságkezelési tanácsadás (adott esetben a pénzbeli támogatások) biztosítása is megoldható kistérségi szinten.

Az adósságkezelési szolgáltatásba nem bevonható ügyfelek miatti tehetetlenség nő, a támogatás pedig nem ösztönöz a fizetési morál javítására. Szükség lenne preventív elem beépítésére. Egy hatékony lakásfenntartási támogatási rendszer működtetésével megelőzhető lenne a nagyobb adósságok kialakulása.

A 30 nap alatti adósságrendezés lehetetlen, pedig az energiaszolgáltatók ez után kapcsolják ki a fogyasztót a rendszerből. Az adósságkezelés igénybevevői esetében kötelezni kellene a szolgáltatókat 90 nap türelmi idő biztosítására.

Az Energia Hivatalnak vizsgálnia kellene a „védendő fogyasztók”-kal kapcsolatos szolgáltatói feladatok elvégzésének teljesülését.

A tulajdonos önkormányzatok az adósság sikeres rendezése után nem automatikusan állítják vissza a bérleti jogviszonyt, így a támogatás nem éri el a célját, csupán az önkormányzat

kintlévősége térül meg. A lakásbérlok védelme érdekében módosítani kellene a vonatkozó jogszabályokat.

A lakossági hátralékokat kezelő nagyobb alapítványok működését fontos lenne kiemelten támogatni, mert a helyi kisebb szervezetek lehetőségei az adósságkezeltek igényeit töredékében sem tudják fedezni.

A lakhatási problémákkal kapcsolatban

A családsegítés kompetenciáján túlmutat a lakhatási problémákkal küzdők ellátása, ugyanakkor a lakáshitelek „bedőlése” és a kezelhetetlen hátralékok miatti lakásvesztések következtében a rendszerben elhelyezést kereső családok tömeges megjelenése prognosztizálható. Kiemelten szükséges ebben a helyzetben **a szociális bérlakás-állomány bővítése**, ennek érdekében felül kell vizsgálni a települési önkormányzatok lakásgazdálkodási politikáját.

Jelenleg teljes családok számára átmeneti krízishelyezést nyújtó ellátás esetlegesen csak a családok átmeneti otthonában biztosított, gyermekkel rendelkezők részére. A gyermek nélküliek részére csak a hajléktalanok átmeneti szállása vehető igénybe, de átmeneti lakhatás elvesztése miatti krízis esetén nem biztos, hogy ez az adekvát megoldás.

Fontos lenne a **szociális lakásotthon** (vagy szociális szállás) típusú lakhatási ellátási forma kialakítása. A szociális lakásotthonok lehetnek lakások, lakrészek (pl. szobabérlok háza), ún. átmeneti lakások, de munkásszállókon lévő szobák is.

A szociális lakásotthon a jelenlegi bérlakás és az intézményi ellátás közötti átmeneti forma, célja az intézményi ellátásra nem szoruló, de időlegesen önálló lakhatását biztosítani nem képes személyek, családok természetbeni és szociális szolgáltatásokkal történő segítése, az átmeneti lakhatási krízishelyzet kezelése, majd az ezt követő önálló életvitelhez való segítségnyújtás.

A konstrukció lényege, hogy a lakást a szociális szervezet bérli (vagy az önkormányzat a használatába adja, vagy a szervezet tulajdona), s az abban lakó rászoruló(k) a szociális szervezettel köt(nek) szerződést. Ez a szerződés részben a bérleti szerződés és az intézményi jogviszony létesítésére irányuló megállapodás elemeit is tartalmazza. A volt bérlok akár ugyanabban -az általában igen szerény- lakásban lakásotthon lakóvá válhatnak, rendezett, de speciális jogviszonyt és szociális segítséget kaphatnának, majd meghatározott idő (6, 12, vagy 2x12 hónap), és a feltételek teljesülése után ismét bérleti szerződést köthetnének. Elsősorban a hajlék nélküli családok, gyerekes szülők elhelyezését szolgálhatja ez a forma. Az ún. családok átmeneti otthonainak létrehozását a jövőben csak ilyen formában javasolt támogatni. Megfontolandó a lakbérfizetés elmaradása miatt jogcímnélkülivé vált több ezer volt bérlok lakhatási státuszának ilyen formában történő rendezése, a kimeneti feltételek részletes szabályozásával.

Falu- és tanyagondnoki szolgáltatás

A magyar szociális ellátórendszer egyik speciális eleme a falu- és tanyagondnoki szolgáltatás, amely kifejezetten a kistelepülési alapszolgáltatások működését próbálja elősegíteni. A falugondnoki rendszer modellértékű újdonság volt a szociális és településfejlesztő szakmában. Az Európai Unió a magyarországi szociális szolgáltatások közül egyedülként vette fel a "jó gyakorlatai"⁷⁶ közé.

Lefedettség

A falu- és tanyagondnokok, valamint ezzel az általuk ellátott települések száma 2002 és 2010. közt 600-ról több mint 1200-ra növekedett. A szolgáltatás, mely a 600 fő alatti kistelepüléseken és a jelentős külterületi lakossággal rendelkező településeken létesíthető, jellegénél fogva Nyugat- és Dél-Dunántúl, valamint Észak-Magyarország aprófalvas térségeiben, illetve az alföldi tanyás területeken terjedt el. A falugondnoki szolgáltatás 1997, a tanyagondnoki szolgáltatás 2003 óta létezik.

56. számú ábra: Falu- és tanyagondnoki szolgálatok száma 2002-2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Közép-Magyarország	3	6	5	8	9	10	2	16	46
Közép-Dunántúl	52	54	62	60	68	71	71	115	113
Nyugat-Dunántúl	116	139	157	167	177	190	187	276	273
Dél-Dunántúl	158	177	188	213	221	234	204	323	311
Észak-Magyarország	168	182	176	187	189	196	180	227	215
Észak-Alföld	82	80	89	89	89	99	43	120	120
Dél-Alföld	48	69	95	98	121	133	21	131	164
Összesen	627	707	772	822	874	933	708	1208	1242

(Forrás: 2002-2008. VÁTI-SZÁIR, 2009. év országos falugondnoki adatbázis és Szociális Regiszter, 2010. Szociális Regiszter)

A falu- és tanyagondnoki szolgáltatások száma jelenleg meghaladja az 1200-at. A szolgáltatás területi eloszlását tekintve megállapítható, hogy jellemzően az aprófalvas Nyugat- és Dél-Dunántúlon, valamint Észak-Magyarországon magas a szolgáltatások száma.

Egy szolgálatot jellemzően egy falugondnok, illetve tanyagondnok lát el. A tanyagondnoki szolgálatok száma természetesen legdinamikusabban a tanyás térségeket magába foglaló dél-

⁷⁶ http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2005/basic-social-services-in-rural-settlements-village-and-remote-homestead-community-care-giving/05_HU_agenda_en_050621.pdf

alföldi régióban növekedett. A szolgáltatások számának emelkedését segítette 2008. évben és 2009. évben a gépkocsibeszerzést támogató többfordulós EMVA pályázat.

A falu- és tanyagondnoki szolgáltatás tipikusan önkormányzati fenntartású szolgáltatás. Elvértve fordul elő társulás útján vagy ellátási szerződéssel történő feladatellátás.

Új jelenség, hogy Pest megyében és Budapesten nem állami fenntartók új tanyagondnoki szolgáltatásokat létesítettek.

A tanyagondnoki szolgáltatás legalább hetven és legfeljebb négyszáz lakosságszámú - külön jogszabályban meghatározott - külterületi vagy egyéb belterületi lakott helyen működtethető. 1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről definiálja a külterület fogalmát. A helyi önkormányzat a helyi építési szabályzatban határozza meg a bel- és külterületi határvonalat. Tehát tulajdonképpen magas számú külterületnek minősített településrész létesíthető és ez lehetővé teszi a szükségesnél több tanyagondnoki szolgálat létesítését.

Célcsoport

A falu- és tanyagondnoki szolgáltatás célcsoportjáról jelenleg nem áll rendelkezésre információ, mivel sem a KSH OSAP, se a szociális regiszter nem gyűjt a célcsoportra vonatkozó adatokat.

A szolgáltatás 2011. évi nem rendelkezett olyan jogi normában meghatározott dokumentációval, amelyből a szolgáltatás szakmai tartalmára vonatkozóan, ezáltal a célcsoportra vonatkozóan információk, adatok gyűjtésére alkalmas lett volna. A szociális regiszter kevésbé megbízható adatai alapján 2010. év I. félévében 233.340 fő, 2010. év II. félévében 160.747 fő vette igénybe a szolgáltatást.

A szolgáltatás igénybe vevői köre vegyes: a kiskorúak, a felnőttek, az idősek, illetve bárki az igénybe vevői körbe tartozhat, aki a szolgálat által ellátott településen él. Az, hogy mely igénybe vevői csoport szerepe domináns, azt a helyi viszonyok, igények határozzák meg.

A Szociális Regiszter 2010. évben tett adatszolgáltatás szerint az autók átlagéletkora 5 év és átlagosan 105.000 km-t futottak.

Finanszírozás jellemzői

Az 1998. évtől vehető igénybe állami támogatás a szolgáltatás működtetésére.

A Magyar Köztársaság 1998. évi költségvetéséről szóló CXLVI. törvény 900.000 Ft összegű kiegészítő támogatást nevesít a falugondnoki szolgáltatást pályázati úton beindító és továbbműködtető települési önkormányzatoknak.

A támogatás mértéke 1998-tól folyamatosan emelkedett. Nominálértéken 2007. évben érte el a támogatás a legmagasabb értéket, ekkor 2.237.300,- Ft/szolgálat mértékű volt a támogatás. 2011. évben 1.996.550,- Ft/szolgálat a normatív állami hozzájárulás mértéke.

A működés jellemzői

A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal elődje a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal 2009. évi szociális ellenőrzési munkatervének alapján az I. félévben elvégzett ellenőrzések között kiemelt jelentőségű volt a falu és tanyagondnoki szolgálatok ellenőrzése, melynek tapasztalatai az alábbiak voltak 303 falugondnoki és 88 tanyagondnoki szolgáltatás ellenőrzése alapján.⁷⁷

Az önkormányzatok jellemzően saját tulajdonú gépkocsival látják el a falugondnoki feladatot, néhány önkormányzat azonban lízingszerződéssel biztosítja a szükséges gépjárművet.

A lízingszerződésben szabályozzák a falugondnoki használathoz szükséges biztosítékokat. Előfordult, olyan eset is, hogy a falugondnok saját gépkocsijával látja el a teendőit, ezt költségtérítéssel kompenzálja a fenntartó.

Jelenösen megnőtt az új gépkocsik száma a pályázati támogatásokból adódóan a 2008. évtől kezdve. Ez megkönnyíti a munkavégzést, újabb feladatok ellátását teszi lehetővé és emeli az ellátások színvonalát is.

A gépjárművek kötelező biztosítással minden esetben, CASCO-val általában rendelkeznek.

Az ételszállítást is végző gépkocsik esetében, majdnem minden esetben rendelkeznek szakhatósági engedéllyel.

A szolgálatok általában 8+1 személyes mikro busszal (személygépkocsival), néhány esetben vegyes használatú kisteherautókkal látják el a feladatot. Ezen esetekben a nagyobb igényű személyszállításokat a szomszédos falugondnokkal együttműködve oldották meg. Elenyésző mértékben előfordul 5 személyes személygépkocsi használat is.

A falugondnokok közül egyre többen rendelkeznek közép- és felsőfokú végzettséggel. A falugondnoki speciális képzést többségük elvégezte, azonban gyakorlatban problémát jelent, hogy a tanfolyamok indítása rapszodikus.

A tanfolyamra történő beiskolázásnak feltétele, hogy már munkában álljon a falugondnok, és olyan esetekben, amikor kiszámítható a személyi körben a váltás, sem lehet az új falugondnokot előzetesen a tanfolyamra elküldeni. A tanfolyami díjat a járulékos költségekkel együtt igen magasnak tartják a fenntartók. A tanfolyam minőségével kapcsolatban igen vegyesek a szolgáltatói és fenntartói vélemények.

Az önkormányzatok jelentős része önálló rendeletet alkotott a falugondnoki szolgálatról. A többieknél a szociális rendelet tartalmaz a falugondnokra vonatkozó rendelkezéseket. Az önkormányzatok rendelet alkotására jellemző, hogy nem aktualizálják a jogszabályi változásoknak megfelelően a rendeleteiket. A 2006. előtt készült rendeletek esetében térítési díjakra vonatkozó rendelkezéseket is tartalmaz a helyi szabályozás, de ezeket a gyakorlatban nem alkalmazták.

⁷⁷ Jelenleg ez az egyetlen strukturált adatfeldolgozás áll rendelkezésre a szolgáltatás valós működéséről. A szolgáltatásról sem a KSH OSAP, sem pedig a szociális regiszter nem tartalmaz a működést leíró mutatószámokat. 2011. évtől kötelező dokumentáció a tevékenységnapló (eddig a szolgáltatási napló ajánlás volt), amely lehetővé teszi, hogy a szolgáltatás működésével kapcsolatban minőséget jelző mutatókat is lehessen gyűjteni.

A normatív állami támogatás nem fedezi teljes mértékben a szolgáltatás fenntartásának költségeit. Az önkormányzati hozzájárulás mértéke 400.000 - 3.400.000 Ft között mozog. Az önkormányzati hozzájárulás mértéke nem a gazdálkodás hatékonyságára utal. E hozzájárulás mértéke ugyanis nagymértékben függ a használt gépkocsi életkorától, műszaki állapotától, a falugondnok életkorától (bérezés tekintetében), a település földrajzi elhelyezkedésétől, illetve a szolgálat által végzett szakmai tevékenységtől.

A falugondnoki szolgáltatást térítésmentesen végzik az önkormányzatok.

Az önkormányzatok nehezen tudták szétválasztani a vagyonával szabadon rendelkező és azt hasznosító felelősségteljes tevékenységüket a falugondnoki szolgálat által használt gépkocsitól. Az önkormányzatok jellemzően e gépkocsik bérbeadása esetén a falugondnok munkaidején túl engedélyezték a gépkocsi ilyen irányú hasznosítását, amelynek bevételét a város és községgazdálkodás szakfeladatra könyvelve, egyértelműen el tudták különíteni a falugondnoki szolgálattól.

Problémák és diszfunkciók

Önkormányzati függőség

A túlnyomóan önkormányzati fenntartású szolgáltatás nyilvánvalóan kiszolgáltatott a települések vezetésének. Előfordulnak visszaélések a polgármesterek részéről a gépkocsi használattal kapcsolatban. Esetenként a falugondnoktól a jogszabályban előírtakhoz nem kapcsolódó feladatok elvégzését is megkövetelik. Viszont fontos megemlíteni, hogy a szolgáltatás fenntartói hozzájárulás nélkül nem képes működni. Az a szolgáltatás valószínűsíthető, hogy valójában nem működik (nem fut az autó, nincs dologi kiadás), ahol nincs fenntartói kiegészítés a normatív állami hozzájáruláson túl.

Méretgazdaságosság hiánya

A jelenlegi szabályozás nem preferálja a társulások formában való működtetését a szolgáltatásnak, holott számos 50-150 fő lakosság számú település esetében hatékonyabb és gazdaságosabb lenne a társulások feladatellátás. Koordinációval, szervezéssel egy szolgálat több kistépülést is képes lenne kiszolgálni.

Diszfunkcionális működés jogszabályi kikapuk kihasználása miatt

Új jelenség, hogy tanyagondnoki szolgálatok létesülnek nagyobb településeken is, olyan külterületnek minősített településrészekben, amely nem jelent területi zárványt. A szolgáltatás működtetése a jogszabályi előírásoknak megfelel, azonban a szolgáltatás eredeti célját nem szolgálja.

Javaslatok

A falu- és tanyagondnoki szolgáltatás létrehozásában igen fontos szempont volt a vidéken élők esélyegyenlőségének biztosítása a hátrányos helyzetű és szolgáltatáshiányos településeken, valamint az aprófalvas és tanyás térségekben (szegregált településrészekben) élők komfortérzetét növelő szolgáltatásokhoz való hozzáférés támogatása.

A falugondnoki szolgáltatás célja az aprófalvak és a külterületi, vagy egyéb belterületi, valamint tanyasi lakott helyek intézményhiányból eredő hátrányainak enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatásokhoz, valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása, továbbá az egyéni, közösségi szintű szükségletek teljesítésének segítése. A szolgáltatás ezen, esélyegyenlőséget támogató szerepkörét javasolt megőrizni.

A szolgáltatás közlekedést támogató és esetmenedzseri funkcióinak megőrzése/erősítése szükséges.

A közlekedési funkciónál átgondolásra javasolt a támogató szolgáltatással való párhuzamosság, hiszen a falugondnoki gépjárművel többsége a gépkocsi cserék és a gépkocsi beszerzési pályázat miatt akadálymentes és alkalmas mozgásában akadályozott személyek szállítására.

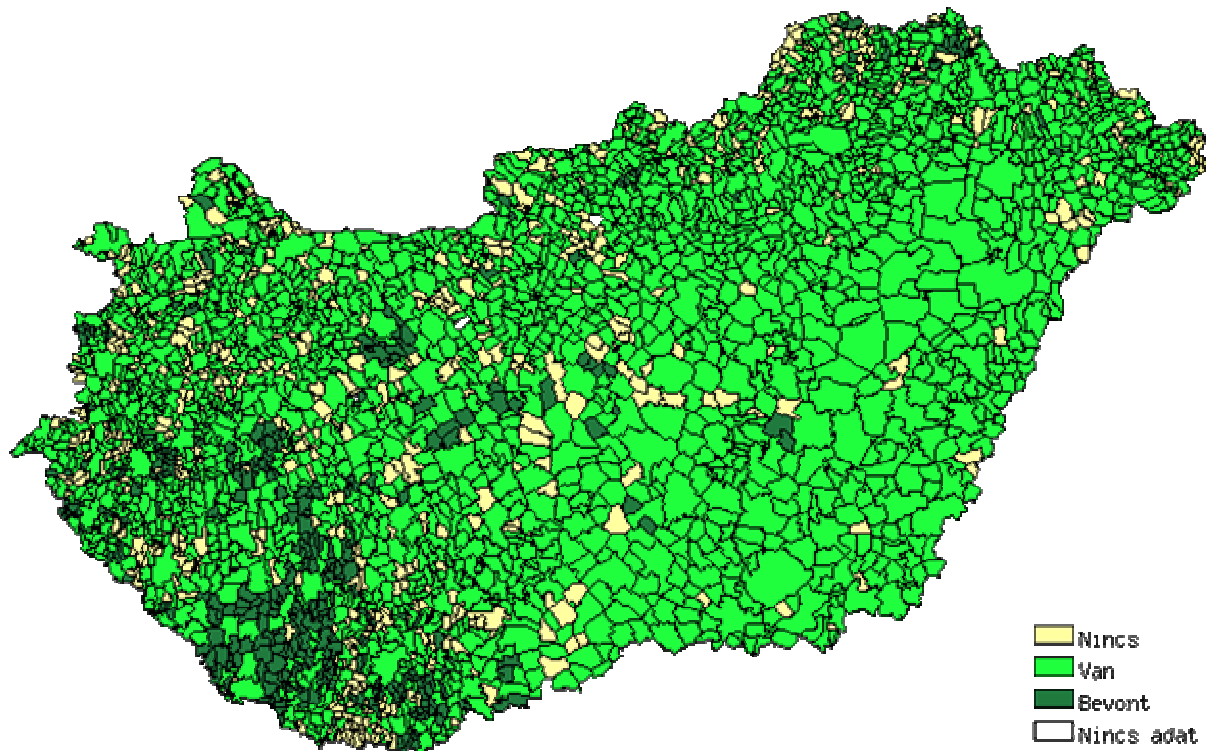
A szolgáltatás működtetése költséghatékonyabbá tehető a társulások fenntartás által azon nagyon kis lélekszámú települések esetében, ahol egy szolgálat kapacitásait nem kötik le a lakossági igények.

Étkeztetés

Lefedettség

Az étkeztetés hálózata a helységek háromnegyedében rendelkezésre áll. Annak ellenére, hogy kötelező önkormányzati feladatról van szó, van olyan település, ahol a szolgáltatás nem biztosított.

27. számú ábra: Étkeztetéssel való lefedettség, 2008. (Forrás: VÁTI-SZÁIR.)



Célcsoport

1995-től 2009-ig 16,5%-kal emelkedett összességében az étkeztetést igénybe vevők száma. Az étkeztetést igénybe vevők száma 1995. óta emelkedő tendenciát mutat, kivételt képez ez alól az 1999. év, a 2004. év, valamint a 2007. év.

A szolgáltatást igénybe vevők száma 2001. év óta tartósan meghaladja a 100.000 főt, azaz az ország lakosságának 1%-a igénybe vevő.

58. számú ábra: Étkeztetést igénybe vevők száma 1995-2009., Forrás: KSH

Időszak	Igénybe vevők száma (tárgyév 12.31.)	%-os növekedés bázis előző év
1995. év	106969	-
1996. év	99177	92,72%
1997. év	99966	100,80%
1998. év	100254	100,29%
1999. év	97281	97,03%
2000. év	98158	100,90%
2001. év	100370	102,25%
2002. év	103414	103,03%
2003. év	104774	101,32%
2004. év	104510	99,75%
2005. év	106702	102,10%
2006. év	108938	102,10%
2007. év	101898	93,54%
2008. év	107803	105,80%
2009. év	124693	115,67%

Az étkeztetést igénybe vevők száma emelkedett országos szinten, azonban az ország egyes területein eltérő mértékben.

A Közép-Magyarországi Régióban jelentősen csökkent az igénybe vevők száma, amely elsődlegesen a budapesti igénybevételek számának csökkenéséből adódik. A régióban 1995. évben 28.687 fő (26,8%) igényelt étkeztetést, ez a szám 2002-ben 24.122 fő (23,33%) volt, 2009-ben pedig 17.679 fő (14,18%).

A régiók közti sorrendben 1995-ben és 2002-ben is az élen Közép-Magyarország, Észak-Magyarország, valamint Észak-Alföld álltak. 2009. évre azonban az Észak-Alföldi Régióban lett a legmagasabb az igénybe vevők száma (aránya), 23.783 fő (19,07%), ezt követte Észak-Magyarország 21.352 fő (17,12%), majd Dél-Alföld 18.925 fő (15,18%) igénybe vevői számmal (aránnal).

A legnagyobb növekedést 1995. év és 2009. év közt Baranya (161,3%), Somogy (161,5%), Zala megye (152,3%), Hajdú-Bihar megye (153,7%), Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (212,6%), Bács-Kiskun megye (158,5%), valamint Békés megye (199,1%) mutatta.

Az ellátások felfutásának oka egyrészt az alapszolgáltatások kiépülése, elérhetőségének javulásában keresendő, másrészt a növekvő igénybevételek szám társadalmi problémák felszínre kerülését jelzi.

A 2008. évben az igénybe vevők 4,78%-a élt 500 főnél kisebb lélekszámú településen, 10,11%-a élt 500-999 fő közötti településen, 15,42%-a élt 1000-1999 fő közötti településen,

19,12%-a pedig 2000-4999 fő közti településen (5000 fő alatti településen él a lakosság csaknem 30%-a). Az igénybe vevők 10,56%-a budapesti lakos volt.

A kisebb településeken magasabb az időskorú (60 és 65 éven felüli) igénybe vevők aránya. A korfa miatt az igénybe vevők közt magasabb (60-62% közt mozog) a nők aránya.

59. számú ábra: Étkeztetést igénybe vevők jellemző lakóhely szerint, Forrás: KSH

Népességnagyság	ellátottak száma	tízezer 60 éven felüli lakosra jutó ellátott	tízezer 65 éven felüli lakosra jutó ellátott
– 499	5 157	740,3	951,3
500– 999	10 902	956,7	1247,4
1 000– 1 999	16 622	838,1	1118,3
2 000– 4 999	20 609	658,5	892,4
5 000– 9 999	10 529	535,3	726,4
10 000–19 999	9 689	406,3	560,5
20 000–49 999	8 303	313,5	428,6
50 000–99 999	5 867	379,2	526,4
100 000–	8 742	354,4	486,6
Budapest	11 383	266,3	359,7
Ország összesen	107 803	484,8	657,2

Az étkeztetést igénybe vevők életkor szerinti megoszlása 2002. év és 2008. év közt jelentősen nem változott. Az igénybevevők 77%-a 60 év feletti volt 2008-ban. Az 40-60 év közötti aktív korúak aránya 18% volt, a kiskorú igénybe vevők száma pedig nem érte el az 1%-ot. 2002. évet hasonló arányok jellemzik. Az ellátást igénybe vevők 92,47%-a fizetett térítési díjat a 2008. évben. A térítési díjat fizetők aránya 1995. és 2008. év közt 87,5% és 92,5% közt mozgott.

Működtetés jellemzői

Megállapítható, hogy az étkeztetés tipikusan önkormányzati fenntartású szolgáltatás.

Az önkormányzati fenntartású szolgáltatásokban ellátottak aránya 2002-ben 99% volt, amely 2008-re 72%-ra csökkent a települési önkormányzatok által fenntartott szolgáltatást igénybe vevők aránya. Az intézményfenntartó társulások által fenntartott szolgáltatást igénybe vevők száma 11%, a többcélú társulások által fenntartott szolgáltatást igénybe vevők száma 13%. 2008. évben az egyházi fenntartású szolgáltatások aránya 2%, az egyéb nem állami fenntartású szolgáltatások aránya 3% volt.

2010. évi adatok még nem állnak rendelkezésre, a társulások formában és az egyházi fenntartásban nyújtott szolgáltatást igénybe vevők számában. Előbbi esetben az emelkedést az otthonközeli ellátás finanszírozási forma miatt lehet valószínűsíteni, utóbbi esetben pedig a gazdasági egyházak térnyerése miatt.

Az étkeztetés feladat ellátásban 1989 fő szakdolgozó vett részt a 2008. évben, 1530 fő 2002. évben.

Finanszírozás jellemzői

2005-től van külön normatíva jogcímen az étkeztetés (2004. évi CXXXV törvény a Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetéséről). 2004.-ig a szociális alaptámogatás keretében lakosság alapú volt a normatíva, majd a 2005. évtől feladatmutató (igénybevételi napló alapján naponta ellátottak száma/munkanapok száma) alapján finanszírozott az ellátás. A támogatás mértéke 2005. évben 75.600 Ft/fő, 2006. évben 70.800 Ft/fő, 2007. évben 81.200 Ft/fő összegű volt. 2008. évben az ellátást érintette a jövedelmi alapú normatíva differenciálás. A támogatás 82.000 Ft/fő összegű volt 2007. decemberben már ellátásban lévők esetén, 92.500 Ft/fő összegű volt abban az esetben, ha az igénybe vevő egy főre jutó családi jövedelme a nyugdíjminimum 150%-át nem haladta meg, 82.000 Ft/fő összegű volt abban az esetben, ha az igénybe vevő egy főre jutó családi jövedelme a nyugdíjminimum 150-300%-a közt volt, 65.000 Ft/fő volt abban az esetben, ha az igénybe vevő egy főre jutó családi jövedelme a nyugdíjminimum 300%-át meghaladta. 2009. évben fennmaradt a normatíva differenciálás 91.050-80.700-64.000 Ft/fő összegekkel a három jövedelmi csoportban. A 2010. évben az étkeztetés az otthonközeli ellátás részeként volt finanszírozva. Az otthonközeli ellátás fajlagos összege 221.450 Ft/fő volt, amelynek 25%-át (55.360 Ft) igényelhetette a települési önkormányzat azon ellátottak után, akik részére szociális étkeztetést biztosít.

A 2011. évben újra visszatért a külön jogcímen történő finanszírozás, a finanszírozás összege 2011. évben 55.360 Ft/fő. 2008. évtől igényelhetnek a többcélú társulások 6.500 Ft/fő, az intézményfenntartó társulások 4.500 Ft/fő kiegészítő támogatást. A 2010. évtől a kiegészítő támogatás összege csökkent 4.000 Ft/főre intézményfenntartó társulások esetében.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézmény, szolgáltatás nem állami fenntartója azonos feltételekkel igényelheti a normatív állami támogatást a szolgáltatás esetében, mint a települési önkormányzat. A 2010. évig fennállt az előzetes normatíva igénylésre vonatkozó jogvesztő határidő. (Annak ellenére, hogy a 2009. október 1-jén hatályba lépett az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók normatív állami támogatásáról szóló 213/2009. (IX. 29.) Korm. rendelet, amelynek szabályait először a 2010. évi normatíva igénylésre kellett alkalmazni a záró rendelkezések szerint.) Az egyházi fenntartók a költségvetési törvényben meghatározott mértékű kiegészítő támogatásra jogosultak az normatív támogatáson felül.

Problémák és diszfunkciók

Az étkeztetés feltételeinek szabályozása nem világos.

A törvényi szintű szabályozás alapján a szolgáltatás célcsoportja szinte bárki lehet. A települési önkormányzatok rendeletei igen sokszínűek, azonban alapvetően két csoportra bonthatók. Vannak olyan önkormányzatok, amelyek egyáltalán nem szabályozzák helyi rendeletben az étkeztetés igénybevételi szabályait (vagy a helyi rendeletükben megismétlik a törvényszövegét) és vannak olyanok, amelyek rendkívül részletesen leírják az igénybevétel feltételeit.

Az ellátási szerződéssel nem rendelkező nem állami, egyházi fenntartókra is vonatkoznak az Szt. 62.§ (1) bekezdésének szociális rászorultságra vonatkozó szabályai. Abban a

vonatkozásban, hogy az önkormányzat rendelete kiterjed-e rájuk, az Szt. jelenlegi szabályai nem adnak egyértelmű választ. Így jelenleg nem minősül jogellenesnek sem az, ha az ellátási szerződéssel nem rendelkező nem állami, egyházi fenntartó a szociális rászorultság vonatkozásában az önkormányzat rendeletét tekinti irányadónak, sem az, ha mellőzi annak alkalmazását. A kérdés egyértelmű rendezése jogszabály módosítást igényel. Jelenleg tehát az ellátási szerződéssel nem rendelkező nem állami humán szolgáltató azt kínálja meg a szolgáltatással, akit akar. Ez pedig nyilvánvaló, hogy pazarló megoldás, ha normatívát igényel.

Kvázi-piaci szolgáltatások működnek normatívából

Az étkeztetés szolgáltatás esetében nincs kapacitáskorlátozás. Aki működési engedéllyel rendelkezik, az igényelhet normatívát. A nagyvárosokban megjelentek az egykori, házi segítségnyújtás vonatkozásában országos működési engedéllyel rendelkező szolgáltatók, továbbá "gazdasági egyházak". Ezek szolgáltatók ételfutár cégektől rendelt hűtött, előrecsomagolt (egyébként bármilyen diétás követelményt is teljesítő) ételt közvetítenek. Ez olcsóbb, mint az önkormányzati szolgáltatók által biztosított szociális konyhán, vagy közoktatási intézmény konyháján előállított étel. A szociális étkezést igénylők egy része ezért eljön az önkormányzati szolgáltatótól, vagy olyan személyeknek szolgáltatnak akiknek nem okozna gondot az étel biztosítása maguk és családjuk számára.

A vendéglátó egységek által biztosított kétfogásos menüétkezés ára és az önkormányzati fenntartású szolgáltatók által biztosított étel intézményi térítési díj megközelítőleg azonos színvonalon van.

Kapacitáshiányok

Annak ellenére, hogy a törvényi szintű szabályozás és az önkormányzati rendeletek szabályozása, valamint a nem állami fenntartók jelenléte viszonylag széles kört tudna szolgáltatáshoz juttatni, mégis vannak szolgáltatásból kiszorulóak. Jelenleg előfordulnak étkeztetésben várólisták önkormányzati fenntartású szolgáltatóknál! Nem elfogadható, hogy egy ilyen alapvető szükségletet kielégítő szolgáltatás esetében várólista van.

Magas önkormányzati függőség

Mivel az önkormányzati fenntartók dominanciája érvényesül az étkeztetésben, ezért a szolgáltatás merev, drága és kiszolgáltatott a helyi döntéshozóknak. A közbeszerzés torzítja a szolgáltatási árakat.

Javaslatok

Átgondolandó az étkeztetés szolgáltatás szerep és a célcsoport szempontjából. Alternatívák lehetnek az alábbiak:

- A szolgáltatás szociális jellegének kihangsúlyozása érdekében szükséges lehet a teljes összegű normatív állami támogatásban részesülő szolgáltatók számának korlátozására a szolgáltatásra rászoruló emberek számának a függvényében.
- Népkonyhai jellegű (feltételek nélkül hozzáférhető) szolgáltatás fejlesztése.

- A szolgáltatás természetben nyújtott pénzbeli ellátásként lehetne utalványrendszerű. Ez lehetővé tenné a megfelelő minőségű (és akár teljes körű) étkezés biztosítását, valamint lehetőséget teremthetne a nagyobb közösségben élők számára az (a nem értékesíthető) alapanyag vásárlásra is.

Táblázatok

Kiegészítő táblázatok

Bölcsőde

60. számú ábra: Bölcsődék száma és a férőhelyek adatai megyénként⁷⁸

Terület	Engedélyezett	Működő	Létesült	Megszűnt
	férőhelyek száma dec. 31-én		férőhelyek száma az év folyamán	
Budapest	8 677	8 597	288	170
Pest	2 149	2 149	220	14
Közép-Magyarország	10 826	10 746	508	184
Fejér	830	830	40	0
Komárom-Esztergom	760	760	72	
Veszprém	964	964	80	12
Közép-Dunántúl	2 554	2 554	192	12
Győr-Moson-Sopron	1 159	1 159	72	
Vas	594	594	10	6
Zala	616	616	46	
Nyugat-Dunántúl	2 369	2 369	128	6
Baranya	914	914	10	15
Somogy	542	542		
Tolna	316	316	10	40
Dél-Dunántúl	1 772	1 772	20	55
Borsod-Abaúj-Zemplén	1 037	1 037	45	
Heves	470	470	0	0
Nógrád	100	100	0	0
Észak-Magyarország	1 607	1 607	45	0
Hajdú-Bihar	1 379	1 379	84	10
Jász-Nagykun-Szolnok	1 067	1 057	12	0
Szabolcs-Szatmár-Bereg	970	970	75	
Észak-Alföld	3 416	3 406	171	10
Bács-Kiskun	1 103	1 103	14	0
Békés	915	915	20	18
Csongrád	1 465	1 465	60	0

61. számú ábra: Bölcsődék férőhely-kihasználtsági adatai megyénként⁷⁹

Terület	Működő férőhelyek száma	Beíratott gyermekek száma	A férőhelyek kihasználtsága %
Budapest	8 597	10 264	119,39
Pest	2 149	2 647	123,17
Közép-Magyarország	10 746	12 911	120,15
Fejér	830	1 137	136,99
Komárom-Esztergom	760	1 094	143,95
Veszprém	964	1 218	126,35
Közép-Dunántúl	2 554	3 449	135,04
Győr-Moson-Sopron	1 159	1 764	152,20
Vas	594	847	142,59
Zala	616	914	148,38
Nyugat-Dunántúl	2 369	3 525	148,80
Baranya	914	1 168	127,79
Somogy	542	717	132,29
Tolna	316	420	132,91
Dél-Dunántúl	1 772	2 305	130,08
Borsod-Abaúj-Zemplén	1 037	1 371	132,21
Heves	470	614	130,64
Nógrád	100	132	132,00
Észak-Magyarország	1 607	2 117	131,74
Hajdú-Bihar	1 379	1 658	120,23
Jász-Nagykun-Szolnok	1 057	1 453	137,46
Szabolcs-Szatmár-Bereg	970	1 383	142,58
Észak-Alföld	3 406	4 494	131,94
Bács-Kiskun	1 103	1 521	137,90
Békés	915	1 338	146,23
Csongrád	1 465	2 066	141,02
Dél-Alföld	3 483	4 925	141,40
Összesen	25 937	33 726	130,03

⁷⁹

61. számú ábra: Bölcsődébe járó gyermekek életkori megoszlása⁸⁰

Életkor hónapokban	Gyermekek száma	Gyermekek aránya %-ban
0-11	86	0,25
12-23	3.719	10,72
24-35	19.373	55,84
36 hótól	11.516	33,19
Összesen:	34.694	100,00

62. számú ábra: Étkezési térítési díj kedvezménye⁸¹

	Kedvezményben részesülő gyermekek száma:	A bölcsődébe beíratott gyermekek számához viszonyított aránya:
Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő, ingyenesen étkező gyermek	4.598 fő	13,25 %
Egyéb okból ingyenesen étkező	451 fő	1,30 %
50 %-os díjkedvezményben részesülő fogyatékos gyermek	288 fő	0,83 %
50 %-os díjkedvezményben részesülő tartósan beteg gyermek	651 fő	1,88 %
50 %-os díjkedvezményben részesülő 3 vagy több gyermekes család gyermeke:	3.422 fő	9,86 %
Összesen:	8.635 fő	24,89 %

⁸⁰ KSH 2009.

⁸¹ KSH 2009.

63. számú ábra: A családi napközik/férőhelyek országos megoszlása⁸²

	Családi napközi szolgáltató/fenntartó	Családi napközi férőhelyszám
Békés megye	13	91
Csongrád megye	67	485
Bács-Kiskun megye	49	398
Dél-Alföld	129	974
Tolna megye	18	166
Baranya megye	41	289
Somogy megye	14	115
Dél-Dunántúl	73	570
Jász-Nagykun-Szolnok megye	10	57
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	15	112
Hajdú-Bihar megye	16	190
Észak-Alföld	41	359
Heves megye	13	210
Nógrád megye	6	84
BAZ megye	14	116
Észak-Magyarország	33	410
Fejér megye	25	203
Veszprém megye	12	91
Komárom-Esztergom megye	21	139
Közép-Dunántúl	58	433
Budapest	90	595
Pest megye	172	1174
Közép-Magyarország	262	1769
Győr-Moson-Sopron megye	11	134
Vas megye	6	49
Zala megye	8	97
Nyugat-Dunántúl	25	280
Összesen	621	4 795

⁸²

Szociális és Gyámhivatalok tájékoztatása alapján, 2010. szeptemberi állapotnak megfelelően.

Gyermekek átmeneti gondozása

64. számú ábra: A gyermekek átmeneti gondozását biztosító intézmények száma⁸³

Intézmények száma (XII. 31.)^{a)}	2008	2009
Helyettes szülői hálózat	41	40
Önálló helyettes szülő	43	39
Gyermekek átmeneti otthonai	29	31
Családok átmeneti otthonai	141	147
<p>a) Az intézmények száma – a gyermekjóléti szolgálatok számának kivételével – 1999. és 2000. években a gyermekvédelmi Tájékoztató adatai. 2001-től az adatok a 1832-es OSAP, ún. „szocsim” adatbázisból származnak, amelynek minden sora egy intézményt tartalmaz. 2008-tól az adatbázis neve Szociális szolgáltatások, ellátások regisztere, és az intézmények száma alatt a telephelyek száma értendő.</p> <p>Az intézmények száma azokat a működő (működő, új újra működő, módosult és egyéb) intézményeket tartalmazza, ahol az adott ellátástípus feltüntetésre került más ellátástípustól függetlenül, tehát lehet olyan csáo ami egyben pl. gyáo is. E halmozódás miatt az intézmények száma nem összeadható.</p>		

65. számú ábra: Az ellátás területi megoszlásban –gyerekek ellátása⁸⁴

6. Gyermek napközbeni ellátása és átmeneti gondozása							
Terület	Napközbeni ellátásban			Átmeneti gondozásban			
	családi napközben gondozott	házi gyermek-felügyelet által gondozott	alternatív napközbeni ellátásban részesült	önálló helyettes szülő	helyettes szülői hálózat	gyermek átmeneti otthonaiban	családok átmeneti otthonaiban
	gyermek száma			ellátott gyermek száma			
Budapest	162	112	353		5	101	609
Pest	333	7	126	1	2	8	220
Közép-Magyarország	495	119	479	1	7	109	829
Fejér	82	6			5		25
Komárom-Esztergom	37				6	8	66
Veszprém		1	1 518				49
Közép-Dunántúl	119	7	1 518		11	8	140
Győr-Moson-Sopron	88	22	486			19	57
Vas	14		125		8		91
Zala	15		242		1		54
Nyugat-Dunántúl	117	22	853		9	19	202
Baranya	13		100		1	8	101
Somogy	51	32	17				70
Tolna	62		52		21		31
Dél-Dunántúl	126	32	169		22	8	202
Borsod-Abaúj-Zemplén	7					37	115
Heves	90	26				17	50
Nógrád	63					9	29
Észak-Magyarország	160	26				63	194
Hajdú-Bihar	3		916			3	95
Jász-Nagykun-Szolnok	24				14		26
Szabolcs-Szatmár-Bereg	7					24	187
Észak-Alföld	34		916		14	27	308
Bács-Kiskun	149			10		3	123
Békés	30	4				7	32
Csongrád	173				3	25	45
Dél-Alföld	352	4		10	3	35	200
Összesen	1 403	210	3 935	11	66	269	2 075

66. számú ábra: Az ellátottak száma az ellátást kezdeményezője szerint 2009.⁸⁵

Sor-szám	Megnevezés		Ellátás típusa	
			önálló helyettes szülő	helyettes szülői hálózat
			a	b
Az ellátottak száma az ellátást kezdeményezője szerint (a tárgyévben)				
01.	Szülő		4	99
02.	Gyermek			10
03.	Más intézmény összesen (04–08. sorok)		3	25
04.	Ebből	oktatási intézmény		
05.		egészségügyi intézmény		
06.		hatósági kezdeményezés	1	
07.		más szociális intézmény		3
08.		gyermekjóléti szolgálat	2	22
09.	Ellátottak száma összesen (01+02+03. sorok)		7	134

Családsegítés

67. számú ábra: A családsegítő szolgáltatás ellátásának fenntartók szerinti megoszlása (2009)

Megye	települési önkormányzat	önkormányzati intézményfenn- tartó társulás	többcélú kistérségi társulás	egyház, egyházi intézmény	alapítvány, egyesület	egyéni és társas vállalkozás
Bács-Kiskun	55,3%	23,4%	8,5%	0,0%	4,3%	8,5%
Baranya	12,5%	45,8%	37,5%	0,0%	4,2%	0,0%
Békés	63,5%	1,9%	34,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Borsod-Abaúj- Zemplén	64,1%	14,1%	18,8%	0,0%	3,1%	0,0%
Budapest	97,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%
Csongrád	50,0%	7,7%	42,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Fejér	75,8%	0,0%	15,2%	0,0%	9,1%	0,0%
Győr-Moson-Sopron	52,2%	39,1%	8,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Hajdú-Bihar	54,9%	25,6%	13,4%	0,0%	6,1%	0,0%
Heves	55,9%	20,6%	23,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Jász-Nagykun- Szolnok	26,2%	8,2%	65,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Komárom-Esztergom	50,0%	0,0%	43,8%	0,0%	6,3%	0,0%
Nógrád	43,8%	9,4%	46,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Pest	42,5%	28,8%	16,4%	2,7%	6,8%	2,7%
Somogy	9,5%	66,7%	23,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Szabolcs-Szatmár- Bereg	51,8%	40,0%	2,4%	1,2%	4,7%	0,0%
Tolna	27,8%	55,6%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Vas	50,0%	27,3%	18,2%	0,0%	4,5%	0,0%
Veszprém	51,5%	33,3%	9,1%	0,0%	3,0%	3,0%
Zala	31,6%	31,6%	31,6%	0,0%	5,3%	0,0%
Összesen:	49,9%	23,6%	22,0%	0,4%	3,3%	0,8%

Forrás: KSH OSAP, TEIR

68. számú ábra: A családsegítő szolgáltatás által nem ellátott települések száma (2010)

Régió	Megye	Családsegítő által nem ellátott települések száma
Nyugat-Dunántúl	Győr-Moson-Sopron	92
	Vas	63
	Zala	1
Közép-Dunántúl	Fejér	23
	Komárom-Esztergom	8
	Veszprém	14
Dél-Dunántúl	Baranya	0
	Somogy	0
	Tolna	1
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén	23
	Heves	20
	Nógrád	34
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	0
	Jász-Nagykun-Szolnok	4
	Szabolcs-Szatmár-Bereg	9
Dél-Alföld	Bács-Kiskun	14
	Békés	2
	Csongrád	4
Közép-Magyarország	Pest	1
	Budapest	0
Összesen		313
Lefedettség		9,85%

Forrás: Regionális módszertani családsegítő szolgálatok felmérése

69. számú ábra: A családsegítő szolgáltatást igénybevevők száma korcsoport szerint, régióként (2009)

Régió	0-6év	7-13év	14-17év	18-34év	35-49év	50-61év	62 év -	Összesen
Közép-Magyarország	1 191	2 160	2 196	19 523	29 672	26 315	11 260	92 317
Közép-Dunántúl	1160	2 097	1 396	10 007	14 739	10 972	6 534	46 905
Nyugat-Dunántúl	422	1 214	2 605	5 470	9 778	6 437	3 516	29 442
Dél-Dunántúl	734	1036	805	9 744	15 672	12 073	5 325	45 389
Észak-Magyarország	1 093	2 213	1 499	23 402	30 619	17 793	7 373	83 992
Észak-Alföld	3 022	7 573	5 033	39 472	48 016	32 241	17 297	152 654
Dél-Alföld	896	2 305	1 576	12 754	21 323	15 412	7 916	62 182
Összesen	8 518	18 598	15 110	120 372	169 819	121 243	59 221	512 881

Forrás: KSH OSAP, TEIR

70. számú ábra: A családsegítő szolgáltatások esetkezelése az esetkezelések jellege szerint (2001-2008)

Év, régió	Szociális, mentális	Pszichológiai	Jogi	Egészségügyi	Összesen	Az esetkezelésben érintettek száma
	esetkezelésben részesültek száma					
2001	589 358	28 328	45 999	15 149	678 834	433 934
2002	666 197	33 716	48 644	14 769	763 326	151 851
2003	461 252	19 007	29 396	17 342	528 003	895 207
2004	524 318	20 913	27 924	11 942	585 097	969 248
2005	582 056	22 687	29 178	11 650	645 571	1 058 924
2006	752 686	23 036	29 549	8 917	814 188	1 470 963
2007	968 202	22 692	28 398	6 450	1 025 742	1 765 239
2008	984 178	21 965	29 143	8 724	1 044 010	1 751 290

Ebből:

Közép-Magyarország	157 226	8 060	11 202	1 645	178 133	321 567
Közép-Dunántúl	72 206	2 322	2 650	1 052	78 230	154 666
Nyugat-Dunántúl	64 217	1 118	533	276	66 144	118 613
Dél-Dunántúl	101 520	2 479	1 701	395	106 095	172 558
Dunántúl	237 943	5 919	4 884	1 723	250 469	445 837
Észak-Magyarország	215 042	2 092	5 212	3 116	225 462	359 466
Észak-Alföld	241 196	2 711	3 686	1 125	248 718	378 295
Dél-Alföld	132 771	3 183	4 159	1 115	141 228	246 125
Alföld és Észak	589 009	7 986	13 057	5 356	615 408	983 886

Forrás: KSH

71. számú ábra: A családsegítő szolgálatok egyéb tevékenységének főbb adatai (2001-2009)

Év, régió	Szolgáltatások közvetítése és nyújtása	Dologi javak közvetítése és nyújtása	Adósság-kezelési tanácsadó szolgáltatás	Aktív korúak rendszeres szociális segélyezéséhez beilleszkedési program szolgáltatás	Ifjúsági információs és tanácsadó szolgáltatás	Mediáció és konfliktus-kezelés
a szolgáltatótevékenységet igénybe vevők száma						
2001	67 773	102 105	–	–	–	–
2002	88 371	117 915	–	–	–	–
2003	90 342	107 264	–	–	–	–
2004	107 586	121 468	21 109	–	9 292	4 580
2005	124 052	131 201	33 510	–	14 179	2 695
2006	153 483	234 611	34 851	–	13 834	4 498
2007	180 060	242 530	31 341	–	16 676	5 860
2008	200 742	317 877	43 234	141 198	6 855	3 546
2009	196 484	221 822	43 613	75 788	4 159	5 104
Ebből:						
Közép-Magyarország	28 864	37 334	15 299	7 212	908	874
Közép-Dunántúl	19 963	17 900	3 914	2 997	112	239
Nyugat-Dunántúl	12 746	12 967	4 403	2 578	1 205	219
Dél-Dunántúl	18 410	16 274	3 871	8 502	9	621
Észak-Magyarország	29 066	38 736	7 024	21 543	623	1 415
Észak-Alföld	54 665	66 748	5 522	22 096	1 005	1 104
Dél-Alföld	32 770	31 863	3 580	10 860	297	632

Forrás: KSH OSAP, TEIR

72. számú ábra: Nyilvántartott álláskeresők száma és változása 2010 december (fő)

Régió	Nyilvántartott álláskeresők száma	Változás 2009-hez képest
Közép-Magyarország	88 537	6 145
Közép-Dunántúl	57 346	-4 725
Nyugat-Dunántúl	41 650	-5 248
Dél-Dunántúl	70 476	-2 647
Észak-Magyarország	109 208	-5 505
Észak-Alföld	137 454	1 240
Dél-Alföld	86 607	-2 558
Összesen	591 278	-13 298

Forrás: www.afsz.hu

73. számú ábra: A nyilvántartott állás keresők aránya a gazdaságilag aktív népességhez viszonyítva 2010 december (%)

Régió	Arány %
Közép-Magyarország	6,7
Közép-Dunántúl	11,4
Nyugat-Dunántúl	9,1
Dél-Dunántúl	17,5
Észak-Magyarország	21,5
Észak-alföld	22,1
Dél-alföld	15,5
Összesen	13,5

Forrás: www.afsz.hu

74. számú ábra: A tartósan (több mint 1 éve) nyilvántartott állás keresők átlagos száma és aránya az összes regisztrált között 2009 (fő)

Régió	Tartós munkanélküliek száma (fő)	Aránya (%)
Közép-Magyarország	10 076	14,4
Közép-Dunántúl	9 171	15,9
Nyugat-Dunántúl	7 127	15,9
Dél-Dunántúl	20 268	29,06
Észak-Magyarország	35 955	33,3
Észak-alföld	41 547	32,5
Dél-alföld	21 114	25,6
Összesen:	145 258	25,9

Forrás: www.afsz.hu

75. számú ábra: Rendszeres szociális segélyben és rendelkezési állási támogatásban részesülők átlagos száma 2009 (fő)

Régió	Segélyben, támogatásban részesülők száma
Közép-Magyarország	9 280
Közép-Dunántúl	8 581
Nyugat-Dunántúl	6 908
Dél-Dunántúl	23 655
Észak-Magyarország	42 073
Észak-alföld	45 284
Dél-alföld	20 176
Összesen:	155 956

Forrás: www.afsz.hu

76. számú ábra: Az adósságcsökkentési támogatás főbb adatai 2003-2009

Év	A támogatásban részesített személyek száma	Felhasznált összeg, ezer Ft	Egy főre jutó átlagos összeg, Ft	Elutasított személyek száma
2003	2 626	121 905	46 422	550
2004	8 380	636 710	75 980	932
2005	8 648	621 303	71 844	688
2006	8 640	807 050	93 409	935
2007	8 649	757 144	87 541	857
2008	10 440	911 373	87 296	960
2009*	13 603	1 159 839	85 264	..

*KSH előzetes, még nem publikált adatai

77. számú ábra: A családsegítő szolgáltatás tárgyi feltételei 2007

Terület	nem kizárólagos használatú helyiségek	Kizárólagosan használt helyiségek							
		helyiségek összesen	intejú szoba	közösségi helyiség	váro-helyiség	dolgozói szoba	raktár	egyéb	több-funkciós
Dél-Alföld	402	351	65	22	56	121	31	39	17
Dél-Dunántúl	478	280	69	25	48	97	12	15	14
Észak-Alföld	649	464	89	25	74	179	34	26	37
Észak-Magyarország	385	412	66	38	59	129	22	64	34
Közép-Dunántúl	284	268	49	30	42	91	21	22	13
Közép-Magyarország	461	581	138	56	55	181	41	75	35
Nyugat-Dunántúl	372	239	51	17	25	83	24	30	9
Összesen	3031	2595	527	213	359	881	185	271	159

Forrás: Regionális módszertani családsegítő szolgálatok

78. számú ábra: Kizárólagosan használt eszközök

Terület	Kizárólagosan használt eszközök				
	Fax készülékek száma/családsegítő egység	számítógépek száma/egység	internet-hozzáférés aránya	egy szolgálatra jutó szolgálati jármű	Egy szolgálatra jutó gépkocsi
Dél-Alföld	0,80	1,10	55,15%	0,73	0,037
Dél-Dunántúl	1,21	1,74	83,56%	0,42	0,068
Észak-Alföld	0,88	1,31	57,87%	0,66	0,017
Észak-Magyarország	1,29	1,81	92,31%	0,50	0,051
Közép-Dunántúl	1,37	1,58	79,45%	0,58	0,137
Közép-Magyarország	3,24	3,74	*174,19%	0,28	0,054
Nyugat-Dunántúl	2,70	3,04	*140,00%	1,00	0,08
Összesen	1,64	2,05	98,00%	0,59	0,06

*egy-egy szolgáltató több internet-előfizetéssel rendelkezik. Forrás: Regionális módszertani családsegítő szolgálatok

79. számú ábra. A családsegítő szolgáltatások személyi feltételei 2008

Területi egység, népességnagyság	A családsegítő egységek száma	A családsegítő szakmai tevékenységet végzők száma			Egy családsegítőre jutó szakdolgozók	A szolgáltatást igénybe vevők	Egy szakdolgozóra jutó igénybevevők
		összesen	ebből				
			felsőfokú szakirányú végzettségű	középfokú szakirányú végzettségű			
Budapest	33	433	330	59	12	52 121	134
Pest	65	278	191	34	3	32 127	143
Közép-Magyarország	98	711	521	93	6	84 248	137
Fejér	28	102	79	10	3	19 141	215
Komárom-Esztergom	16	93	76	7	5	8 406	101
Veszprém	27	88	73	4	3	11 935	155
Közép-Dunántúl	71	283	228	21	4	39 482	159
Győr-Moson-Sopron	17	84	72	4	4	13 692	180
Vas	18	73	58	4	3	5 634	91
Zala	15	78	54	13	4	6 346	95
Nyugat-Dunántúl	50	235	184	21	4	25 672	125
Baranya	23	102	68	14	4	18 846	230
Somogy	33	120	76	16	3	19 932	217
Tolna	16	62	53	4	4	10 515	184
Dél-Dunántúl	72	284	197	34	3	49 293	213
Dunántúl	193	802	609	76	4	114 447	167
Borsod-Abaúj-Zemplén	55	236	146	26	3	73 456	427
Heves	29	81	54	6	2	17 001	283
Nógrád	29	70	42	7	2	6 280	128
Észak-Magyarország	113	387	242	39	2	96 737	344
Hajdú-Bihar	64	194	138	20	2	70 530	446
Jász-Nagykun-Szolnok	58	118	82	12	2	31 945	340
Szabolcs-Szatmár-Bereg	59	164	121	16	2	53 452	390
Észak-Alföld	181	476	341	48	2	155 927	401
Bács-Kiskun	43	128	78	9	2	20 750	239
Békés	46	118	78	14	2	20 599	224
Csongrád	19	93	73	3	4	15 616	205
Dél-Alföld	108	339	229	26	2	56 965	223
Alföld és Észak	402	1 202	812	113	2	309 629	335
Ország összesen	693	2 715	1 942	282	3	508 324	229
Ebből:							
-499	30	31	16	1	1	1 485	87
500- 999	41	67	32	5	1	6 052	164
1 000- 1 999	105	169	98	18	1	22 344	193
2 000- 4 999	201	438	289	52	2	91 924	270
5 000- 9 999	116	389	250	34	2	88 111	310
10 000-19 999	81	427	314	40	4	105 075	297
20 000-49 999	42	349	282	29	7	70 205	226
50 000-99 999	17	174	142	17	9	26 795	169
100 000-x	27	238	189	27	8	44 212	205

Budapest	33	433	330	59	12	52 121	134
----------	----	-----	-----	----	----	--------	-----

Forrás: KSH

80. számú ábra Fogasztói árindex - reáljövedelem 1990-2009

A lakosság által vásárolt termékek, szolgáltatások, fogyasztóiár-index, (1990=100,0 %)			Reáljövedelem index (1990=100,0 %)
Időszak	Kiadási főcsoportok, mindösszesen	Háztartási energia összesen	Egy főre jutó reáljövedelem
1992. év	166,1	259,2	94,9
1993. év	203,4	311,8	90,3
1994. év	241,6	348,3	92,7
1995. év	309,7	522,5	87,7
1996. év	382,8	692,3	85
1997. év	452,9	899,3	85,2
1998. év	517,7	1060,3	87,3
1999. év	569,5	1160	88,3
2000. év	625,3	1265,6	90,8
2001. év	682,8	1396	94,9
2002. év	719	1472,8	100,9
2003. év	752,5	1580	105,7
2004. év	803,7	1802,8	109,1
2005. év	832,3	1914,4	113,1
2006. év	864,8	2036,9	115,2
2007. év	933,8	2538,2	110,1
2008. év	990,4	2859,5	108
2009. év	1032	3094	..

Forrás: KSH

Étkeztetés

81. számú ábra:

Év	1995		2002		2009	
	N	%	N	%	N	%
Ország	106969	100,0%	103414	100,0%	124693	100,0%
KMO régió	28687	26,8%	24122	23,33%	17679	14,18%
Budapest	21654	20,2%	17905	17,31%	11791	9,46%
Pest	7033	6,6%	6217	6,01%	5888	4,72%
KD régió	11122	10,4%	9887	9,56%	12824	10,28%
Fejér	4154	3,9%	3192	3,09%	4512	3,62%
Komárom	2684	2,5%	2880	2,78%	2552	2,05%
Veszprém	4284	4,0%	3815	3,69%	5760	4,62%
NYD régió	12669	11,8%	11008	10,64%	13779	11,05%
GYMS	3842	3,6%	3748	3,62%	4264	3,42%
Vas	5696	5,3%	3750	3,63%	4746	3,81%
Zala	3131	2,9%	3510	3,39%	4769	3,82%
DD régió	10389	9,7%	9906	9,58%	16351	13,11%
Baranya	3632	3,4%	3445	3,33%	5857	4,70%
Somogy	4667	4,4%	4225	4,09%	7539	6,05%
Tolna	2090	2,0%	2236	2,16%	2955	2,37%

ÉMO régió	16875	15,8%	18657	18,04%	21352	17,12%
BAZ	10518	9,8%	11794	11,40%	13158	10,55%
Hever	3495	3,3%	4339	4,20%	4813	3,86%
Nógrád	2862	2,7%	2524	2,44%	3381	2,71%
ÉA régió	15858	14,8%	17199	16,63%	23783	19,07%
Hajdú-B	4376	4,1%	4540	4,39%	6728	5,40%
SZSZB	5401	5,0%	7420	7,18%	11484	9,21%
JNSZ	6081	5,7%	5239	5,07%	5571	4,47%
DA régió	11369	10,6%	12635	12,22%	18925	15,18%
Bács-K.	3978	3,7%	5096	4,93%	6307	5,06%
Békés	3750	3,5%	3782	3,66%	7465	5,99%
Csongrád	3641	3,4%	3757	3,63%	5153	4,13%

2. számú ábra Étkeztetést igénybe vevők száma 1995., 2002., 2009., Forrás: KSH

82. számú ábra: Az étkeztetésben résztvevők megoszlása nemek és korcsoportok arányában

Életkor	Étkeztetést igénybe vevők életkor szerinti megoszlása 2002			Étkeztetést igénybe vevők életkor szerinti megoszlása 2008		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
0-18	312	277	589	425	412	837
19-39	2004	1805	3809	2208	2243	4451
40-59	9336	9430	17766	10484	9015	19499
60-69	8544	11740	20284	9700	13237	22937
70-x	19595	41371	60966	18746	41333	60079
összesen	39791	64623	103414	41563	66240	107803

3. számú ábra Étkeztetést igénybe vevők életkor szerinti megoszlása 2002. 2008 , Forrás: KSH

Idősellátás

83. számú ábra: Idősek nappali ellátását igénybe vevők száma régióként 2002-2009.,

Régió	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Közép-Magyarország	8234	8 362	7 752	7 883	7 790	7 800	7 508	7460
Közép-Dunántúl	3101	2 999	2 970	3 010	2 870	2 813	2 555	2362
Nyugat-Dunántúl	3234	3 277	3 406	3 407	3 334	3 261	3 147	3111
Dél-Dunántúl	4171	4 170	4 024	3 802	3 677	3 967	3 906	3692
Észak-Magyarország	6063	6 075	6 060	5 983	5 830	5 652	5 442	5519
Észak-Alföld	7921	7 845	7 528	7 553	7 676	7 679	7 739	8326
Dél-Alföld	7762	7 765	7 861	8 104	7 871	7 708	7 667	7739
Ország összesen	40486	40493	39601	39742	39048	38880	37964	38209

Forrás: KSH

84. számú ábra:

Életkor	Idősek nappali ellátását igénybe vevők életkori megoszlása 2002			Idősek nappali ellátását igénybe vevők életkori megoszlása 2008		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
0-18	5	5	10	0	0	0
19-39	466	340	806	202	268	571
40-59	3358	3465	6823	2707	3183	5890
60-69	3832	6555	10387	3408	7452	10860
70-x	7130	15330	25695	5653	14989	20642
összesen	14791	25695	40486	12071	25893	97964

4. számú ábra. (forrás: KSH)

Pszichiátriai betegek szociális ellátása

85. számú ábra: A pszichiátriai otthonokban élő személyek életkor szerinti megoszlása⁸⁶:

Ellátottak száma nem és korcsoport szerint			
korcsoport	férfi	nő	összesen
0-17	15	1	16
18-39	540	333	873
40-59	2132	1567	3699
60-64	538	512	1050
65-69	415	468	883
70-79	444	708	1152
80-x	119	396	515
Összesen	4203	3985	8188

86. számú ábra: A szolgáltatók száma és területi elhelyezkedése

Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére, 2009			
Terület	Tárgyév folyamán ellátásba vettek	Tárgyév folyamán ellátásból kikerültek	Ellátottak száma tárgyév XII. 31-én
Budapest	531	638	1111
Pest	170	188	205
Közép-Magyarország	701	826	1316
Fejér	23	14	124
Komárom-Esztergom	2	13	84
Veszprém	61	14	84
Közép-Dunántúl	86	41	292
Győr-Moson-Sopron	75	37	193
Vas	105	89	166
Zala	100	358	245
Nyugat-Dunántúl	280	484	604
Baranya	61	97	196
Somogy	40	78	150
Tolna	68	79	140
Dél-Dunántúl	169	254	486
Borsod-Abaúj-Zemplén	18	53	53
Heves	45	38	87
Nógrád	64	17	90
Észak-Magyarország	127	108	230
Hajdú-Bihar	447	446	594
Jász-Nagykun-Szolnok	133	286	150

⁸⁶

Forrás: [Szociális](#) statisztikai évkönyv, 2008

Szabolcs-Szatmár-Bereg	272	297	370
Észak-Alföld	852	1029	1114
Bács-Kiskun	184	49	263
Békés	118	271	307
Csongrád	159	100	357
Dél-Alföld	461	420	927
Összesen	2676	3162	4969

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyv

87. számú ábra: Pszichiátriai betegek nappali ellátása intézményei, férőhelyei és ellátottai

Terület	férőhelyek száma	ellátottak száma (XII. 31.)	intézmények száma*
Budapest	291	513	8
Pest	20	19	1
Közép-Magyarország	311	532	9
Fejér	30	35	1
Komárom-Esztergom	20	19	1
Veszprém	20	20	1
Közép-Dunántúl	70	74	3
Győr-Moson-Sopron	30	30	1
Vas	20	20	1
Zala	70	67	2
Nyugat-Dunántúl	120	117	4
Baranya		1	
Somogy			
Tolna			
Dél-Dunántúl		1	
Borsod-Abaúj-Zemplén	101	102	2
Heves	12	11	1
Nógrád			
Észak-Magyarország	113	113	3
Hajdú-Bihar	60	52	2
Jász-Nagykun-Szolnok	92	92	1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	130	144	4
Észak-Alföld	282	288	7
Bács-Kiskun	25	9	1
Békés	533	347	10
Csongrád	103	134	3
Dél-Alföld	661	490	14
Összesen	1557	1615	40

Forrás: KSH, OSAP

88. számú ábra: A szolgáltatók száma, területi elhelyezkedése és az engedélyezett férőhelyek száma

Pszichiátriai betegek átmeneti otthona		
Terület	férőhelyek száma	intézmények száma*
Közép-Magyarország	28	2
Közép-Dunántúl	25	2
Nyugat-Dunántúl	6	1
Dél-Dunántúl	-	-
Észak-Magyarország	-	-
Észak-Alföld	20	1
Dél-Alföld	-	-
Összesen	99	6

Forrás: <http://szocialisregiszter.afsz.hu/>

89. számú ábra: A szolgáltatók száma, területi elhelyezkedése és az engedélyezett férőhelyek szám

Pszichiátriai betegek bentlakásos ellátása			
Terület	férőhelyek száma	ellátottak száma (XII. 31.)	intézmények száma*
Budapest	300	300	4
Pest	886	843	11
Közép-Magyarország	1186	1143	15
Fejér	248	249	3
Komárom-Esztergom	202	204	3
Veszprém	255	268	3
Közép-Dunántúl	705	721	9
Győr-Moson-Sopron	496	490	4
Vas	996	993	9
Zala	410	410	4
Nyugat-Dunántúl	1902	1893	17
Baranya	238	253	4
Somogy	285	279	3
Tolna	140	141	2
Dél-Dunántúl	663	673	9
Borsod-Abaúj-Zemplén	810	811	5
Heves	300	304	1
Nógrád	267	265	2
Észak-Magyarország	1377	1380	8
Hajdú-Bihar	638	629	13
Jász-Nagykun-Szolnok	277	276	5

Szabolcs-Szatmár-Bereg	427	421	7
Észak-Alföld	1342	1326	25
Bács-Kiskun	465	453	3
Békés	457	458	6
Csongrád	434	429	5
Dél-Alföld	1356	1340	14
Összesen	8531	8476	97

Forrás: KSH, OSAP

90. számú ábra: A szolgáltatók száma, területi elhelyezkedése és az engedélyezett férőhelyek száma

Pszichiátriai betegek rehabilitációs lakóotthona		
Terület	férőhelyek száma	intézmények száma*
Közép-Magyarország	85	1
Közép-Dunántúl	-	-
Nyugat-Dunántúl	46	3
Dél-Dunántúl	12	1
Észak-Magyarország	-	-
Észak-Alföld	80	3
Dél-Alföld	-	-
Összesen	350	8

Forrás: <http://szocialisregiszter.afsz.hu/>

91. számú ábra: A szolgáltatók száma, területi elhelyezkedése és az engedélyezett férőhelyek száma

Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye		
Régió	Biztosított férőhelyek száma	Intézmények száma
Észak-Alföld	80	3
Észak -Magyarország	-	-
Dél-Alföld	-	-
Dél-Dunántúl	12	1
Közép-Dunántúl	-	-
Közép- Magyarország	85	-
Nyugat-Dunántúl	46	3
ÖSSZESEN	223	8

Forrás: <http://szocialisregiszter.afsz.hu/>

Fogyatékkal élők ellátása

92. számú ábra: Fogyatékkal élők Ellátási típusok szerint:

Szociális szolgáltatások fogyatékkal élők részére, 2009 (az ellátottak számának éves átlaga, fő)	fogyatékos személyek gondozóháza	fogyatékosok személyek otthona	fogyatékosok rehabilitációs intézménye	fogyatékos személyek rehabilitációs lakóotthona	fogyatékos személyek gondozóháza	összesen
Közép-Magyarország	89	2 115	334	113	256	2 907
Budapest	84	534	146	34	36	834
Pest	5	1 581	188	79	220	2 073
Közép-Dunántúl	50	1 874	92	91	74	2 181
Fejér	27	858	32	26	36	979
Komárom-Esztergom	0	347	60	33	22	462
Veszprém	23	669	0	32	16	740
Nyugat-Dunántúl	16	1 459	75	28	263	1 841
Győr-Moson-Sopron	7	357	50	0	226	640
Vas	0	686	0	0	37	723
Zala	9	416	25	28	0	478
Dél-Dunántúl	19	1 594	295	40	66	2 014
Baranya	14	546	144	32	47	783
Somogy	5	631	20	0	19	675
Tolna	0	417	131	8	0	556
Észak-Magyarország	16	1 712	191	54	113	2 086
Borsod-Abaúj-Zemplén	8	706	141	25	48	928
Heves	8	522	25	29	30	614
Nógrád	0	484	25	0	35	544
Észak-Alföld	3	2 536	189	35	206	2 969
Hajdú-Bihar	3	754	124	10	37	928
Jász-Nagykun-Szolnok	0	645	19	12	69	745
Szabolcs-Szatmár-Bereg	0	1 137	46	13	100	1 296
Dél-Alföld	22	2 120	42	128	267	2 579
Bács-Kiskun	22	894	30	16	46	1 008
Békés	0	635	12	93	113	853
Csongrád	0	591	0	19	108	718
Összesen	215	13 410	1 218	489	1 245	16 577

Szenvedélybetegek

93. számú ábra: Tiltott drogok összesített prevalenciaértékei, illetve a folyamatos fogyasztási ráta, valamint a kilépők aránya 2001-ben 2003-ban és 2007-ben országosan a 18–53 éves felnőtt népesség körében (Paksi és Arnold, 2007)^{87 88},

		2001		2003		2007	
		mért értékek (%)	hibahatár ¹⁶	mért értékek ¹⁷ (%)	hibahatár	mért értékek (%)	hibahatár
Életprevalencia		7,5	±0,6	11,1	±0,7	11,2	±0,7
Éves prevalencia		2,8	±0,4	3,9	±0,4	3,1	±0,4
Havi prevalencia		1,3	±0,3	1,4	±0,2	1,1	±0,2
Absztinens		92,5	±0,6	88,9	±0,7	88,8	±0,7
Folyamatos fogyasztási ráta		38,5	±4,4	38,1	±3,2	27,7	±3,0
ebből	folyamatos fogyasztási ráta új belépők nélkül	35,2	±4,3	31,4	±3,1	23,8	±2,9
	új belépők aránya	3,3	±1,6	6,6	±1,7	3,9	±1,3
A leállt fogyasztók aránya		61,5	±4,4	61,9	±3,2	72,3	±3,0

⁸⁷

Felvinczi Katalin – Nyirády Adrienn (szerk.): Drogpolitika számokban. L'Harmattan, Budapest, 2009. 103.o.

⁸⁸

A számú ábrában a hibahatárt 68%-os megbízhatósági szinten adtuk meg, ami azt jelenti, hogy az esetek 68%-ában a populációban jellemző tényleges érték a mért értékek a hibahatár által meghatározott környezetben helyezkedik el. 95%-os megbízhatósági szint mellett a hibahatár a számú ábrában feltüntetett érték kétszerese.

„17” A hibahatárt meghaladó változásokat a számú ábrában kiemeltük.

94. számú ábra:

Alkoholisták száma Magyarországon (SÉ2009 + SÉ 2007)					
Megnevezés	2005	2006	2007	2008	2009
Az alkoholisták becsült száma, ezer	432	509	490	539	559
Ebből:					
férfi	324	371	374	406	420
nő	108	138	116	133	139
Nyilvántartott alkoholisták száma	32 888	29 022	26 040	20 152	11 897
Ebből:					
férfi	24 470	21 682	18 778	14 301	8 831
nő	8 418	7 340	7 262	5 670	3 066
ismeretlen	–	–	–	181	–
Addiktológiai (alkoholbeteg-) gondozókban nyilvántartott alkoholisták	30989	27 112	24 347	18 364	11 897
Ebből:					
20 év alatt	249	176	122	135	80
20–34 éves	4 603	4 154	3 356	2 581	1 597
35–54 éves	18 353	16 247	14 455	10 414	6 630
55–64 éves	6 188	5 301	5 128	4 066	2 753
65– éves	1 596	1 234	1 286	987	837
ismeretlen	–	–	–	181	–
Tízezer lakosra jutó nyilvántartott alkoholist	32,6	29	26	20	12
Alkoholos májbetegség miatt meghaltak	3 000	3 538	3 405	3 741	3 885
Ebből:					
férfi	2 252	2 577	2 596	2 817	2 918
nő	748	961	809	924	967

95. számú ábra: Ellátási kötelezettség

Szociális szolgáltatások			A szolgáltatást biztosítani köteles		
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szt.) (2011 januári állapot szerint)			települési önkormányzat	fővárosi kerületi önkormányzat	megyei és a fővárosi önkormányzat
Szociális alapszolgáltatások					
falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás			pályázat		
étkeztetés	népkonyha		X	X	
	szociális konyha				
házi segítségnyújtás			X	X	
családsegítés			2000 fő felett	2000 fő felett	
közösségi ellátások	pszichiátriai		pályázat	pályázat	pályázat
	szenvedélybeteg		pályázat	pályázat	pályázat
	alacsonyküszöb		pályázat	pályázat	pályázat
utcai szociális munka			50 000 fő felett	50 000 fő felett	
nappali ellátás	pszichiátriai		10 000 fő felett	10 000 fő felett	
	szenvedélybeteg		10 000 fő felett	10 000 fő felett	
	hajléktalan (melegező)		10 000 fő felett	10 000 fő felett	
Szakosított ellátások					
tartós bentlakásos intézmények	ápolást gondozást nyújtó intézmények	pszichiátriai betegek otthona		köteles megszervezni	köteles megszervezni
		szenvedélybetegek otthona		köteles megszervezni	köteles megszervezni
	rehabilitációs intézmények	pszichiátriai betegek rehab. int.		köteles megszervezni	köteles megszervezni
		szenvedélybetegek rehab. int.		köteles megszervezni	köteles megszervezni
	lakóotthonok	pszichiátriai betegek lakóotthona		köteles megszervezni	köteles megszervezni
		szenvedélybetegek lakóotthona		köteles megszervezni	köteles megszervezni
bentlakásos intézmények	átmeneti ellátást nyújtó intézmények	pszichiátriai betegek átmeneti otthona	30 000 fő felett	30 000 fő felett	
		szenvedélybetegek átmeneti otthona	30 000 fő felett	30 000 fő felett	

96. számú ábra

Szociális szolgáltatások			A szolgáltatást biztosítani köteles		
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szt.)			települési önkormányzat	fővárosi kerületi önkormányzat	megyei és a fővárosi önkormányzat
Szakosított ellátások					
tartós bentlakásos intézmények	ápolást gondozást nyújtó intézmények	idősek otthona	-	köteles megszervezni	köteles megszervezni
bentlakásos intézmények	átmeneti ellátást nyújtó intézmények	időskorúak gondozóháza	30 000 fő felett	30 000 fő felett	-

Forrás: 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szt.)

Függelék, mellékletek

Családsegítő szolgáltatások

A családsegítő szolgálatoknál előforduló problémák

Szociális foglalkoztatás a fogyatékossgal élő emberek körében

A szociális foglalkoztatás megszervezésére formálisan, támogatással 2006 óta van lehetősége a szociális intézményeknek. Előtte a munka jellegű foglalkoztatás fogyatékossgal élő személyek számára finanszírozottan célszervezetek által volt megszervezhető, vagy munkaterápiás foglalkoztatás keretében az intézmények által, mely finanszírozását külön támogatással nem segítették. Mindenképpen komoly előrelépés a foglalkoztatás formalizálása, hisz ez célcsoportunk esetében elengedhetetlen feltétele a nyílt munkaerőpiaci szolgáltatások igénybe vételének. Azonban azt tapasztaljuk, hogy a jelenlegi szabályozás talaján a célcsoport igényeihez alkalmazkodó minőségi szolgáltatásnak nincs meg a megfelelő keretrendszere.

A fogyatékossgal élő személyek sajátosságait a foglalkoztatási feltételek szabályozása nem veszi figyelembe

A szociális foglalkoztatás feladata, hogy biztosítsa a fogyatékos emberek munkához való jogát, az esélyegyenlőséget, és a társadalmi integrációt. Esetükben, különösen az értelmi fogyatékossgal élő személyek esetében ugyanis reintegrációról nem eshet szó, hiszen, még sokan soha nem voltak igazán befogadott tagjai a társadalomnak (ugyanaz igaz a születéskori vagy gyermekkori eredetű fogyatékossgal élőkre is). Ez a halmaz foglalja magába a legtöbb embert, akik foglalkoztatása megoldatlan.

Számukra is szükséges a szociális foglalkoztatást biztosítani: megismertetni őket azzal, hogy milyen is lehet dolgozni, értéket teremteni, a társadalom hasznos tagjának lenni. Tehát szükséges számukra a szociális foglalkoztatás, de ***más szabályokat, kritériumokat kell alkalmazni, más feltételeket kell biztosítani esetükben, mint a szociális foglalkoztatás többi célcsoportjának esetében.***

Az értelmi fogyatékossgal élő emberek nagy része soha nem fog a nyílt munkaerőpiacon önállóan munkát végezni, ezért a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás Szociális törvényben meghatározott célja sok esetben nem állja meg a helyét, irreális. Ugyanakkor valóban megkülönböztethetően megbízhatóbban, magasabb szintű munkát képes végezni a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban résztvevő értelmi fogyatékos személy, mint a munka-rehabilitációban foglalkoztatott, tehát megkülönböztetésük szükséges, de a cél eltérő lehet, mint a nem értelmi fogyatékos személyek esetében.

A legtöbb értelmi fogyatékossgal élő személynek társult fogyatékosága, vagy betegsége is van, mely még jobban megnehezíti azt, hogy integrált formában a nyílt munkaerőpiacon dolgozhasson. Számukra a foglalkoztatáshoz *különleges feltételeket* kell biztosítani.

A szociális foglalkoztatás finanszírozása a minimum bérekre sem elegendő. A fogyatékossgal élő emberekkel jóval több segítő kénytelen foglalkozni, hogy megfelelő szintű, minőségű munkát legyenek képesek végezni, mint amit a jelenlegi jogi szabályozás (3/2006 (V. 17.) ICsSzEM rendelet) minimum feltételként előír. Vannak olyan intézmények, amelyekben a többi „segítőt” az intézmény egyéb – mentálhigiénés munkatárs, fejlesztő pedagógus, stb – munkakörében lévő dolgozóval pótolja, természetesen a normatív finanszírozásból. De ennek a szociális foglalkoztatásban részt *nem* vevő fogyatékos emberek látják a kárát azáltal, hogy az intézmény - a személyi feltételek átcsoportosítása révén (hogy meg tudjon felelni a szociális foglalkoztatás elvárásainak is) - csökkenti a többi ellátott foglalkoztatásának, egyéni fejlődésének lehetőségét.

Javasoljuk, hogy – akár más, de megbízható forrásból – a fogyatékosok esélyegyenlőségének biztosítása érdekében a szociális foglalkoztatást fogyatékossgal élő emberek számára biztosító szociális intézmények kapjanak, kaphassanak rendszeres kiegészítő támogatást az eltérő szükségletek biztosítása érdekében!

A határozott idejű szerződéskötés – fenntarthatatlan törvényi szabályozás

Az intézményi ellátottak fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetén a Szocvtv. 99/E. § (2) b) pontjában foglaltak alapján az intézmény, vagy az intézménnyel az ellátottak foglalkoztatására megállapodást kötött szervezet által, **legfeljebb egy évre kötött munkaszerződés alapján**, az Mt. szerinti **határozott idejű munkaviszony** (Mt. 79.§ (2) bekezdés) keretében vehetnek részt fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban. Az intézményi ellátottak tehát nem létesíthetnek határozatlan időtartamú munkaviszonyt (Mt. 79.§ (1) bekezdés), ezáltal munkaviszonyuk, függetlenül az állapotuktól, munkavégzésük színvonalától, illetve az egyéb körülményektől a határozott idő lejártával megszűnik.

A jelenlegi rendszerben **az intézményi ellátott és az intézmény között újabb és újabb egy éves időtartamú határozott idejű munkaviszony jön létre**, amely azonban az Mt. 79.§ (5) bekezdésének értelmében a **határozott időre szóló munkaviszony időtartama az öt évet nem haladhatja meg**. Az öt évbe beleszámít a határozott időre kötött munkaszerződés megszűnésétől számított hat hónapon belül kötött újabb határozott időtartamú munkaviszony tartama. Az intézményi ellátottak tehát, amennyiben hat hónaposnál nem nagyobb megszakítással kívánnak dolgozni, **maximum öt darab határozott idejű egy évre szóló munkaviszonyt köthetnek**. Ezután legalább hat hónapot kell vagy munka nélkül tölteniük, vagy másik munkáltatóval munkaviszonyt létesíteniük, mely utóbbi egyértelműen nem reális megoldás.

A **jelenlegi rendszer automatikussá** teszi a határozott idejű munkaszerződések ismételt megkötését a finanszírozási rendszer talaján, holott annak a Munka törvénykönyve szerint igen szigorú feltételei vannak (pl.: nem vezethet a munkavállalói jogok csorbulására)

Könnyen belátható hogy mivel a szociális foglalkoztatásra irányuló szabályozás **2006 évben került bevezetésre pontosan 2011-ben kerülnek szembe a foglalkoztatók azzal a törvényi**

korláttal hogy a foglalkoztatottakkal nem köthetnek újabb határozott idejű szerződést. (Az intézményi ellátottakkal ellentétben más megváltozott munkaképességű munkavállalók határozatlan idejű munkaviszonyát nem zárja ki jogszabály. A 176/2005 (IX.2) Korm. rendelet rendelkezik a nem intézményi ellátott megváltozott munkaképességű munkavállalók munkavégzéséről, amelyet rehabilitációs célú foglalkoztatás keretében szabályoz (5.§ (3) a) pont). Azt, hogy rehabilitációs célú foglalkoztatásra irányuló munkaviszonyt határozatlan időre létesítsenek, nem zárja ki jogszabály, tehát a nem intézményi ellátottak nem esnek az egy éves korlátozás hatálya alá.)

A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásnak a Szocvtv. 99/E.§ (1) bekezdésében foglalt **célja** „a szociális intézményben ellátott személy számára munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatása révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint az ellátott felkészítése védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre”. **Pontosan e cél megvalósulása szenvedhet csorbát** akkor, amikor az ellátott munkaviszonya maximálisan egy évig tarthat, hiszen ilyen rövid idő alatt egyáltalán nem biztos, hogy az ellátott felkészíthető a nyílt munkaerőpiacon, vagy akár csak a védett munka keretében történő munkavégzésre.

Így a jelenlegi szabályozás mind a Munka törvénykönyve, mind az Alkotmány szabályaival ellentétes.

NRSZH foglalkoztathatóság vizsgálatával kapcsolatos aggályok

A foglalkoztathatóság vizsgálatát és annak felülvizsgálatát az NRSZH végzi, és ad szakvéleményt. E téren garanciális jelentősége lenne a foglalkoztathatóság felmérésére alkalmas módszerek (**munkaképesség felmérő módszerek**) szélesebb körű bevezetésére és alkalmazására, annak érdekében, hogy minden ellátott az állapotának megfelelő munkát végezhesen.

Az NRSZH által alkalmazott, autonómiatesztnek nevezett eljárás a BNO diagnosztikus leírása, melynek nincsenek súlyossági besorolásai. Önmagában vizsgálóeljárásként nem alkalmas a képességprofil, **a megmaradt munkaképességek és a rehabilitációs szükségletek differenciált, árnyalt meghatározására.**

A szociális foglalkoztatási felülvizsgálat eredményeként szakvélemény (NRSZH) a foglalkoztathatóság **felülvizsgálatának általános határideje 10 év** a jelenleg hatályos szabályok alapján. A gyakorlati tapasztalatok alapján az érintettek esetében **ennél rendszeresebb, munkaképesség mérésére alkalmas módszereket alkalmazó felülvizsgálatokra lenne szükség.**

A fenti feltételek hiányában az NRSZH a **fogyatékos emberek számára készített felnőttkori minősítő vizsgálatai** nem felelnek meg a szakmai elvárásoknak, információtartamuk nem elégítik ki a kívánalmakat olyan értelemben, hogy azok tartalmilag **segítsék a személyek foglalkoztatásának minőségét**, kiindulópontjai legyenek a személy életminőségének szempontjából kiemelkedő jelentőségű további tervezésnek. Általános érvényű észrevétel az NRSZH által készített dokumentumokkal kapcsolatosan, hogy talán hatékonyabban látná el funkcióját a több részterület-vizsgálat helyett egy **átfogó, minden területre kiterjedő, komplex vizsgálat**, és annak szakszerű, előre mutató leírása.

A szociális foglalkoztatás és a nappali ellátás egymást kioltó finanszírozása

A Költségvetési Törvény 2010 évben hatályos szabályozása alapján a nappali ellátásban azon ellátott után, akinek jogcímén a külön jogszabályban meghatározott intézményen belüli foglalkoztatási támogatást folyósítanak, a fenntartó *az adott napra csak e hozzájárulás 40%-át számolhatja el.*

A szabályozás aggályos a szociális intézmények működési stabilitása, és a fogyatékos emberek foglalkoztatási rehabilitációja szempontjából is az alábbi okok miatt:

- A szolgáltatás - az előírt szakmai létszám⁸⁹ és az ellátás egyéb költségeit (épület, iroda, rezszi stb.) - még a *100%-os finanszírozás sem fedezte*, a csökkentés pedig ellehetetleníti a nappali ellátást nyújtó fenntartók működését, miközben ez az ellátási forma az egyik legmegfelelőbb az integrációs törekvések beváltásához. Emellett a feladat ellátásra kötelezett állam kiadásait megnöveli, ha finanszírozatlanság okán megszűnő nappali ellátás miatt az ellátást igénylők a bentlakásos intézményi ellátást kénytelenek igénybe venni. A fogyatékos emberekre jellemző, egyébként is példátlanul alacsony foglalkoztatási szint további csökkenését eredményezték a 2010 évben bevezetett ez irányú intézkedések.
- A nappali ellátást a saját otthonában élő fogyatékos emberek vehetik igénybe lakó-környezetükben, *és garanciális jelentősége van annak a társadalmi integrációjuk szempontjából*, hogy olyan foglalkoztatásban részesüljenek, amely révén lehetőségük nyílik arra, hogy a nyílt munkaerőpiacon munkát vállaljanak. A *szociális foglalkoztatás után külön engedély alapján igénybe vett támogatás összege nem olthatja ki a szociális ellátó rendszer normatív elemeit.*
- a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről szóló törvény hivatkozott pontjának hatályba lépése a *fogyatékos emberek integrációját biztosító nappali intézményhálózat visszafejlesztését eredményezi*, ellenérdekelté teszi a nappali intézményeket abban, hogy a fogyatékos emberek komplex rehabilitációját biztosító foglalkoztatási elemet tartalmazó szolgáltatást nyújtsanak. Szöges ellentétben a Magyarország által is elfogadott ENSZ Konvenció és a hatályos magyar törvények, továbbá az *Országos Fogyatékosügyi Program tételes rendelkezéseivel és vállalásaival. Amennyiben valamely fenntartó a nappali intézménye biztonságos működtetése (100% normatíva garantálása) érdekében megszünteti a szociális intézményi foglalkoztatást, akkor a fogyatékkal élő munkavállalók munkanélkülivé válnak, mely álláskeresői járadékra, majd munkanélküli segélyre teszi őket jogosulttá. Mindez jelentősen növelheti a munkanélküliek táborát (romlik a statisztika), nem beszélve a költségvetési vonzatokról.*
- A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvénynek (továbbiakban: Szocvtv.) az ellátottak szociális intézményen belüli foglalkoztatása címhez fűzött indoklása rögzíti, hogy foglalkoztatási szempontból legnagyobb hátrányban az értelmileg súlyos akadályozottsággal élők, a halmozottan fogyatékos emberek vannak elsősorban, illetve hogy az érintett, fogyatékos és megváltozott munkaképességű személyek munkához, *foglalkoztatáshoz való joga, a foglalkoztatásukban elért, eddigi eredményei a támogatási rendszer változásai miatt nem sérülhet.*

⁸⁹

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól

és működésük feltételeiről 2. számú ábra az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelethez, a személyes gondoskodás

formáinak szakmai létszámnormái

- A Szocvtv. céljával ellentétes az a gyakorlat, mely az azonos társadalmi csoportok (nappali és bentlakásos ellátást igénybe vevők) *foglalkoztatásának esélyét differenciálja– még ha közvetett módon is - az őt ellátó intézmény típusa szerint.*
- A 1998. évi XXVI. Törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény (továbbiakban: Fot.) 4.§. b) pontjában rögzíti, hogy a *rehabilitáció egy az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése.* E rehabilitáció folyamat jellege indokolja a nappali ellátás és a szociális foglalkoztatás összekapcsolását, amelyeknek külön-külön *komplex szakmai feltételei vannak, azok forrásigénye a finanszírozás oldalán is megjelenik.* Annak érdekében, hogy a fogyatékosok nappali intézményei a fogyatékos személyek jogait tartalmazó jogszabályok garanciális rendelkezéseit is szem előtt tartva meg tudjanak felelni a fogyatékos személyek speciális ellátási, rehabilitációs szükségleteiből eredő többletfeladatoknak, a költségvetésnek forrásokat kell biztosítani a feladat ellátásához.
- A bevezetett szabályozás mögött egyértelműen a törvényhozók *racióális költségvetési kiadáscsökkentő szándéka állt, szakmapolitikai megfontolások nélkül, nem számolva a szabályozás jövőbeni hatásival.* A nappali ellátásban részesülő személyek nem csak szociális intézményen belüli foglalkoztatásban, hanem más típusú támogatott foglalkoztatásban részt vehetnek (pl.: a 177/2005 korm.rendelet alapján). Ez *megingatja azt az indoklási alapot, hogy azért nem vehető igénybe a nappali ellátás normatívája és a foglalkoztatási támogatás egyidejűleg, mert az ellátott „nincs ott” a munkával töltött ideje alatt a nappali intézményben.*

A szociális foglalkoztatási támogatás ellenőrzésének jogbiztonságot sértő szabályozása

A helyszíni ellenőrzésre vonatkozó jogszabályi eligazítás nem kellően részletezett és körülhatárolt. A szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról szóló 112/2006. (V.12.) Kormányrendelet a következőképpen rendelkezik:

„Az ellenőrzés kiterjed az elszámolás alapját képező tényleges feladatmutatók megállapításának szabályszerűségére, továbbá a felhasználás jogszerűségének vizsgálatára.”⁹⁰

A Magyar Államkincstár a jogszerűtlen felhasználás fogalmát igen kiterjesztően értelmezi, mindenféle differenciálás nélkül. Így a támogatás felhasználásának jogszerűtlensége vonatkozásában nincs semmilyen jogszabályban rögzített garancia, amely mérlegelési szempontok alapján szankcionálná a fenntartókat (egy kisebb adminisztrációs jellegű hiba ne szolgáljon alapul arra, hogy a szolgáltató a teljes támogatást köteles legyen visszafizetni.)

Az Igazgatóság *jogtalanul igényelt támogatásnak tekinti a jogszerűen igényelt támogatások utólagos elszámolásakor a fel nem használt támogatásokat, és a fenntartót a visszajáró összeg után a jegybanki alapkamat kétszeresének megfizetésével sújtja.* Egyetlen fenntartó sem képes emberek százainak pontos szolgáltatási igényét egy évre előre betervezni. Ezért alultervezés esetén pótigénylést kell év közben előterjeszteni, felültervezés esetén az év végi

⁹⁰

112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról. Elszámolás és ellenőrzés 16/C. §

elszámolásnál a normatíva többletet visszafizetni, de nem büntetőkamattal terhelten. A fel nem használt támogatást meg kell különböztetni a jogosulatlanul igénybe vett támogatástól, az előbbi elszámolásakor csak a szankció nélküli visszafizetésre kötelezés jogszerű, míg a jogosulatlanul igénybe vett támogatás visszafizetésére kötelezés mellett büntető kamat megfizetése jogos.

A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (Ket.) 1. § (1) bekezdése rögzíti azon *alapelvet*, mely kimondja, hogy *a közigazgatási hatóság hatáskörét a jogszabályban előírt célok megvalósítása érdekében, mérlegelési és méltányossági jogkörét a jogalkotó által meghatározott szempontok figyelembe vételével, és az adott ügy egyedi sajátosságaira figyelemmel gyakorolja.*

Mivel a fent hivatkozott joghely utal arra, hogy a *hatóság hatáskörét (ez esetben a Magyar Államkincstár az Ellenőrzési jogkörét) a jogalkotó által meghatározott szempontok figyelembe vételével gyakorolja*, ezért különösen indokoltnak tartanánk olyan szabályozás bevezetését, amely a jogszerűtlen felhasználás tartalmát konkretizálja, azt tényállásokra bontja.

A szociális foglalkoztatás kapcsán a támogatási szerződés módosításának kérdései

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoctv.) szociális foglalkoztatásra vonatkozó szakaszaikhoz fűzött indoklása szerint foglalkoztatási szempontból **az értelmileg súlyos akadályozottsággal élők, a halmozottan fogyatékos emberek, a krónikus pszichiátriai- és szenvedélybetegségben szenvedők vannak a legnagyobb hátrányban.** A foglalkoztatásuk fenntartására azért van szükség, mert az érintett, fogyatékos és megváltozott munkaképességű személyek **munkához, foglalkoztatáshoz való joga, a foglalkoztatásukban elért, eddigi eredményei a támogatási rendszer változásai miatt nem sérülhetnek.**

A szociális foglalkoztatás támogatási rendszere 2010. év január 1-től átalakult, az érvényes szociális foglalkoztatási engedéllyel rendelkező szociális foglalkoztatást végző szociális intézmények pályázat útján nyernek támogatást a foglalkoztatáshoz, a támogatás igénybevétele a tárgyévre kötött **finanszírozási szerződés** alapján van mód.

A gyakorlatban komoly kérdéseket vet fel a szociális intézmény és a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal között megkötött finanszírozási szerződés módosításának /módosíthatóságának, illetőleg a szerződésszerű teljesítésnek a kérdése abban az esetben, ha a szerződésben foglaltaktól való eltérést olyan megváltozott körülmények indokolják, amelynek megfelelő döntés meghozatalát a jogszabály az intézményvezető hatáskörébe utalja, illetve a megváltozott körülményekhez igazodó döntés meghozatalát a jogszabály nem tiltja.

A szerződésmódosítás lehetőségét jogszabály (112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet) és a **támogatási szerződés** rögzíti. A jogszabály szerint a fenntartó **a vállalt feladatmutató évközi módosítását kérheti**, évente egyszer, május 20-áig. A módosítási javaslat elfogadásáról az FSZH a vállalt feladatmutatóra, a szolgáltatás iránti keresletre, a szociális foglalkoztatás célcsoportonkénti ellátásának színvonalára és minőségére, a célcsoport funkcionális változására, valamint a rendelkezésre álló költségvetési forrásokra tekintettel - a bizottság javaslatának kikérését követően – dönt (112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról, 16. § (1) bekezdés). A **támogatási szerződés XIII. fejezete** alapján szerződés módosítására a Fenntartó illetve az FSZH kezdeményezése alapján írásban kerülhet sor. Szerződés módosítás

kezdeményezésére bármely, a szerződést érintő okból sor kerülhet, kivéve ahol a támogatási szerződés vagy az Szfr. másként rendelkezik.

Kérdésként vetődik fel, hogy **a fejlesztő felkészítő foglalkoztatásról munkarehabilitációs foglalkoztatásra történő áttérés indokolja-e a szerződésmódosítást.**

A **jogszabályok által biztosított eltérési lehetőség** folytán előállhat ugyanis olyan helyzet, amely alapján a fejlesztő felkészítő foglalkoztatásból a munkarehabilitációs foglalkoztatásba történő áttérés **indokolt lehet**. Ilyennek tekinthető, amikor a szociális törvényben foglalt célokat szem előtt tartva – az ellátott fejlesztő felkészítő foglalkoztatásban történő foglalkoztatása helyett munkarehabilitáció keretében történő foglalkoztatásáról dönt az intézményvezető. Eltérés alapjául szolgálhat például az ellátott **állapotromlása**, a **foglalkoztatást kizáró életkor betöltése**. Az értelmileg súlyos akadályozottsággal élők, a progrediáló diagnózisú mozgássérült emberek, a krónikus pszichiátriai- és szenvedélybetegségben szenvedő foglalkoztatottak mentális-, pszichés, és egészségügyi állapotának változása legtöbb esetben a munkavégző képességükre is kihat.

Legyen szó akár visszafordíthatatlan állapotváltozásról, vagy egy krízishelyzet következményeképp kialakult vélhetően átmeneti állapotromlásról, mely akár hónapokig húzódhat - mindkettő munkaforma megváltoztatását teszi szükségessé, mellyel a további állapotromlást előidéző konfliktus helyzetek sorozata kerülhető el (elállottal, törvényes képviselővel, stb.), tehát szakmailag mindenképp elfogadható, szükségeszerű a változtatás.

A jelenleg hatályos szabályozás megadja az intézményvezetőnek azt a lehetőséget, hogy amennyiben azt indokoltnak látja, kezdeményezze a foglalkoztatási forma, illetve a munkaidő módosítását - valamint szükség esetén gondoskodjon az egyéni gondozási, illetve fejlesztési terv módosításáról, e tekintetben a jogszabály annyi megkötést támaszt, hogy amennyiben a szakértői bizottság az ellátott munka-rehabilitáció keretében történő foglalkoztatását javasolja, az ellátott fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében nem foglalkoztatható. (92/2008. (IV. 23.) Korm. rendelet a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról 10. § (5) – (6) bekezdés). **A jogszabály így a „felfelé” történő eltérést tiltja**, a lefelé való eltérés tilalmát nem rögzíti, emellett nem sorolja fel konkrétan, hogy milyen esetekben kezdeményezheti az intézményvezető a foglalkoztatási forma módosítását, annyit deklarál, hogy amennyiben az intézményvezető indokoltnak tartja, a fenti megkötéssel.

A **támogatási szerződések taxatív módon felsorolják**, hogy a szociális foglalkoztatási támogatás **mire nem használható fel**, itt külön kiemelésre kerül, hogy a támogatás annak az ellátottnak a foglalkoztatására **nem használható fel**, akit a külön jogszabály alapján lefolytatott szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálat során kiállított szakvéleményben javasolt *munkarehabilitáció helyett fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében foglalkoztatnak*. **Nincsen szerződési kitétel** arra vonatkozóan, hogy nem használható fel annak az ellátottnak a foglalkoztatására, akit fejlesztő felkészítő foglalkoztatás helyett munka rehabilitációban foglalkoztatnak, így a foglalkoztatók számára bizonytalanságot okoz annak a kérdésnek a megítélése, hogy indokolt – és a jogszabályok alapján megengedett – eltérés esetén szerződésszerűnek minősülhet-e teljesítésük.⁹¹

91

www.afsz.hu (Támogatási Szerződés minta)

A támogatás nem használható fel:

- annak az ellátottnak a foglalkoztatására, akinek foglalkoztatása révén a foglalkoztató a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásról szóló 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet alapján rehabilitációs

Indokolt lenne annak a jelenlegi szabályozás és a támogatási szerződés rendelkezéseinek összevetése alapján annak a kérdésnek a tisztázása, hogy a jogszabályokban rögzített esetben, illetve a jogi szabályozás talaján szükség szerint előálló helyzetekben eltérhet-e a fenntartó a szerződésben vállalt foglalkoztatási formától, és az eltérés szerződésmódosítás alapjául szolgál-e?

A nem egyértelmű meghatározás miatt mindenképpen indokolt rendezni a fennálló bizonytalanságot, mert a szociális foglalkoztatás vonatkozásában **a jogi szabályozás struktúrája meglehetősen összetett, és sokszintű, ebből következően sok átfedéssel és belső ellentmondásokkal terhelt:**

1. A jogszabály (112/2006 Korm.rendelet) és a támogatási szerződés konkrétan tartalmazza, hogy a fenntartó a „*foglalkoztatást a jogszabályokban és a támogatási szerződésben meghatározottaknak megfelelően biztosítja*” (112/2006. Korm. rend. 14. §. b), ill. Támogatási Szerződés VI. 8)
2. A Támogatási Szerződés záró rendelkezések (XIX.) 8-10. pontjaiban foglaltak:
„8) *Szerződő Felek kijelentik, hogy amennyiben a Támogatási Szerződés valamely rendelkezése jogszabályba ütközik, a jogszabályba ütköző rendelkezés semmis. Jelen szerződés további rendelkezései változatlan formában, hatályban maradnak.*
9) *Szerződő Felek kijelentik, hogy a jelen szerződés és a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról szóló 112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet tartalma közötti ellentmondás esetén, ez utóbbi kerül alkalmazásra.*

Az ellentmondást a fentiekben vázolt helyzetben azonban **a 92/2008. (IV. 23.) Korm. rendelet a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról 10. § (5) – (6) bekezdésben foglaltak és a támogatási szerződés közötti ellentmondás okozza.**

A fogyatékos emberek szociális foglalkoztatásának személyi feltételeit érintő szabályozás kritériumaival kapcsolatos problémák, és az ezzel kapcsolatos jogszabály módosítási javaslat

A korábbi jogszabályi változat a segítőket 15 fő után, a koordinátort 30 fő után határozta meg. A jogszabályi hivatkozás mondatának második fele egyfajta minimum feltételt határoz meg, valamiféle biztonságot sugall. Azt, hogy ha többet nem is, de legalább ennyi főt a szociális foglalkoztatás számára biztosítani kell.

De ez a gyakorlattal olyan mértékben mond ellent, hogy aki ismeri a fogyatékos személyeket – főként az értelmi fogyatékosokat – az tisztában van vele, hogy még a korábbi szabályozás is sok esetben megvalósíthatatlan volt, hiszen egyes ellátotti csoport foglalkoztatását

-
- költségtámogatásban részesül,
 - annak az ellátottnak a foglalkoztatására akit - a külön jogszabály alapján lefolytatott szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálat során kiállított szakvélemény szerint - nem szükséges szociális foglalkoztatás keretében foglalkoztatni,
 - annak az ellátottnak a foglalkoztatására, akit a külön jogszabály alapján lefolytatott szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálat során kiállított szakvéleményben javasolt munkarehabilitáció helyett fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében foglalkoztatni,
 - a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében foglalkoztatott személy munkaszerződésének megszüntetéséből fakadó munkáltatói kötelezettségek teljesítésére (...)

kiscsoportos formában, esetleg 15 fő alatti csoportlétszám esetén lehet csak sikeresen végrehajtani.

Jól tudjuk, hogy a magyar valóságban sok esetben - sajnos - a minimum feltételek sem teljesíthetők. Feleslegesnek látjuk a minimum feltételek meghatározását, hiszen a mondat eleje határozottan körvonalazza, hogy a segítők és a koordinátor számát milyen körülményekre tekintettel kell meghatározni, biztosítani.

Egyes esetekben a foglalkoztatás keretében végzett tevékenységek különböző volta indokolja a több segítő alkalmazását, vagy a foglalkoztatásra igénybe vehető helyiségek mérete nem teszi lehetővé, hogy egy-egy foglalkoztatási csoport 8-10 főnél több tagból álljon.

A szociális foglalkoztatás alapvető célkitűzésén túl a piacképes, eladható termékek előállítása is kiemelt feladat. Ennek megvalósítása éppen a hivatkozott „a foglalkoztatottak számára, állapotára, a foglalkoztatás keretében végzett tevékenységre,” tekintettel nem látszik kivitelezhetőnek, ha 30 főben kell a csoportlétszámot meghatározni. Ha változtatás szükségességét érzi a jogalkotó, és a minimum meghatározást elengedhetetlennek tartja, a korábbi 15 főt látjuk elfogadhatónak. A foglalkoztatási koordinátor tevékenysége és feladatai 90 fő alatti foglalkoztatottnál is adottak, ezért indokolatlannak tartjuk a 30 főről való megemelését. A foglalkoztatási kimenetek megvalósítását akadályozná és hátráltatná is egyben.

A munka-rehabilitációs díj összegével kapcsolatos javaslat

Eddig csak a Szociális törvény 99/D. § (5) bekezdésének különböző értelmezései révén intézményenként eltérő gyakorlat alapján kapták meg a munka-rehabilitációs foglalkoztatásban részesülők munkadíjukat. A törvény ugyanis nem egyértelmű, hogy a minimálbér havibér, hetibér, napibér, vagy órabér összegét kell figyelembe venni. Mivel a támogatás alapjául szolgáló feladatmutató is egy óra feladategységet határoz meg, valamint a foglalkoztathatóság alapjául szolgáló szakvélemény is a fogyatékos személy által egy nap munkában tölthető maximális óraszámot határozza meg, így célszerű a havibér megállapítása során is az órabért, illetve annak legalább 30%-át figyelembe venni.

A munka-rehabilitációs díj összegének térítési díjba való beszámításával kapcsolatban

A munka-rehabilitációs díj 2010-től a térítési díj számításának egyik összetevője. Mivel a havibér munka-rehabilitációs foglalkoztatás esetén nem állandó összeg, így abban az esetben, ha a fogyatékos személy nem minden munkanap vett részt a foglalkoztatásban, következő hónapban nem képes a jövedelme alapján meghatározott térítési díjat megfizetni. Mivel ezek esetenként csak néhány ezer forint jövedelem kiadás jelentenek nem kérnek térítési díj módosítását. Így azután a fogyatékos ember lassan is elveszti motivációját a munkával kapcsolatban, hiszen a gondnok a megmaradó havi jövedelméből (sok esetben a maradék 20%-ból) fizeti ki a térítési díj különbözetet. Ez a gyakorlat súlyosan hátrányosan érinti a fogyatékossgal élő és tartós bentlakásos intézményben elhelyezett embereket.

Mivel a munka-rehabilitációs foglalkoztatás egy alacsonyabb szintű foglalkoztatási forma, a résztvevők motivációja, részvétele meglehetősen bizonytalan, ám fontos a fejlesztés részeként azt folyamatosan fenntartani, javasoljuk, a munka-rehabilitációs díjat a térítési díj számításnál ne vegyék figyelembe.

Régiók	Családsegítő szolgáltatások problémái, jellemzői	Kliensek problémái
Közép-Magyarországi Régió	<ul style="list-style-type: none"> - Szűkülő kapacitás, növekvő kliensszám - Növekvő adminisztrációs teher - Javuló tárgyi feltételek – romló személyi feltétel - Helykeresés: komplex vagy gazdátlan problémák (nagyvárosi falugondok, gyermek-esély, szenvedély- és pszichiátriai betegek, munkanélküliek, rokkantak, mélyszegénység, hátrálékkezelés stb.) - Az adósságkezeléshez szükséges, szolgáltatókkal kötendő keretszerződés nehézségei (pl. DÉMÁSZ-szal nincs) - Eszköztelenség, partnertelenség, képzés-továbbképzés nehézségei 	<ul style="list-style-type: none"> - Anyagi nehézség - Munkanélküliség - Eladósodottság, díjhátralék - Lakhatási problémák, egzisztenciális problémák - Családi, kapcsolati krízisek - Egészségkárosodás következmény <p><u>Budapesten megjelenő ügyfelek:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - növekedett a banki hitelek, adósságkezeltek száma - nőtt az adósságkezelésbe nem bevonhatók száma - nőtt a szociális információt kérők aránya (segélyekhez) - új kliensek fő problémája: foglalkoztatás, anyagi probléma - a családgondozók esetszáma nőtt, kiemelten az anyagi illetve a lelki-mentális problémákkal küzdők. - sokan jelentkeztek pár-, családi- és egyéni terápiára. Magas a válások, különköltözések, gyermeklakhatási ügyek aránya.
Dél-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - Bár a jogszabályi változásoknak köszönhetően az együttműködésre kötelezettek száma csökkent a vizsgált szervezeteknél a „klasszikus” családsegítést igénybevevők száma 151%-kal nőtt. - A családsegítést nyújtó szervezetek működési feltételei változatlanok, miközben a problémák súlyosbodnak. - A domináns az egyéni esetkezelés, de egyre nagyobb figyelmet kap a csoportmunka a családsegítésben, bizonyos szolgálatoknál a közösségi munka. - A szakmai létszám megfelel a jogszabályban előírtak 	<ul style="list-style-type: none"> - Negatív munkaerő-piaci hatás - Anyagi problémák - Eladósodás - Lakhatási problémák megjelenése, súlyosbodása
Közép-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - Az ügyfélforgalom emelkedik, az alkalmazottak száma nem változik 	<ul style="list-style-type: none"> - Foglalkoztatási, lakhatási, anyagi problémák
Észak-alföldi régió	<ul style="list-style-type: none"> - Kisebb településeken rosszak a tárgyi feltételek: nincs interjúszoba, váróhelyiség, közösségi helyiség. Ez gátolja a csoportos foglalkozások szervezését. Sok helyen nincsenek, vagy korszerűtlenek az informatikai eszközök. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tartós munkanélküliség - Lakhatási nehézségek: magas törlesztő részlet - Mindennapi életvitelhez szükséges javak megszerzése is nehézségekbe ütközik - A fizetések befagyasztása - Kilátástalan helyzetből fakadó mentális problémák, kimerültség - Gyermektartásdíj fizetése - Középréteg nem tud rekreálódni – egészségkárosodás, munkából kiesés kockázatának növekedése - Gyógyszerek kiváltása - Uzsora, kamatos kamat megjelenése
		<ul style="list-style-type: none"> - Munkanélküliség - Anyagi problémák

A családsegítő szolgálatokat felkereső ügyfelek jellemzői

Régiók	Kliensek jellemzői
Közép-Magyarországi Régió	<ul style="list-style-type: none"> - Megemelkedett a fiatalabb korosztály, és a pályakezdő álláskeresők száma - A Budapesthez közel élők helyzete jobb, de sok esetben az utazási költségek miatt nem tudnak munkát vállalni - Pszichiátriai-, szenvedélybetegek számának növekedése. Okok: létbizonytalanság, közösségi ellátás rosszabb lefedettsége. - Megnőtt az alkohol, játékgép, és más szerhasználók száma. - Nőtt a családon belüli erőszak. - Kiszolgáltatottság erősödött (rablás, pénzkicsalás, lakás elvétel). - A frusztráció a segítő szolgálatokkal szembeni deviáns viselkedést produkál. - A középosztály is megjelent adósságterhekkel. - Azoknak a bejelentett munkával rendelkező ügyfeleknek a száma is megemelkedett, akik nem illeszthetők be a támogatási rendszerbe, pedig már a rezsiköltséget sem tudják fizetni. - Napi megélhetési problémákkal küzdők száma nőtt. Kenyér, ruhaadományokért jelentkezők száma duplázódott. - Gazdálkodás realitásának hiánya jellemző. - Gyermek napközbeni ellátásának hiánya. - Rokkantsági nyugdíj elvesztése – rehabilitációs-védett munkahelyek hiánya - Gyors változások miatt növekedett az igény az ügyintézés, érdekvégyesítés iránt. - Idősek ellátásával kapcsolatos családi konfliktusok számának emelkedése. - Idősek kihasználásának problémája. - Idősek közt nőtt a szociális étkeztetés igénybevétele, sokan nem fűtenek. - Legveszélyeztetettebbek az egykeresős családok. - Az aktív korú segélyezettek száma nőtt (jogsabályi változások miatt), Álláskereső Klub ügyfélforgalma nőtt. Rendszeres szociális segélyen élők esetében a szociális esetkezelésben lehet hatékony munkát végezni. - Az 51-55 év közötti nők aránya magas az álláskeresők között.
Dél-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - A hajléktalanok száma megugrott (pl. eddig évente 10%-os növekedés volt jellemző Pécs városában, 2010-ben ez az arány 50%-os volt) - A hozott problémák „toplistája” (2008): foglalkoztatással kapcsolatos (27%), anyagi problémák (19%), ügyintézéshez való segítségkérés (10%). - Belső felmérés során, a családsegítő szolgálatok az alábbi domináns problémákat jelezték: közüzemi díjhátralék (90%), kilátástalan helyzetből fakadó mentális problémák (83,7%), családi-kapcsolati probléma (71,4%), hitelek visszafizetése (69,4%) - Emelkedett a családon belüli erőszak száma.
Közép-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - A pszichiátriai-, és szenvedélybetegek száma nő - Adósságterhekkel küzdők száma emelkedik - Foglalkoztatási problémákkal az intézményhez fordulók elsősorban a rendszeres szociális segélyen lévők - Lakhatási problémák növekvő számban figyelhetők meg - Utcán élő hajléktalanok száma nőtt
Észak-Alföldi régió	<ul style="list-style-type: none"> - Munkanélküliek számának növekedése - Sok család bevételi forrása GYES, GYED, RSZS, BPJ, alkalmi munka - Nőtt a mentális és egyéb (rák, szív-érrendszeri...) betegségben szenvedők száma. Sokszor kezeletlenek a betegségek. - Gyermek nem járnak különóra, napközibe, helyette csellengnek. - A jogszabályi változások miatt az együttműködésre kötelezettek száma csökkent, de ügyintézés miatt továbbra is felkeresik az intézményeket. - Az RSZS-ben részesülők száma nőtt, az 50-55 év felettiek elhelyezkedési esélyei szinte lehetetlenek.
	<ul style="list-style-type: none"> - A családi összetétel tekintve a legmagasabb arányban a gyermekkel házastársi/élettársi kapcsolatban élők veszik igénybe a szolgáltatást. Őket

Dél-Alföldi régió	<p>követik az egyedül élők.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A munkanélküliséggel összefüggő problémákkal keresik fel az intézményt a legnagyobb arányban. - A pszichés-, szenvedélybetegséggel küzdők aránya magas, ez leginkább a komplex problématípusoknál jelenik meg. - A szolgáltatásokat legnagyobb arányban 19-50 év közötti nők veszik igénybe. - Az iskolázottság alapján a 8 általánost végzettek és a középfokú végzettségűek száma a legnagyobb, de emelkedést mutat a felsőfokú végzettségűek aránya is az igénybevevők körében. - A díjhátralékosok száma nőtt, a kliensek többsége tisztában van az adósságkezelés lehetőségével. A szociális bérlakásban élőknel tapasztalják a szolgáltatók, hogy anyagi gondok esetén nem fizetik a lakbért, majd adósságkezelést igényelnek.
Nyugat-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - A szolgáltatásokat jellemzően a 18-61 éves korosztály veszi igénybe. - A kliensek döntő többsége nem foglalkoztatott személyekből áll. - Magas a házastársi (élettársi) kapcsolatban élő gyermekesek száma. Jelentős az egyedül élők száma is. - Iskolai végzettség tekintetében a 8. általános iskolai, ill. a szakmunkásképző és szakiskolai végzettségűek jelennek meg a klienskörben legnagyobb arányban. - A klienskörre jellemző, hogy érdekeiket nehezen érvényesítik, nehezen motiválhatók a változtatásra. - Jellemző, hogy a tartozással rendelkező kliensek akkor jelennek meg a szolgáltatóknál, amikor már kifutottak a határidőből.
Észak-Magyarországi régió	<ul style="list-style-type: none"> - A díjhátralékkal rendelkezők számának növekedése tapasztalható. A tartozások sokszor több évet is felölelnek (200.000 Ft körüli átlagos díjtartozás). Az ügyfélkör összetétele változatos, nemcsak a munkanélküli, hanem az aktív keresők aránya is nőtt. - A változások itt is megnövelték az ügyintézésben segítséget kérők számát.

A családsegítő szolgálatok javaslatai

Régiók	Szakmai dilemmák	Javaslatok, vélemények
Közép-Magyarországi régió	<ul style="list-style-type: none"> - A krízishelyzetek sokasága, egyre többfélebb élethelyzet, amire egyedi válaszokat kell találni - Komplexitás kontra specializáció problémája - Újra felmerült a probléma: szegénygondozás, mentálhigiénés, vagy komplex család-gondozás - kompetenciahatárok keresése - plusz energiák szükségesek a napi munka mellett: kapcsolattartás civil szervezetekkel (adományok „szerzése”), jogvédő tevékenység a szolgáltató cégekkel - az anyagi terhek a segítőket is sújtják, mentális problémák náluk is fokozottan jelennek meg. - megfigyelhető, hogy a komplex több szociális szolgáltatást nyújtó intézmények hatékonyabban működnek, mint az alapellátást több intézményben nyújtók 	<ul style="list-style-type: none"> - Álláskereső Klubokban új szolgáltatásokra növekedett meg az igény: pl. nyelvvoktatás - Csak a családsegítő szolgálatok egyharmadában van kielégítő pszichológiai szolgáltatás – érdemes lenne kikötni az 1/2000 pszichológiai szolgáltatás kötelező óraszámát (akár lakosságszámhoz viszonyítottan) pl. 5-10 óra/hét/10.000 fő - Szükség volna jobban támogatni az étel-miszer és szolgáltatások felajánlását. - A szakemberek számára képzést megelőző tréningek szervezését fokozottabban kellene támogatni. <p><u>Javaslatok az adósságkezelésben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nagyobb alapítványok működésének támogatása (a helyi kisebb szervezetek lehetőségei az adósságkezeltek igényeit töredékében tudják fedezni) - A kistérségi feladatellátást nehezíti, ha túl sok (10-12) település tartozik egy kistérségi szolgáltatás alá (hiszen minden pénzügyi ellátás a helyi önkormányzat feladata – így minden önkormányzattal külön kellene rendeletet alkotni, amely sok buktatót rejt magában) → olyan modellt kell kidolgozni, amelyben a pénzügyi támogatási és az adósságkezelési tanácsadás is megoldható kistérségi szinten. - A tanácsadó kollégák leterheltsége emelkedik, és változatos képet mutat (40-2000 ügyfél). A képzett munkatársak számát emelni kellene, ingyenes képzéseket kellene szervezni. - Az adósságcsökkentési támogatást hatékonyabban kéne biztosítani. A helyi rendeletek végrehajtását figyelje nagyobb kontroll. - A 30 nap alatti adósságrendezés lehetetlen, pedig a szolgáltató ez után kapcsolja ki a fogyasztót a rendszerből. → növelni kellene a türelmi időt. - Vizsgálni kellene az Energia Hivatalnak a „Védendő Fogyasztók”-kal kapcsolatos szolgáltató feladatok elvégzését. - A bérleti jogviszonyt az önkormányzat, mint tulajdonos nem állítja vissza automatikusan az adósság rendezése után. A támogatás tehát nem éri el a célját, csupán az önkormányzat tartozása térül meg. Az ügyfél támogatása érdekében jogszabályt kellene módosítani.

Dél-Dunántúli régió	<p>4. A családsegítés kompetenciáján túlmutat a lakhatási problémákkal küzdők ellátása</p> <p>5. Adósságkezelési szolgáltatásba nem bevonható ügyfelek miatti tehetetlenség nő</p> <p>6. Krízistámogatás igénylése miatti problémák sokasodnak</p>	<p>7. A családsegítő szervezeteket fokozottabban kellene támogatni, hogy hatékonyabban tudjanak segíteni a lakhatási problémákkal küzdőknek, hiszen több mint félmillió ember fordul hozzájuk.</p> <p>8. Fokozott igény jelentkezett a természetbeni juttatások (ruha, tartós élelmiszer, tüzelő) iránt.</p> <p>9. Továbbképzési normatíva növelésére lenne szükség.</p> <p>10. A szociális szakmai továbbképzés mellett egyéb képzésekre is szükség volna (pl. informatikai, pénzügyi, jogi területen)</p>
Közép- Dunántúli régió	<p>- Alapvető probléma, hogy a Szt. és a szakmai rendelet által szabályozott alapszolgáltatások és szakellátások működtetését nem biztosítja minden arra kötelezett település, illetve a személyi és tárgyi feltételek sok helyen nem megfelelőek.</p> <p>- A családsegítőnek szánt „központi” szerep nem éri el a célját, mert a szakmai munkavégzéshez szükséges feltételek nem biztosítottak.</p>	<p>11. A növekvő szociális problémák magasabb szintű ellátórendszer és támogatási formák igénybevételi lehetőségét igényli.</p> <p><u>Kezelendő problémák:</u></p> <p>12. pszichiátriai betegeknél a továbbirányítás, kezelési lehetőségek hiánya</p> <p>13. adósságkezelési szolgáltatást biztosító intézmények alacsony száma. A szolgáltatás nem prevenciós célú, nem ösztönöz a fizetési morál javítására.</p> <p>14. lakhatási problémák: magas albérleti díjak, önkormányzati bérlakások hiánya, lakásfenntartási támogatás alacsony összege (szűkülő elérhetősége)</p> <p>15. hajléktalanság</p> <p>16. cigány származásúak negatív megítélése</p> <p>17. Az intézményrendszer sok helyen nem átjárható, nem épülnek egymásra a szolgáltatások, probléma a továbblépés hiánya.</p>
Észak-Alföldi régió	<p>- Krízisellátás szűkös. Azonnali segítségnyújtás szinte egyáltalán nem működik. Az átmeneti otthonok teltházzal működnek.</p>	<p>18. A bentlakásos intézmények számát növelni kellene.</p> <p>19. A speciális szolgáltatások (jogi, pszichológiai tanácsadás, adósságkezelési szolgáltatás, csoportos szociális munka, ingyenes telefon-, internethasználat, fénymásolás) számát bővíteni kellene.</p> <p>20. Az adósságkezelési szolgáltatás, hajléktalan-ellátás esetében lejjebb kellene vinni az előírt lakosságsszámot.</p> <p>21. Probléma a kommunikáció, együttműködés hiánya. Előfordulnak párhuzamos gondozások. A szakmaiság rovására megy a terület védelme. Tipikus a gyermekvédelem és családsegítés konfliktusa. Holisztikus szemléletre volna szükség: a gyermek segítése a család segítése nélkül nem teljes.</p> <p><u>Javaslat:</u></p> <p>- feladatfinanszírozás a normatíván belül. Több pályázat kiírása az infrastruktúra fejlesztésére.</p>

Dél-Alföldi régió	<p>A szakmai munkavégzést gátolják a hiányos tárgyi feltételek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indokolt az infrastrukturális fejlesztések. Közösségi helyiségekre az intézmények közel felének szüksége volna. - informatikai fejlesztésekhez források biztosítására is lehetőséget kellene teremteni. A szolgálatok mintegy 20%-ában nem biztosítottak a tárgyi feltételek a színvonalas munkához, de sok intézményben szükség volna korszerűsítésre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Akadálymentes bejutás bővítése (az intézmények 70%-ban nem vagy nem teljesen megoldott az akadálymentesítés) - A lakhatás veszélyeztetettsége miatt igény mutatkozik az önkormányzati kilejtető jellegű bérházakra. - Az adósságkezelési tanácsadást folytató kollégák számát emelni kellene, képzések támogatásával. - A tanácsadó kollégák leterheltsége emelkedik, és változatos képet mutat (150-300 ügyfélig). A képzett munkatársak számát emelni kellene, ingyenes képzéseket kellene szervezni. <p>22. Fokozott igény jelentkezett a természetbeni juttatások (ruha, tartós élelmiszer, tüzelő) iránt.</p>
Nyugat-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - Szűk finanszírozás – kevés lehetőség. Különösen a lakhatási problémákkal küzdők számára. - A szociális ellátórendszerrel csapódik le minden olyan probléma, amelyet más ellátórendszerek nem tudnak kezelni. (pl. csökkent munkaképességűek munkához juttatása, betegek utaztatása, magas gyógyszerár). - A pszichiátriai betegek nagy részét szinte lehetetlen orvoshoz juttatni. Nincs betegségtudatuk. - Az egyes ellátórendszerek nincsenek összekapcsolva, hiányzik az átláthatóság. - Sok az adminisztráció, melyben előfordulnak átfedések. - A szociális ellátások helyenként rászoktatják az egyéneket a segélyre, elveszítik képességeiket az önálló életvitelre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fejlesztés lehetőségei: a munkahelyteremtés lenne a legfontosabb. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése, a várólisták csökkentése. Az egyes ellátórendszerek között lévő jogi szabályozás harmonizációja, összehangolása. Szociális boltok létrehozása, szociális szolgáltatások cseréjének megszervezése. - Egyszülős családoknál a többműszakos munkavállalás elősegítése érdekében a gyermekfelügyelet megszervezése a késő délutáni, esti órákra. Ehhez anyagi forrás biztosítása. - Szükséges lenne az adósságkezelési szolgáltatás kiterjesztése, kötelezővé tétele a 40 000 fő alatti lakosság számú településeken is. - Fontos lenne a helyi közösségi kezdeményezések elősegítése, erősítése. - Erősíteni szükséges az önkormányzatok együttműködését az ellátó intézményekkel a szociális problémák tekintetében. - Szükséges a túlzott adminisztráció csökkentése, az adminisztrációban tapasztalható átfedések megszüntetése. - Plusz forrás és szakemberek biztosítása pszichológiai és jogi segítségnyújtás működtetésére. A családsegítő szolgáltatásban elérhető terápiás lehetőségek, prevenciós programok, a családok megtartó erejét növelő szolgáltatások számának növelése. - Fontos, hogy nagyobb hangsúly helyeződjön a szociális szakemberek lelki egészségvédelmére megőrzésére, a rendszeres szupervízióra, burn - out tréningre. - A családsegítő szolgálatok egy részében a családgondozók családsegítői tevékenységük mellett gyermekjóléti szolgáltatást is

		<p>végeznek. Ezekben az intézményekben a fenntartó nem teljesíti a törvény által előírt működési feltételeket. Megoldást nyújthat a célzott, szolgáltatás-differenciált finanszírozás megteremtése, mely minden településen fedezi a szakmai előírásoknak megfelelően működő szolgálatok teljes körű működési kiadásait.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Szükséges, hogy a központi költségvetés nagyobb és célzott, szolgáltatás-differenciált normatív hozzájárulás juttatásával ösztönözze a települési önkormányzatokat a szociális és gyermekjóléti szolgáltatások biztosítására, és a fenntartókat a meglévő szociális szolgáltatások színvonalának fejlesztésére, az előírt működési, személyi, szakképzettségi, tárgyi feltételek teljesítésére, és az előírt alapfeladatok biztosítására.
<p>Észak-Magyarországi régió</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nem megfelelő az együttműködés a Munkaügyi Központtal, az önkormányzatokkal - Túlburjánzó adminisztráció - Kompetencia, illetékességi határok szűkössége - Gyermekjólét és a Családsegítő szolgálat párhuzamosságai 	<ul style="list-style-type: none"> - Szükség volna szolgáltatás-bővítésre sok területen: adósságkezelési, jogi, mediációs, pszichológiai szolgáltatás, csoportos közösségi szociális munka stb. <p>Igény volna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nagyobb arányú adományközvetítésre, krízisalap működtetésére - bentlakásos intézmények számának növelésére. - szociális bérlakás rendszer bővítésére. <p>Egyéb javaslat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - képzési, szupervíziós lehetőségek bővítése - preventív programok kidolgozása - esetszám maximalizálása

97. számú ábra: Pszichiátriai betegek szociális ellátása

2008. december 31-én gondozottként nyilvántartott betegek száma kórjelzés, kor és nem szerint

Ss z.	A KÓRJELZÉS MEGNEVEZÉSE (Több diagnózis esetén a domináns betegséget kell bejegyezni)		0-4			5-9			10-14			15-19			ÖSSZESEN			SUICID KISÉRLET
			ÉVES															
			FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	
1	Organikus és szimptómás mentális zavar	F00-F09	19	17	36	25	19	44	13	15	28	22	19	41	79	70	149	
2	Pszichoaktív szerek által okozott mentális és viselkedési zavarok	F10-F19							2		2	2	2	4	4	2	6	
3	Schizophrenia, pszichotikus állapotok	F20-F29							22	17	39	132	97	229	154	114	268	
4	Hangulatzavarok (affektív rendellenességek)	F30-F39		1	1	19	21	40	106	108	214	213	396	609	338	526	864	9
5	Stresszhez társuló és somatoform rendellenességek	F43-F48	35	30	65	113	91	204	266	201	467	165	281	446	579	603	1182	5
6	Viselkedés zavar szindrómák, fiziológiai zavarokkal társulva	F50-F51, F95-F98	74	52	126	309	189	498	268	149	417	110	175	285	761	565	1326	
7	Személyiségzavarok	F60-F68				3	2	5	11	11	22	46	40	86	60	53	113	2
8	Mentális retardáció	F70-F79	79	49	128	521	209	730	870	400	1270	1015	443	1458	2485	1101	3586	2
9	Pszichés fejlődés specifikus zavarai	F80-F83, F88-F89	161	46	207	286	110	396	184	71	255	75	37	112	706	264	970	
10	Pervasív fejlődési zavarok	F84	121	35	156	901	189	1090	412	135	547	206	88	294	1640	447	2087	
11	Hiperkinetikus zavarok	F90	40	23	63	544	96	640	858	145	1003	258	40	298	1700	304	2004	
12	Magatartási zavarok	F91-F92	60	49	109	331	116	447	465	186	651	304	195	499	1160	546	1706	
13	Szorongásos és kötődési zavarok	F40-F42, F93-F94	68	71	139	368	296	664	513	498	1011	386	557	943	1335	1422	2757	1
14	Gyermeckneurológiai kórképek	G00-G99 (kivéve G40-G41)	38	34	72	56	47	103	87	82	169	58	133	191	239	296	535	
15	Epilepszia	G40-G41	52	56	108	128	104	232	162	139	301	190	181	371	532	480	1012	
16	Szociális veszélyeztetettség, egyéb beilleszkedési zavar	Z55-Z65, Z72-ZG73	10	12	22	25	20	45	33	29	62	19	20	39	87	81	168	
17	Öngyilkossági kísérlet	X60-X84							1	6	7	14	34	48	15	40	55	x
18	Egyéb pszichiátriai, vagy neurológiai zavar	F99, G99	4	2	6	5	6	11	11	9	20	19	27	46	39	44	83	
ÖSSZESEN:			761	477	1238	3634	1515	5149	4284	2201	6485	3234	2765	5999	11913	6958	18871	19

2008. dec. 31-én nyilvántartott betegek száma kórjelzés, kor és nem szerint

Ssz.	A KÓRJELZÉS MEGNEVEZÉSE (Kettős diagnózis esetén a domináns betegséget kell bejegyezni)		0-14			15-19			20-34			35-54			55-64			65-x			ÖSSZESEN			BETEGSÉGI KATEGÓRIÁBA BESOROLT SUICID KISÉRLET		
			ÉVES																							
			FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT				FÉRFI	NŐ	EGYÜTT
1/a	DEMENTIÁK	F00-F03				14	24	38	65	59	124	158	141	299	355	341	696	801	1877	2678	1393	2442	3835	1	1	2
1/b	ORGANIKUS PSZICHOSZINDRÓMÁK	F04-F09	2		2	32	58	90	135	125	260	539	570	1109	597	659	1256	1036	2645	3681	2341	4057	6398	6	3	9
2/a	ALKOHOL ABÚZUS ÉS FÜGGŐSÉG	F10.1,F10.2				17	3	20	177	58	235	705	217	922	259	103	362	65	19	84	1223	400	1623	15	3	18
2/b	ALKOHOLOS PSZICHÓZISOK	F10.3-F10.9							5		5	64	22	86	36	12	48	18	8	26	123	42	165			
2/c	DROG (GYÓGYSZER) ABÚZUS ÉS FÜGGŐSÉG	F11-F19(.1-2)				4		4	17	9	26	29	42	71	7	13	20	8	6	14	65	70	135			
2/d	DROG (GYÓGYSZER) OKOZTA PSZICHÓZISOK	F11-F19(.3-9)				5	1	6	5		5	2	2	4	1	1	2	1		1	14	4	18			
3	SCHIZOPRENIA, SCHIZOTYPIÁS RENDELLENESÉGEK	F20-F29 kivéve: F22,F24	3	2	5	145	123	268	2489	2397	4886	5138	7562	12700	2372	4593	6965	1277	3424	4701	11424	18101	29525	52	108	160
4	HANGULATZAVAROK (AFFEKTÍV RENDELLENESÉGEK)	F30-F39		1	1	184	281	465	1571	3082	4653	5154	14334	19488	3298	9133	12431	1953	7113	9066	12160	33944	46104	45	135	180
5	PARANOID ÁLLAPOTOK	F22,F24	1	1	2	37	31	68	314	327	641	883	1307	2190	633	1126	1759	641	1651	2292	2509	4443	6952	6	9	15
6	STRESSZ ÁLTAL KIVÁLTOTT ZAVAROK	F43	1		1	126	162	288	510	732	1242	621	1338	1959	376	641	1017	199	353	552	1833	3226	5059	14	20	34
7	NEUROTIKUS ÉS SOMATOFORM RENDELLENESÉGEK	F40-F48 (kivéve: F43)	3	5	8	183	288	471	2064	3595	5659	3819	10138	13957	2156	4651	6807	1115	3408	4523	9340	22085	31425	15	54	69
8	VISELKEDÉSZAVAROK	F50-F59		1	1	52	75	127	122	160	282	154	169	323	74	129	203	38	49	87	440	583	1023			
9	SZEMÉLYISÉGZAVAROK	F60-F69				137	79	216	605	413	1018	857	1097	1954	317	527	844	136	211	347	2052	2327	4379	9	13	22
10	MENTÁLIS RETARDÁCIÓ	F70-F79	17	15	32	219	183	402	936	680	1616	864	945	1809	227	248	475	71	122	193	2334	2193	4527	3	4	7
11	GYERMEKKORI PSZICHIÁTRIAI RENDELLENESÉGEK	F80-F89, F90-F98	48	48	96	44	30	74													92	78	170	1	2	3
12	MÁSKÉNT NEM MEGHATÁROZOTT PSZICHÉS RENDELLENESÉGEK	F99				143	65	208	324	261	585	256	595	851	210	213	423	301	81	382	1234	1215	2449			
13	EPILEPSZIA	G40-G41	75	87	162	60	72	132	198	215	413	201	160	361	83	76	159	64	55	119	681	665	1346	2	1	3
14	ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET	X60-X84					1	1	14	19	33	25	21	46	6	13	19	3	4	7	48	58	106			
15	OBSZERVÁCIÓ	Z03				6	6	12	35	61	96	59	56	115	20	18	38	16	16	32	136	157	293	1	1	2
ÖSSZESEN:			150	160	310	1408	1482	2890	9586	12193	21779	19528	38716	58244	11027	22497	33524	7743	21042	28785	49442	96090	145532	170	354	524

98. számú ábra:

Fogyatékkal élők: Rokkantsági nyugdíjban és megváltozott munkaképességűek járadékában részesülők száma, 2008 (fő)	Rokkantsági nyugdíjban részesülő					Megváltozott munkaképességűek járadékában részesülő		összesen
	Korbetöltött		Korhatár alatti		összesen	összesen	ebből nő	
	összesen	ebből nő	összesen	ebből nő				
Közép-Magyarország	104 434	57 228	84 885	44 473	189 319	21 741	13 704	211 060
Budapest	60 492	34 573	45 129	24 489	105 621	9 094	5 703	114 715
Pest	43 942	22 655	39 756	19 984	83 698	12 647	8 001	96 345
Közép-Dunántúl	34 908	16 395	40 362	20 067	75 270	13 281	8 560	88 551
Fejér	11 038	5 400	13 466	6 753	24 504	4 508	2 994	29 012
Komárom-Esztergom	14 938	6 886	14 375	7 197	29 313	4 453	2 895	33 766
Veszprém	8 932	4 109	12 521	6 117	21 453	4 320	2 671	25 773
Nyugat-Dunántúl	21 335	9 767	34 591	17 162	55 926	8 164	5 279	64 090
Győr-Moson-Sopron	10 571	4 953	17 299	8 772	27 870	2 575	1 721	30 445
Vas	5 171	2 263	9 268	4 444	14 439	2 712	1 721	17 151
Zala	5 593	2 551	8 024	3 946	13 617	2 877	1 837	16 494
Dél-Dunántúl	34 404	15 681	49 921	25 095	84 325	26 662	15 737	110 987
Baranya	15 643	6 816	22 788	11 413	38 431	12 344	6 903	50 775
Somogy	12 018	6 131	12 501	6 208	24 519	7 915	4 815	32 434
Tolna	6 743	2 734	14 632	7 474	21 375	6 403	4 019	27 778
Észak-Magyarország	45 993	21 274	56 591	28 687	102 584	28 778	18 190	131 362
Borsod-Abaúj-Zemplén	22 883	10 293	31 171	15 554	54 054	19 435	12 165	73 489
Heves	14 442	6 980	16 943	8 995	31 385	5 185	3 435	36 570
Nógrád	8 668	4 001	8 477	4 138	17 145	4 158	2 590	21 303
Észak-Alföld	63 088	29 748	78 846	39 350	141 934	52 930	32 587	194 864
Hajdú-Bihar	22 110	10 539	25 202	12 985	47 312	13 684	8 628	60 996
Jász-Nagykun-Szolnok	13 710	6 051	20 662	10 480	34 372	11 159	7 116	45 531
Szabolcs-Szatmár-Bereg	27 268	13 158	32 982	15 885	60 250	28 087	16 843	88 337
Dél-Alföld	51 504	24 227	76 370	39 421	127 874	31 976	19 467	159 850
Bács-Kiskun	17 411	8 160	25 028	12 663	42 439	10 727	6 601	53 166
Békés	17 163	7 985	25 477	12 925	42 640	12 224	7 366	54 864
Csongrád	16 930	8 082	25 865	13 833	42 795	9 025	5 500	51 820
Összesen	355 666	174 320	421 566	214 255	777 232	183 532	113 524	960 764

Forrás: TEIR, KSH

99. számú ábra:

Szociális szolgáltatások a fogyatékkal élők részére, a fenntartó típusa szerint, 2009 (db)*	fogyatékos személyek gondozóháza	fogyatékosok személyek otthona	fogyatékosok rehabilitációs intézménye	fogyatékos személyek rehabilitációs lakóotthona	fogyatékos személyek gondozóháza	összesen
Települési önkormányzat	7	15	0	1	7	30
Megyei (fővárosi) önkormányzat	0	90	23	16	46	175
Önkormányzati intézményfenntartó társulás	2	1	0	0	0	3
Egyház, egyházi intézmény	3	15	2	0	6	26
non-profit vállalkozás (közhasznú társaság)	0	13	5	1	7	26
Alapítvány	7	7	3	16	19	52
Egyesület	2	3	2	7	11	25
Központi költségvetési intézmény	2	3	3	4	1	13
Közalapítvány	1	1	0	0	0	2
Többcélú kistérségi társulás	0	5	0	1	0	6
összesen	24	153	38	46	97	358
forrás: KSH, OSAP						
* egy intézmény több ellátástípusban is működhet!						

100. számú ábra:

Támogató szolgáltatásban részesítettek száma, tárgyév XII. 31-én, 2009	X-499 fő	500-999 fő	1000-1999 fő	2000-4999 fő	5000-9999 fő	10000-19999 fő	20000-49999 fő	50000-99999 fő	100000-X fő	Budapest (fő)	összesen
Közép-Magyarország	-	3	16	133	105	540	251	42	-	1 056	2 146
Budapest	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1056	1056
Pest	0	3	16	133	105	540	251	42	0	0	1090
Közép-Dunántúl	15	33	132	254	114	535	590	268	155	-	2 096
Fejér	0	5	64	117	33	317	81	0	155	0	772
Komárom-Esztergom	0	9	14	56	43	123	248	114	0	0	607
Veszprém	15	19	54	81	38	95	261	154	0	0	717
Nyugat-Dunántúl	77	105	182	189	98	199	110	279	64	-	1 303
Győr-Moson-Sopron	15	43	68	93	1	62	22	43	64	0	411
Vas	27	20	15	8	11	137	0	70	0	0	288
Zala	35	42	99	88	86	0	88	166	0	0	604
Dél-Dunántúl	83	55	169	122	66	572	40	91	310	-	1 508
Baranya	49	33	116	44	29	62	1	0	310	0	644
Somogy	26	7	30	25	0	155	25	91	0	0	359
Tolna	8	15	23	53	37	355	14	0	0	0	505
Észak-Magyarország	56	163	231	362	219	427	219	201	338	-	2 216
Borsod-Abaúj-Zemplén	50	88	142	193	211	357	142	0	338	0	1 521
Heves	2	31	69	165	2	48	57	201	0	0	575
Nógrád	4	44	20	4	6	22	20	0	0	0	120
Észak-Alföld	35	182	571	1 017	1 215	719	625	368	1 134	-	5 866
Hajdú-Bihar	1	33	159	193	559	439	299	0	502	0	2 185
Jász-Nagykun-Szolnok	3	18	16	31	332	102	326	368	0	0	1 196
Szabolcs-Szatmár-Bereg	31	131	396	793	324	178	0	0	632	0	2 485
Dél-Alföld	6	29	98	413	305	444	751	332	328	-	2 706
Bács-Kiskun	0	10	31	106	75	124	218	0	182	0	746
Békés	6	11	58	202	186	276	326	332	0	0	1 397
Csongrád	0	8	9	105	44	44	207	0	146	0	563
Összesen	272	570	1 399	2 490	2 122	3 436	2 586	1 581	2 329	1 056	17 841

101. számú ábra:

Megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatása

Rehabilitációs költségátogatás 2010. év			
Sorsz.	Megnevezés	2010. évi támogatás összege (eFt)	MMK dolgozók elfogadott létszáma (fő)
1.	Alfa Rehabilitációs Nonprofit Kft.	643 317	429
2.	Bátönyrehab Rehabilitációs Nonprofit Kft.	69 000	55
3.	Civil Szolgáltató Nkft.	604 626	407
4.	Dél-Borsodi Rehabilitációs és Környezetvédelmi Nkft.	198 082	151
5.	Emberekért Rehabilitációs Foglalkoztató Közhasznú Nkft.	1 310 748	875
6.	ERFO Rehabilitációs Foglalkoztató Nkft.	2 175 000	1 450
7.	ESÉLY Györi Rehabilitációs és Foglalkoztatási Közhasznú Nkft.	133 339	145
8.	FÉBÉ Szociális és Rehabilitációs Szolgáltató Nkft.	113 821	97
9.	FORENO Foglalkoztatási és Rehabilitációs Nkft.	110 009	108
10.	FŐKEFE Rehabilitációs Foglalkoztató Ipari Nkft.	5 287 500	3 525
11.	HÓDFŐ Szociális Foglalkoztató Közhasznú Nkft.	217 430	182
12.	KÁLLFO Nkft.	250 850	170
13.	KÉZMŰ Fővárosi Kézműipari Nkft.	4 843 500	3 229
14.	Komló-Habilis Termelő és Értékesítő Nonprofit Közhasznú Kft.	117 300	69
15.	MOVE Rehabilitációs Ipari és Szolgáltató Nonprofit Közhasznú Zrt.	1 602 000	1 068
16.	Nagykanizsai Szociális Foglalkoztató Nkft.	88 787	72
17.	Összefogás Rehabilitációs Nonprofit Közhasznú Kft.	921 000	614
18.	PIREHAB Rehabilitációs Foglalkoztató Nkft.	3 246 000	2 164
19.	PRO-TEAM Rehabilitációs Közhasznú Nkft.	3 052 500	2 035
20.	START Rehabilitációs Foglalkoztató és Intézményei Közhasznú Nkft.	3 234 000	2 156
21.	Teljes Életért Nkft.	1 262 338	938
ÖSSZESEN:		29 481 147	19 939

102. számú ábra:

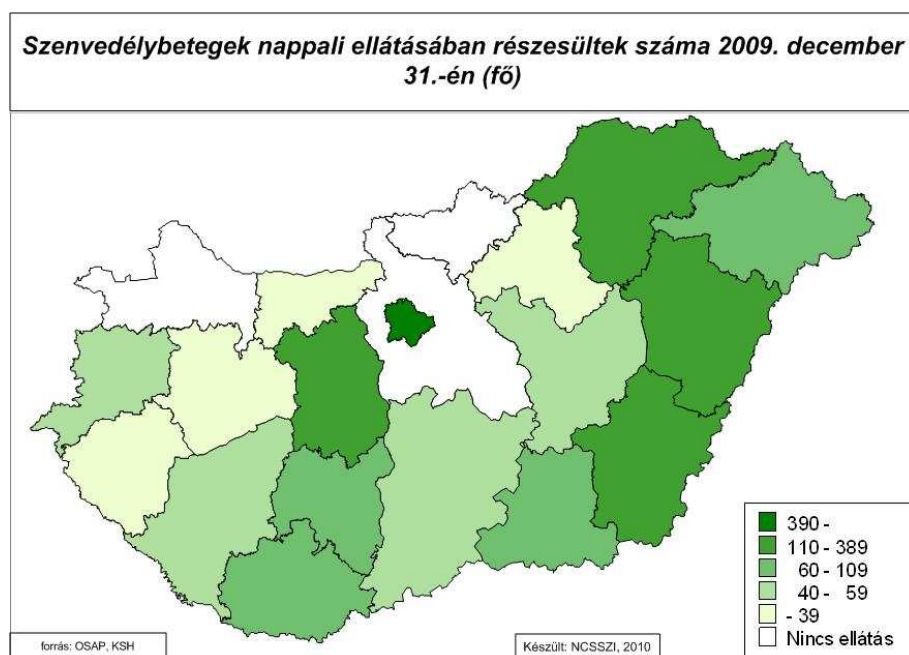
Költségkompenzációs támogatás 2010. év			
Sorsz.	Megnevezés	2010. évi támogatás összege (eFt)	Elfogadott létszám (fő)
1.	Agria-Humán Kft.	148 010	413
2.	BLTG Településgazdálkodási Kft.	20 978	131
3.	CHACO Termelő és Szolgáltató Kft.	76 200	127
4.	Contact Nkft.	49 003	115
5.	GEMENCREHAB Kft.	20 736	67
6.	GLOBÁL-SANSZ Kft.	29 529	59
7.	Grantek Termelő, Szolgáltató és Kereskedelmi Kft.	142 724	260
8.	GTXHUMÁN Kft.	35 685	60
9.	Hatvani-Vegyesipari Centrum Kft.	28 800	48
10.	HORIZONT TEX Kft.	60 960	145
11.	INTERPLAN Ipari, Mezőgazdasági, Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.	31 200	52
12.	Inter Wood Pluss Kft.	40 764	68
13.	KENTAUR '99 Kft.	57 946	102
14.	Krekk-Info Nonprofit Kft.	82 688	217
15.	LAZARUS Kft.	22 000	53
16.	MEA-GOLD Vegyesipari Gyártó és Szolgáltató Kft.	40 473	142
17.	MMDF Megváltozott Munkaképességű Dunamentiek Foglalkoztató Kft.	13 839	52
18.	MEMFO Rehabilitációs Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.	41 376	127
19.	Nyír-Plast Kft.	36 000	60
20.	OPS Újpest Kft.	34 800	58
21.	PARA-MIS Kft.	29 799	66
22.	PRAKTIKUM Kft.	30 578	51
23.	RÁNA Nonprofit Közhasznú Kft.	26 400	45
24.	REHABIL Kft.	35 584	79
25.	REHAB. XVI. Kft.	27 268	68
26.	RELABOR Foglalkoztatási Rehabilitációs Kft.	325 800	543
27.	ROLFIM Szövetkezet	21 354	73
28.	Royal Press Hungary Kft.	20 003	37
29.	SOMOGY REHAB Kft.	48 598	81
30.	Szegedi SZEFO Zrt.	300 001	540
31.	SZERAPISZ-ZALA Kft.	47 641	91
32.	SZOCIO-PRODUKT Kft.	44 498	97
33.	TESZT Közhasznú Nonprofit Kft.	217 850	395
34.	TEXIN Kft.	17 662	51
35.	ÚJBUDA PRIZMA Szociális Fejlesztési és Foglalkoztatási Közhasznú Nkft.	84 627	164
36.	VEDESE Nonprofit Kft.	51 000	85
37.	V-KING Kft.	21 360	55
ÖSSZESEN:		2 363 734	4 877

103. számú ábra:

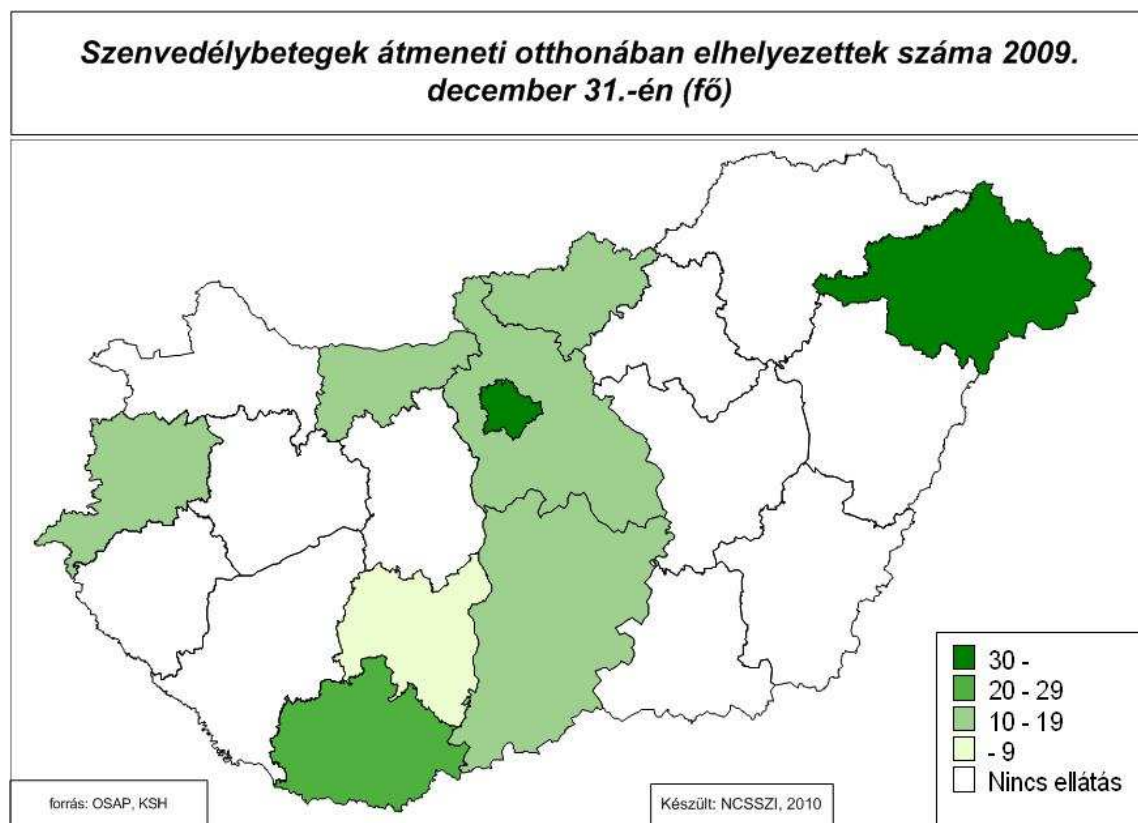
Szociális foglalkoztatás, férőhelyek száma 2009.12.31-i állapot szerint	Munka- rehabilitáció	Intézményi foglalkoztató általi fejlesztő felkészítő foglalkoztatás	Külső foglalkoztató általi fejlesztő felkészítő foglalkoztatás	együtt
Közép-Magyarország	603	786	0	1 389
Budapest	345	364		709
Pest	258	422		680
Közép-Dunántúl	806	282	210	1 298
Fejér	230	36	116	382
Komárom-Esztergom	94	90	19	203
Veszprém	482	156	75	713
Nyugat-Dunántúl	810	438	310	1 558
Győr-Moson-Sopron	225	66	80	371
Vas	376	291	230	897
Zala	209	81		290
Dél-Dunántúl	736	412	926	2 074
Baranya	268	44	304	616
Somogy	226	217	340	783
Tolna	242	151	282	675
Észak-Magyarország	663	274	534	1 471
Borsod-Abaúj-Zemplén	340	84	297	721
Heves	249	140		389
Nógrád	74	50	237	361
Észak-Alföld	1 552	703	1 048	3 303
Hajdú-Bihar	301	46	384	731
Jász-Nagykun-Szolnok	249	89	220	558
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1 002	568	444	2 014
Dél-Alföld	1 193	1 561	671	3 425
Bács-Kiskun	473	203	306	982
Békés	546	1 233	320	2 099
Csongrád	174	125	45	344
Összesen	6 363	4 456	3 699	14 518

Szenvedélybeteg ellátás

104. számú ábra:

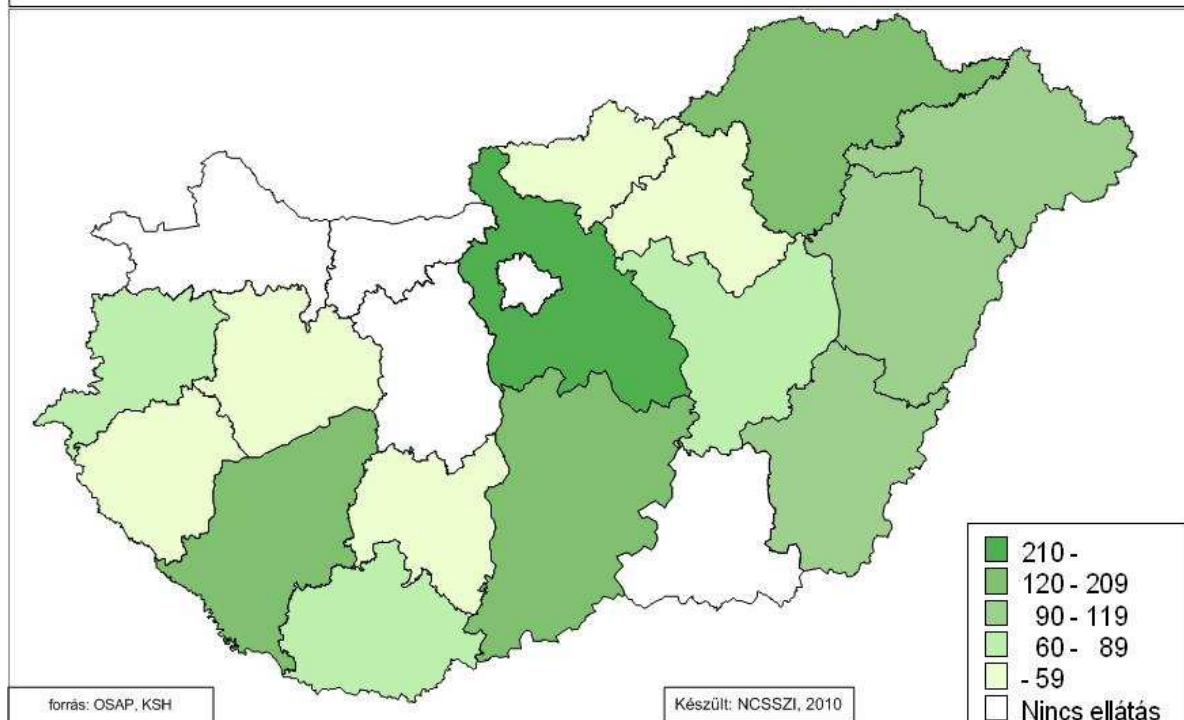


105.számú ábra



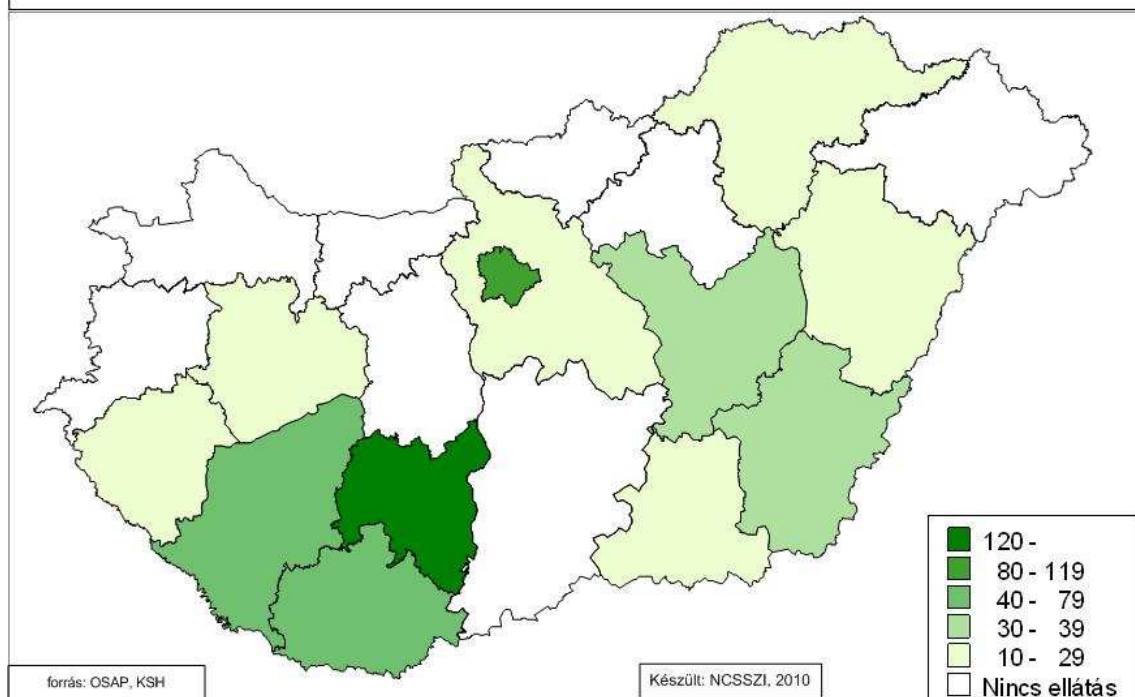
106.számú ábra

**Szenvedélybetegek otthonában elhelyezettek száma 2009. december 31.-én
(fő)**



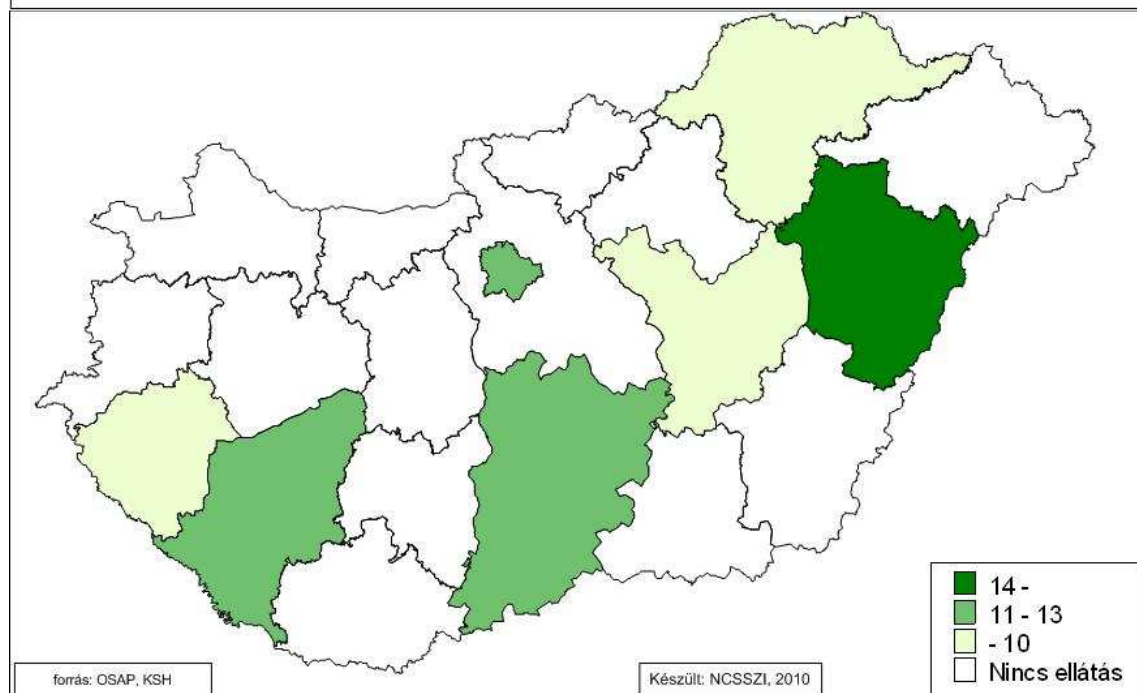
107.számú ábra

**Szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében elhelyezettek száma
2009. december 31.-én (fő)**



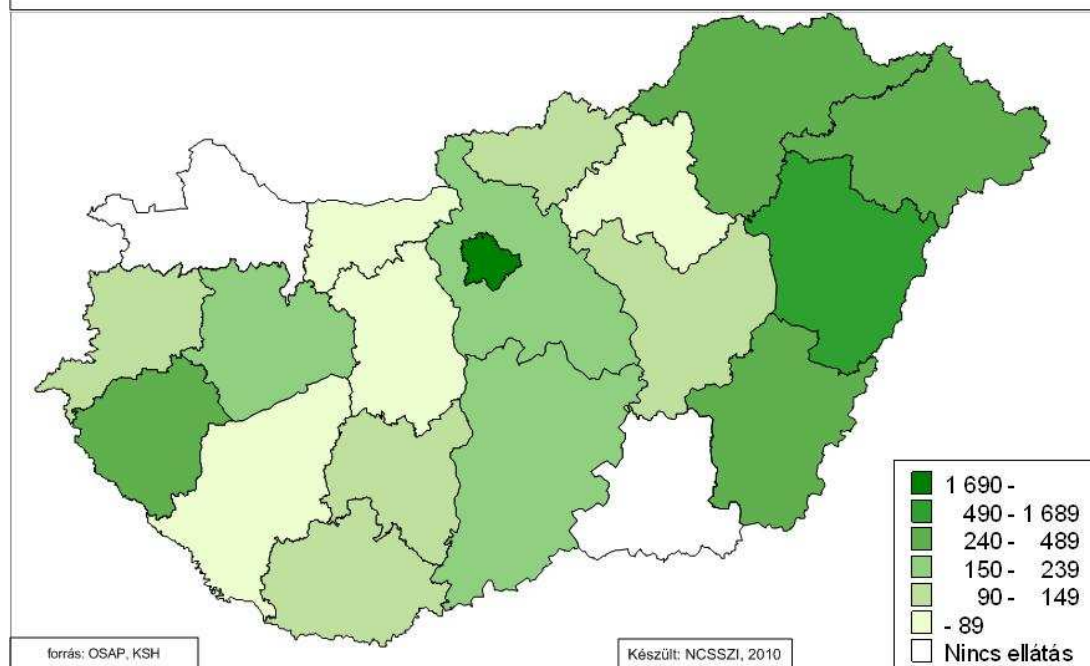
108.számú ábra

**Szenvedélybetegek rehabilitációs lakóotthonában elhelyezettek száma
2009. december 31.-én (fő)**



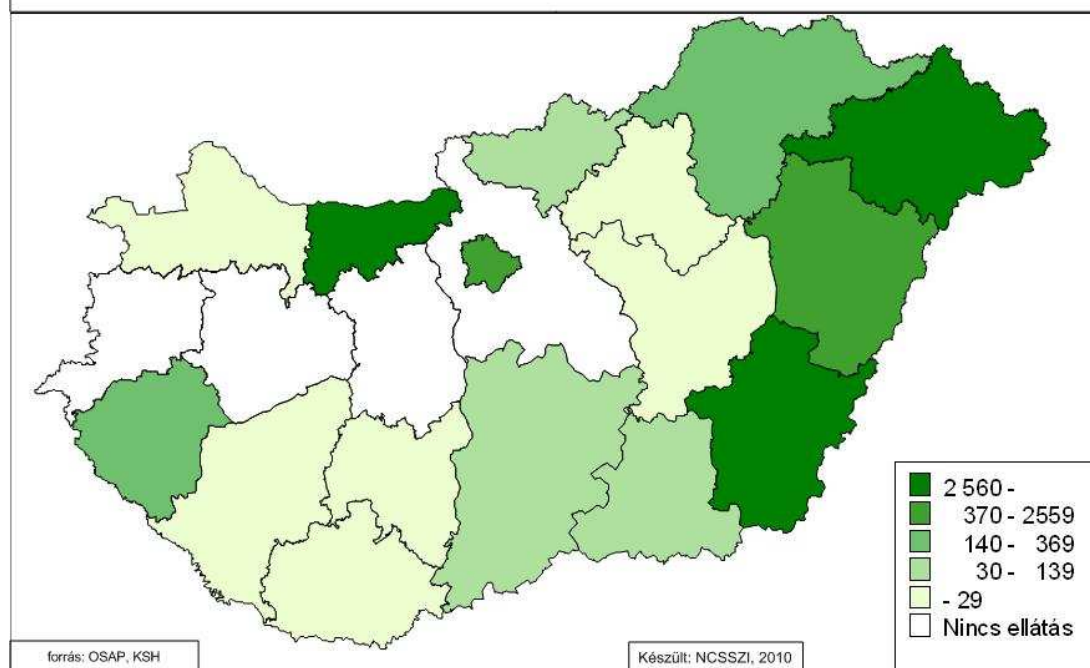
109.számú ábra

**Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére (alapellátás) ellátásban
részesülők száma 2009. december 31.-én (fő)**



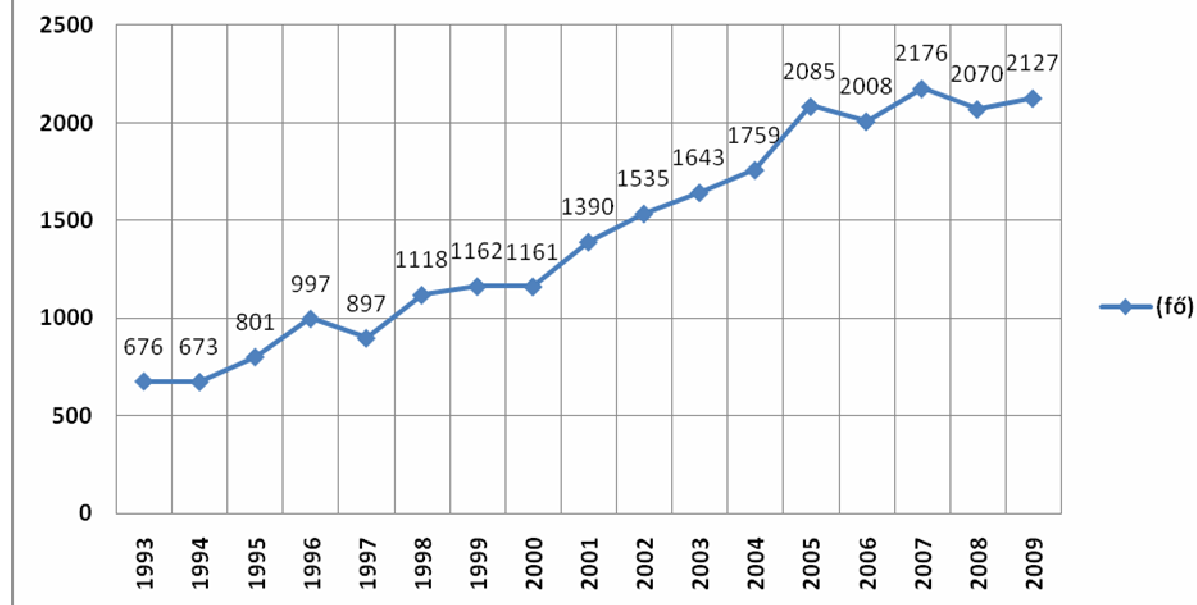
110.számú ábra

**Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére (alacsony küszöbű ellátás)
ellátásban részesülők száma 2009. december 31.-én (fő)**



111.számú ábra

**Szenvedélybetegek otthonában ellátottak száma adott év szerint
(1993-)**



Forrás: KSH, STADAT, 2011.01.30.

112.számú ábra

Év	Az addiktológiai gondozókban nyilvántartott betegek száma és aránya (ESE2009)
----	---

	férfi	nő	ismeretlen	összesen
Száma				
2005	24 995	8 858	–	33 853
2006	21 818	7 630	–	29 448
2007	18 875	7 317	–	26 192
2008	14 187	5 637	139	19 963
2009	9 419	3 318	–	12 737
Aránya százezer lakosra				
2005	522,4	167,4	–	336
2006	456,5	144,3	–	292,5
2007	395,7	138,7	–	260,7
2008	297,9	107	–	199
2009	198	63,1	–	127,2

113.számú ábra

Regisztrált kábítószer-fogyasztók (forrás: SÉ2009)					
Megnevezés	2005	2006	2007	2008	2009
Az év folyamán első alkalommal megjelent új beteg					
férfi	4 695	4 150	2 975	3 100	2 302
nő	1 624	1 523	1 075	1 535	1 500
Összesen	6 319	5 673	4 050	4 635	3 802
Az év folyamán megjelent betegek száma					
férfi	9 931	10 477	8 942	9 264	7 996
nő	4 862	5 003	4 655	5 089	5 144
Összesen	14 793	15 480	13 597	14 353	13 140
Az év folyamán megjelentek megoszlása a fogyasztott főbb kábítószerfajták szerint, %					
Opiát típusú	14	15	15,8	11,3	18
Kokain típusú	1	1	1,6	2,1	1,2
Kannabisz típusú	36	38	34	35,4	23
Hallucinogének	1	1	0,5	0,3	0,4
Amfetamin típusú	10	9	8,5	10,9	10
Nyugtató típusú	25	25	27,5	29,1	35,7
Politoxikománia	11	11	10,4	5,8	6,8
Szerves oldószerek	1	1	0,9	1,7	3,9

Egyéb kábítószer	1	1	0,8	3,3	0,8
------------------	---	---	-----	-----	-----

114.számú ábra

13.25. Az év folyamán kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók főbb adatai					
Megnevezés	2005	2006	2007	2008	2009
Az év folyamán kezelésen első alkalommal megjelent kábítószer-fogyasztók száma					
Összesen	6 319	5 673	4 050	4 635	3 802
Ebből:					
férfi	4 695	4 150	2 975	3 100	2 302
nő	1 624	1 523	1 075	1 535	1 500
Az év folyamán kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók száma					
Összesen	14 793	15 480	13 597	14 353	13 140
Ebből:					
férfi	9 931	10 477	8 942	9 264	7996
nő	4 862	5 003	4 655	5 089	5144
Az év folyamán kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók megoszlása főbb kábítószerfajták szerint, %					
Opiát típusú	14,4	15	15,8	11,3	18
Kokain típusú	0,9	1,3	1,6	2,1	1,2
Kannabisz típusú	35,7	37,7	34	35,4	23
Hallucinogének	0,9	0,5	0,5	0,3	0,4
Amfetamin típusú	10,4	8,6	8,5	10,9	10
Nyugtató típusú	25,1	24,6	27,5	29,1	35,7
Politoxikománia	10,7	10,7	10,4	5,8	6,8
Szerves oldószerek	1,2	1	0,9	1,7	3,9
Egyéb kábítószer	0,7	0,6	0,8	3,3	0,8

Forrás: KSH, ESÉ 2009

115.számú ábra

13.26. Az év folyamán kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók száma nem és korcsoport szerint									
Kábítószer-kategóriák	15 év alatti	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–	Ismeretlen korú	Összesen
		éves							
Férfi									
Opiát típusú	124	58	248	523	466	228	147	–	1 794
Kokain típusú	–	1	19	17	34	21	11	–	103
Kannabisz típusú	7	575	986	622	296	120	59	1	2 666
Hallucinogének	–	8	7	8	3	3	3	–	32
Amfetamin típusú	–	61	202	187	168	55	88	–	761
Nyugtató típusú	17	137	208	166	181	188	710	–	1 607
Politoxikománia (nem a fenti kategóriák)		40	102	124	96	61	115	–	538

Szerves oldószerek (inhalánsok)	14	37	27	30	68	63	224	–	463
Egyéb kábítószer	1	4	8	6	8	3	2	–	32
Összesen	163	921	1 807	1 683	1 320	742	1 359	1	7 996
Nő									
Opiát típusú	1	44	148	134	144	45	58	–	574
Kokain típusú	1	10	18	20	5	5		–	59
Kannabisz típusú	17	118	112	48	35	9	11	–	350
Hallucinogének		5	5	6	2		1	–	19
Amfetamin típusú	4	65	92	73	76	61	188	–	559
Nyugtató típusú	29	186	292	309	413	337	1 524	–	3 090
Politoxikománia (nem a fenti kategóriák)	4	18	45	34	55	42	164	–	362
Szerves oldószerek (inhalánsok)	4	3	5	15	15	5	7	–	54
Egyéb kábítószer			2	2	9	9	55	–	77
Összesen	60	449	719	641	754	513	2 008	–	5 144
Együtt									
Opiát típusú	125	102	396	657	610	273	205	–	2 368
Kokain típusú	–	11	37	37	39	26	11	–	162
Kannabisz típusú	24	693	1 098	670	331	129	70	–	3 016
Hallucinogének	–	13	12	14	5	3	4	–	51
Amfetamin típusú	–	126	294	260	244	116	276	–	1 320
Nyugtató típusú	46	323	500	475	594	525	2 234	–	4 697
Politoxikománia (nem a fenti kategóriák)	4	58	147	158	151	103	279	–	900
Szerves oldószerek (inhalánsok)	18	40	32	45	83	68	231	–	517
Egyéb kábítószer	1	4	10	8	17	12	57	–	109
Összesen	223	1 370	2 526	2 324	2 074	1 255	3 367	1	13 140

Forrás: KSH, ESE 2009

116.számú ábra

A nyilvántartott alkoholisták száma							
Év	Addiktológiai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma	Pszichiátriai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma	Együtt	Aránya százezer lakosra	A pszichiátriai gondozókban alkoholos pszichózis miatt nyilvántartott betegek		
					férfi	nő	együtt
2005	30 989	1 899	32 888	326,4	223	78	301
2006	27 112	1 910	29 022	288,3	176	65	241
2007	24 347	1 693	26 040	259,2	159	56	215
2008	18 364	1 788	20 152	200,9	123	42	165
2009	11 897	3 174	15 071	150,5	269	94	363

Forrás: KSH, ESE 2009

117.számú ábra

13.23. A nyilvántartott alkoholisták száma és aránya korcsoport és nem szerint			
Korcsoport (év)	Férfi	Nő	Együtt
Száma			
–19	63	17	80
20–34	1208	389	1 597
35–54	4 955	1 675	6 630

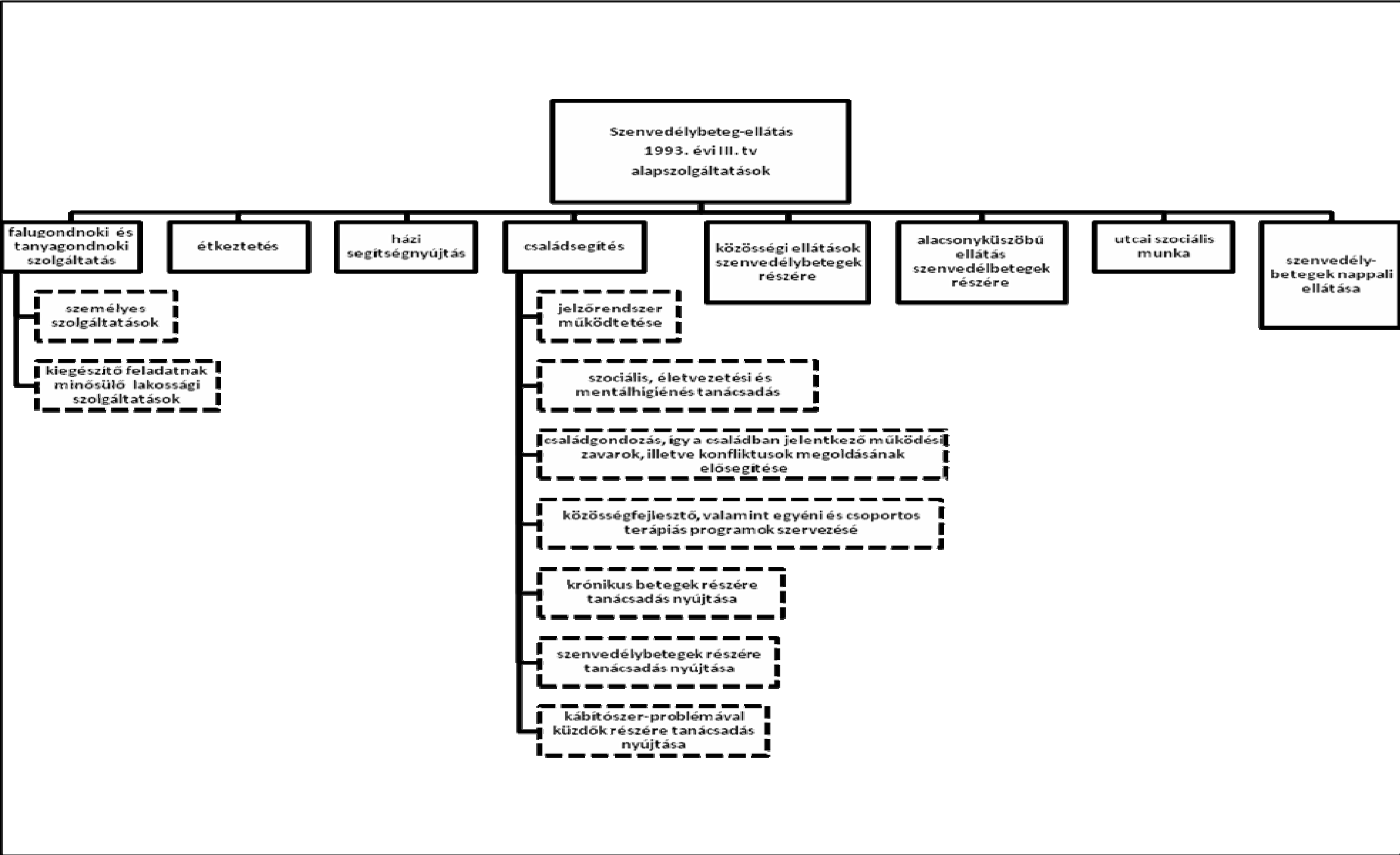
55–64	1 991	762	2 753
65–	614	223	837
Együtt	8 831	3 066	11 897
Százezer azonos korú lakosra jutó gondozott alkoholista beteg			
–19	5,9	1,7	3,8
20–34	107,5	36,1	72,5
35–54	365,4	120,8	241,8
55–64	330,6	105,2	207,5
65–	100,9	21,1	50,3
Együtt	185,6	58,3	118,8

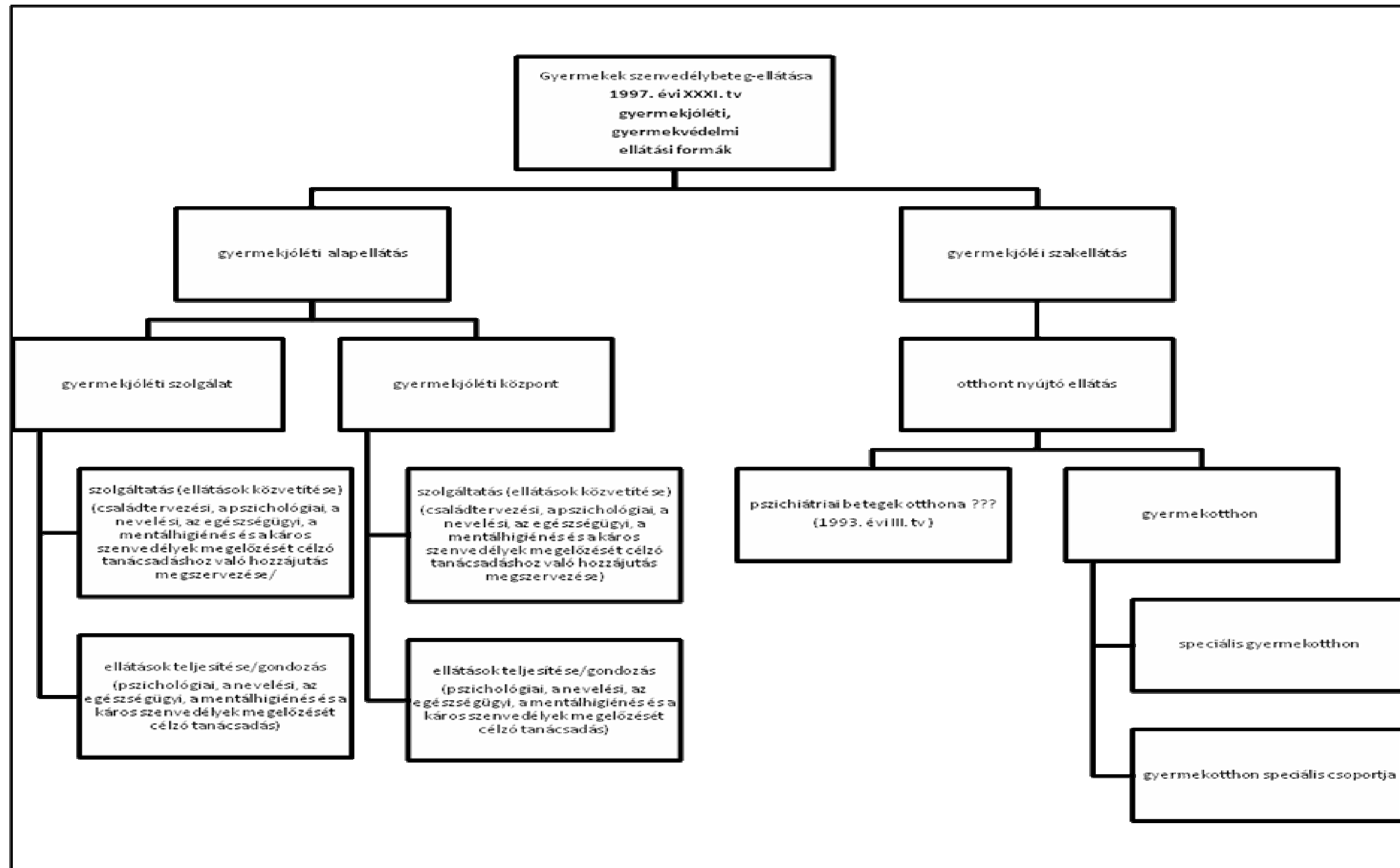
Forrás: KSH, ESÉ 2009

118.számú ábra

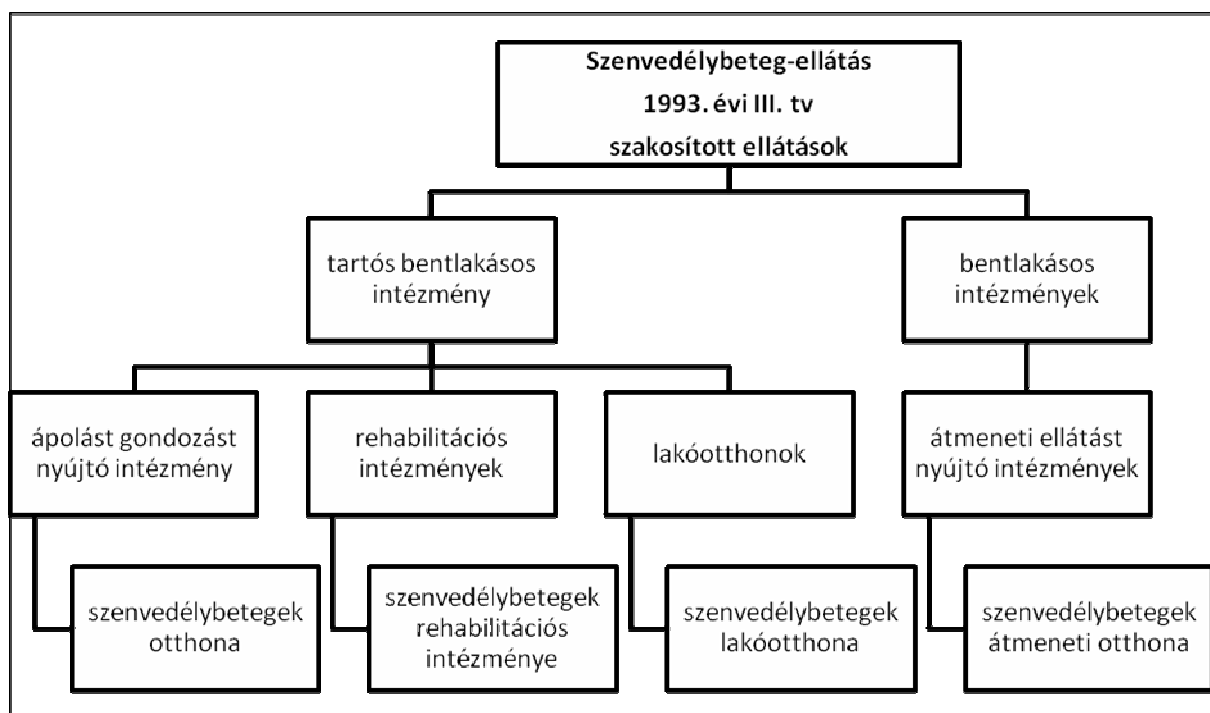
Az egyes szolgáltatások száma																									
Forrás: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (2011.01.31.)		Nappali ellátás Szenvedélybetegek részére			Szenvedélybetegek átmeneti otthona			Szenvedélybetegek lakóotthona			Szenvedélybetegek otthona			Szenvedélybetegek Rehabilitációs intézménye			Szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás			Szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás			Ös sz es ell át ás m eg yé nk én t	Össz es ellát ás régi ónké nt	
https://regiszter.afsz.hu/RAzEgyesSzolgaltatasokSzama.aspx		Állami	Egyhá zi	Nem állami	Állam i	Egyhá zi	Nem állami	Állam i	Egyh ázi	Nem állami	Álla mi	Egyh ázi	Nem állam i	Állami	Egyház i	Nem állami	Állami	Egyházi	Nem állami	Állami	Egyházi	Nem állami			
Dél-Alföld	Bács-Kiskun megye	1		1	1			1			2									1	1	1	1	10	37
	Békés megye	1		4						1	2			1						4	2	1	6	22	
	Csongrád megye	2													1			1						5	
Dél-Dunántúl	Baranya megye			1						1	1					4				2			2	11	31
	Somogy megye			2				1			3			1	1	1				1				10	
	Tolna megye			1							1			1		4				1	1		1	10	
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar megye	1	8	4			1		1				1			1		1	3	6	2	6	35	61	
	Jász-Nagykun-Szolnok megye	1	1					1			1						1				1		6		
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	1	3	2			1				2								2	4	2	3	20		
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	2		1					1		2			1				1	2	3		3	16	28	
	Heves megye	1	1				1				1							1		1	1		7		
	Nógrád megye						1				1						1			2			5		
Közép-Dunántúl	Fejér megye			2											1				3			2	8	26	
	Komárom-Esztergom megye	1				1													1			1	4		
	Veszprém megye			1							2					1			3	1		6	14		
Közép-Magyarország	Főváros	2	1	4			3			1						3		3	17		4	9	47	64	
	Pest megye	2									2	1		1		1			2	5		3	17		
Nyugat-Dunántúl	Győr-Moson-Sopron megye																		1				1	19	
	Vas megye	1	2			1					1							1		1	1	1	9		
	Zala megye	1						1			1			1				1	1			3	9		
Ellátási típusonként országosan összesen		17	16	23	1	2	7	4	2	3	22	1	1	7	2	15	3	8	44	28	13	47		266	
Országosan összesen		56			10			9			24			24			55			88					

119.számú ábra

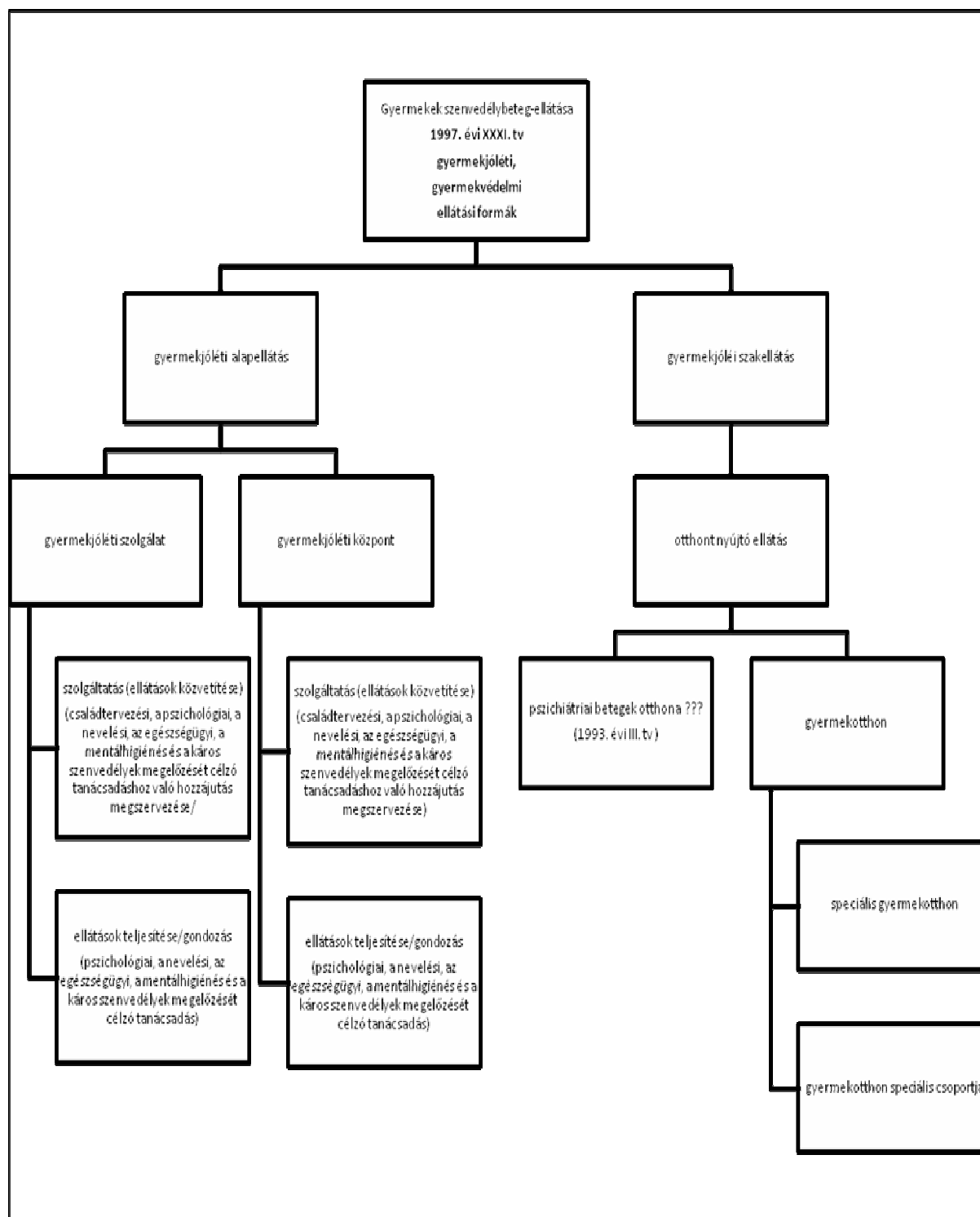




121.számú ábra

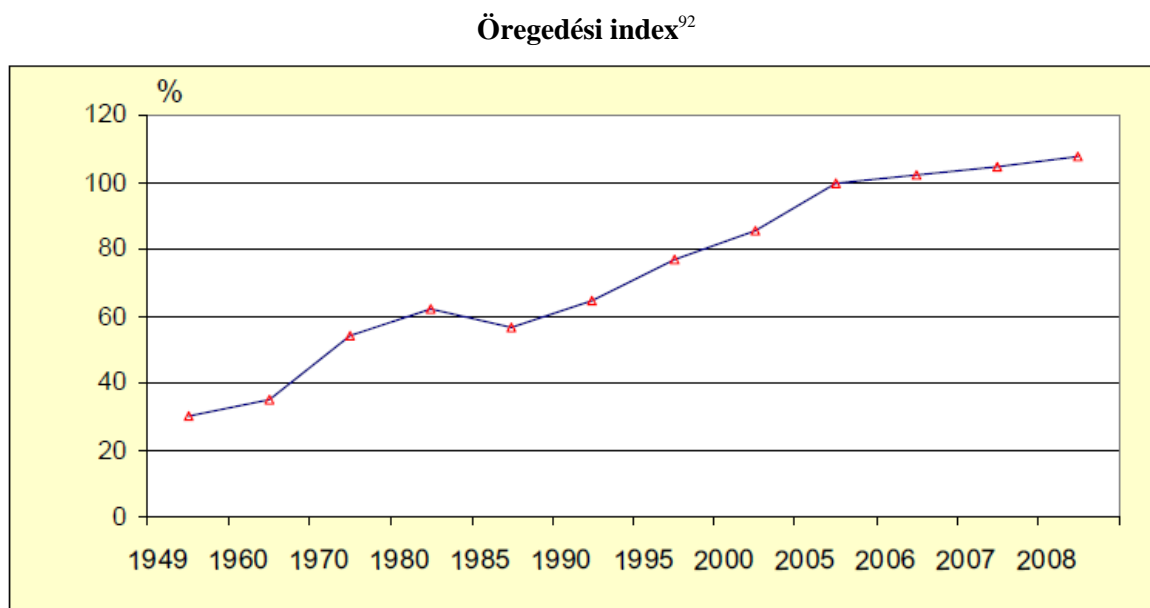


122.számú ábra



Bentlakásos idős ellátás

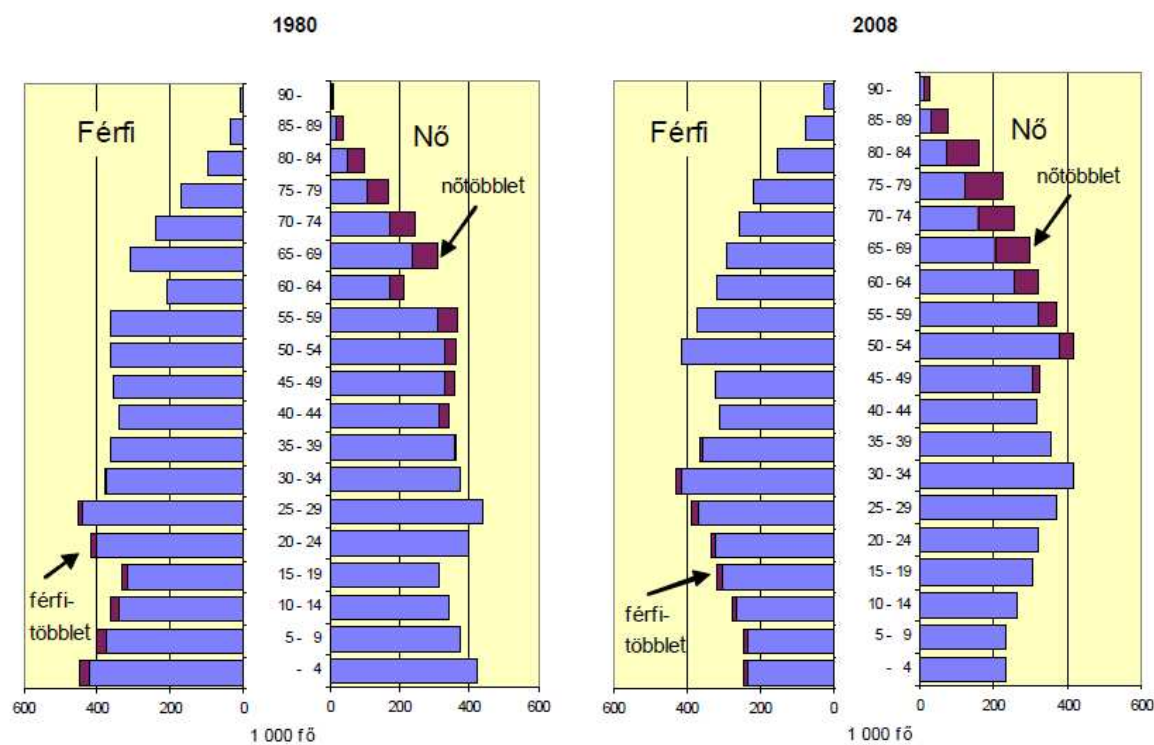
123.számú ábra



Forrás: KSH, NYUGDÍJASOK, NYUGDÍJAK, 2008. Veszprém, 2008. július 15.

124.számú ábra

A népesség száma nem és életkor szerint, év elején



Forrás: KSH, NYUGDÍJASOK, NYUGDÍJAK, 2008. Veszprém, 2008. július 15.

⁹²

Száz 0-14 évesre jutó 65 éves és idősebb.

125.számú ábra



Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyv

126.számú ábra

Szociális szolgáltatások			A szolgáltatást biztosítani köteles		
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról			települési önkormányzat	fővárosi kerületi önkormányzat	megyei és a fővárosi önkormányzat
Szakosított ellátások					
tartós bentlakásos intézmények	ápolást gondozást nyújtó intézmények	idősek otthona	-	köteles megszervezni	köteles megszervezni
bentlakásos intézmények	átmeneti ellátást nyújtó intézmények	időskorúak gondozóháza	30 000 fő felett	30 000 fő felett	-

Forrás: 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szt.)

127.számú ábra

Bentlakásos intézményekben ellátottak száma típus és fenntartó szerint			
Fenntartó	Időskorúak otthona		
	2007	2008	2009
Települési önkormányzat	16 526	11 851	10 884
Megyei, fővárosi önkormányzat	13 322	13 044	12 866
Önkormányzati intézményfenntartó társulás	(nem értelmezhető)	1 744	1 860
Többcélú kistérségi társulás	2 502	4 753	5 799
Egyház	7 384	9 194	9 704
Közhasznú társaság	6 628	5 211	5 681
Egyesület	873	545	494
Alapítvány	3 562	3 364	3 727
Közalapítvány		98	99
Vállalkozás	106	90	239
Központi költségvetési intézmény	(nem értelmezhető)	–	–
Összesen	50 903	49 894	51 353

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyv

128.számú ábra

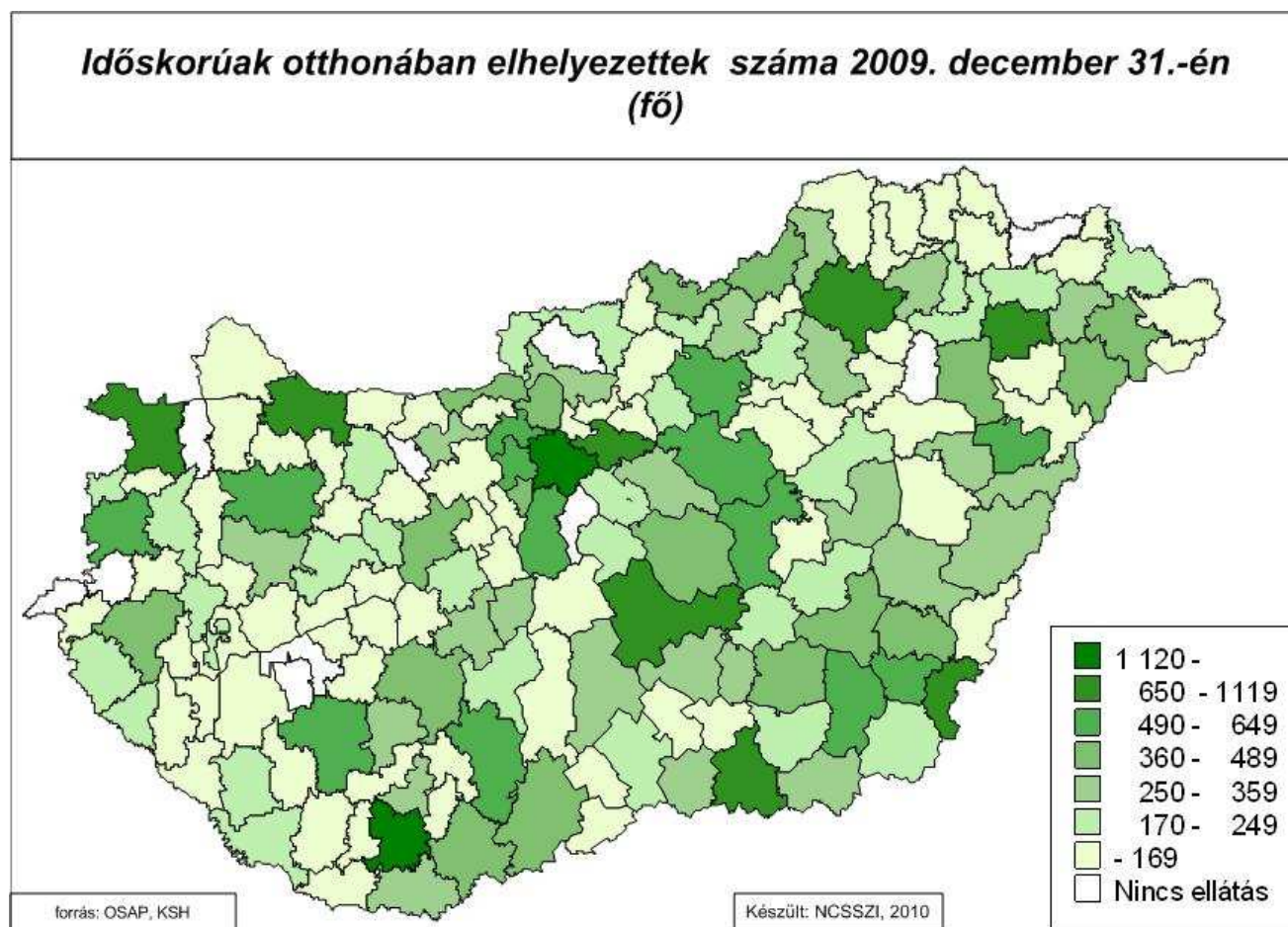
Ellátotti férőhelyek száma (db)							
Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (2011.02.057)		Idősek otthona			Időskorúak gondozóháza		
https://regiszter.afsz.hu/REllatottiFerohelyekSzama.aspx		Állami	Egyházi	Nem állami	Állami	Egyházi	Nem állami
Dél-Alföld	Bács-Kiskun megye	520	445	965	50		16
	Békés megye	3251	780	458	204	15	
	Csongrád megye	5427	990	521	328	19	28
Dél-Dunántúl	Baranya megye	1806	358	651	27		10
	Somogy megye	1190	390	697	6		
	Tolna megye	1080	202	406	49		
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar megye	978	828	783	101	19	21
	Jász-Nagykun-Szolnok megye	217	359	236	34	4	4
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	2330	1100	266	225		14
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	2370	312	383	186		23
	Heves megye	1349	100	404		10	26
	Nógrád megye	821	29	58	69		53
Közép-Dunántúl	Fejér megye	1065	460	620	71	7	44
	Komárom-Esztergom megye	1202	142	289	89	23	87
	Veszprém megye	1392	131	539	61	22	61
Közép-Magyarország	Főváros	3115	2777	1541	460	181	548
	Pest megye	1953	1805	2593	280	106	320

Nyugat-Dunántúl	Győr-Moson-Sopron megye	1029	397	1251	119	104	76
	Vas megye	1216	135	52	43		10
	Zala megye	923	699		88	14	
Összes férőhely fenntartónként		33234	12439	12713	2490	524	1341
Összes férőhely országosan		58386			4355		

Forrás: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, Szociális Regiszter

Az egyes szolgáltatások száma (db)							
Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (2011.02.057)		Idősek otthona			Időskorúak gondozóháza		
		Állami	Egyházi	Nem állami	Állami	Egyházi	Nem állami
Dél-Alföld	Bács-Kiskun megye	35	7	6	4		1
	Békés megye	42	17	13	15	1	
	Csongrád megye	21	4	1	7	1	1
Dél-Dunántúl	Baranya megye	20	6	11	2		1
	Somogy megye	16	7	11	2		
	Tolna megye	20	3	5	5		
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar megye	18	17	9	5	2	2
	Jász-Nagykun-Szolnok megye	36	4	4	4	1	1
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	55	25	6	15		1
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	28	7	14	11		2
	Heves megye	21	1	8		1	2
	Nógrád megye	8	2	3	4		1
Közép-Dunántúl	Fejér megye	13	11	8	5	2	4
	Komárom-Esztergom megye	13	4	6	5	1	4
	Veszprém megye	16	3	11	3	1	4
Közép-Magyarország	Főváros	25	32	16	20	11	12
	Pest megye	30	25	36	15	11	20
Nyugat-Dunántúl	Győr-Moson-Sopron megye	15	9	11	6	2	2
	Vas megye	15	4	1	3		1
	Zala megye	17	12		5	1	
Összes férőhely fenntartónként		464	200	180	136	35	59
Összes férőhely országosan		844			230		

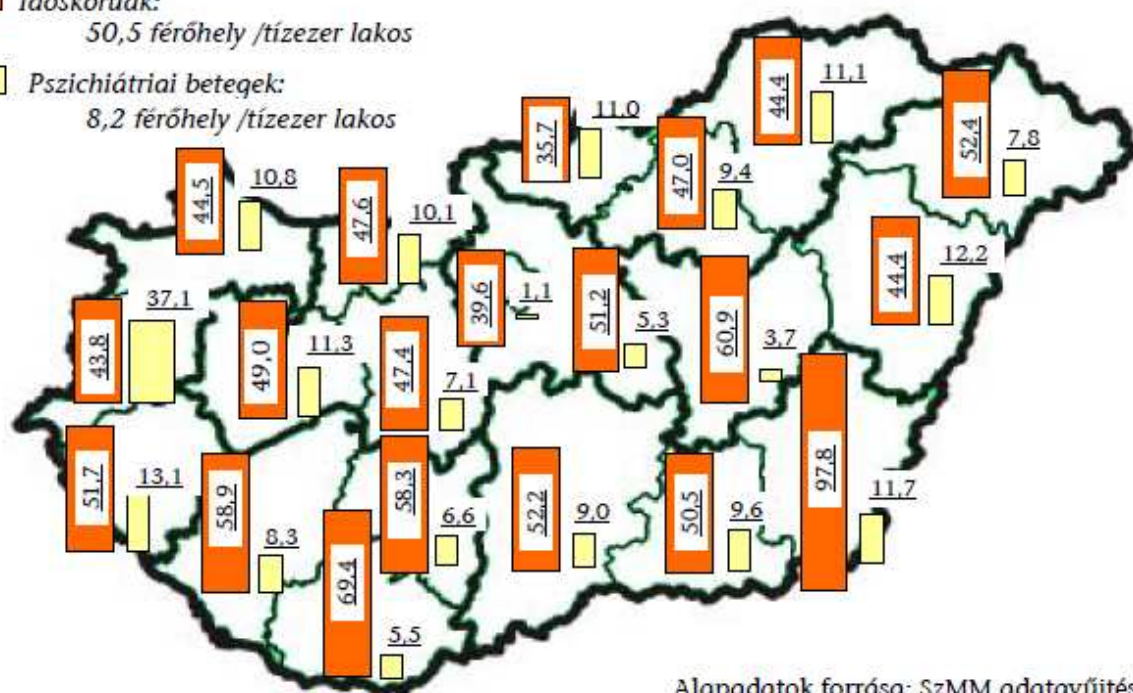
Forrás: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, Szociális Regiszter



Az időskorúak és a pszichiátriai betegek ellátását biztosító szociális férőhelyekkel való ellátottság alakulása megyénként a 2007. év végére vonatkozó felmérés alapján

Országos átlag:

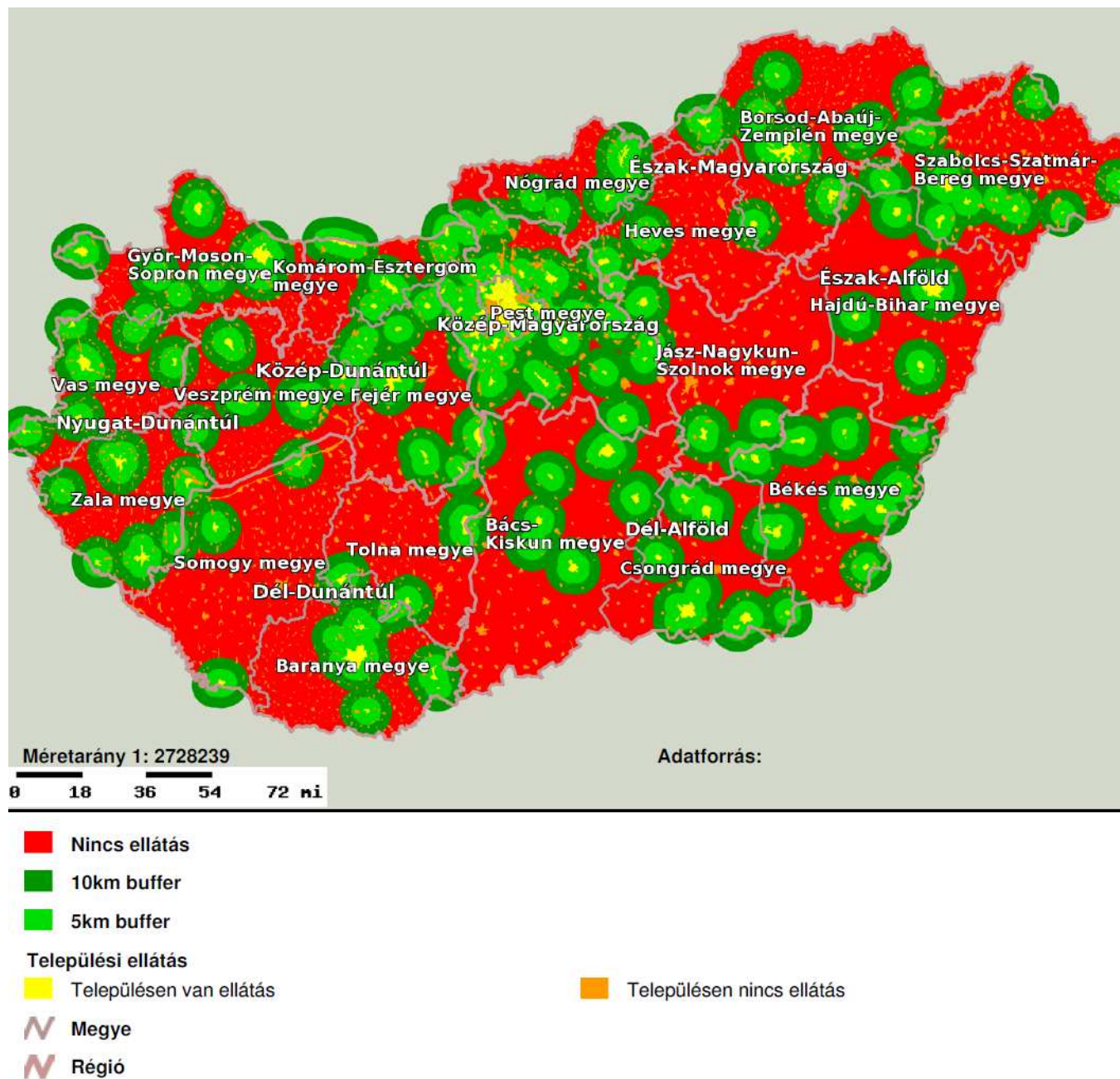
- Időskorúak:**
50,5 férőhely /tízezer lakos
- Pszichiátriai betegek:**
8,2 férőhely /tízezer lakos



Alapadatok forrása: SzMM adatgyűjtés
számvevőszéki adatfeldolgozással

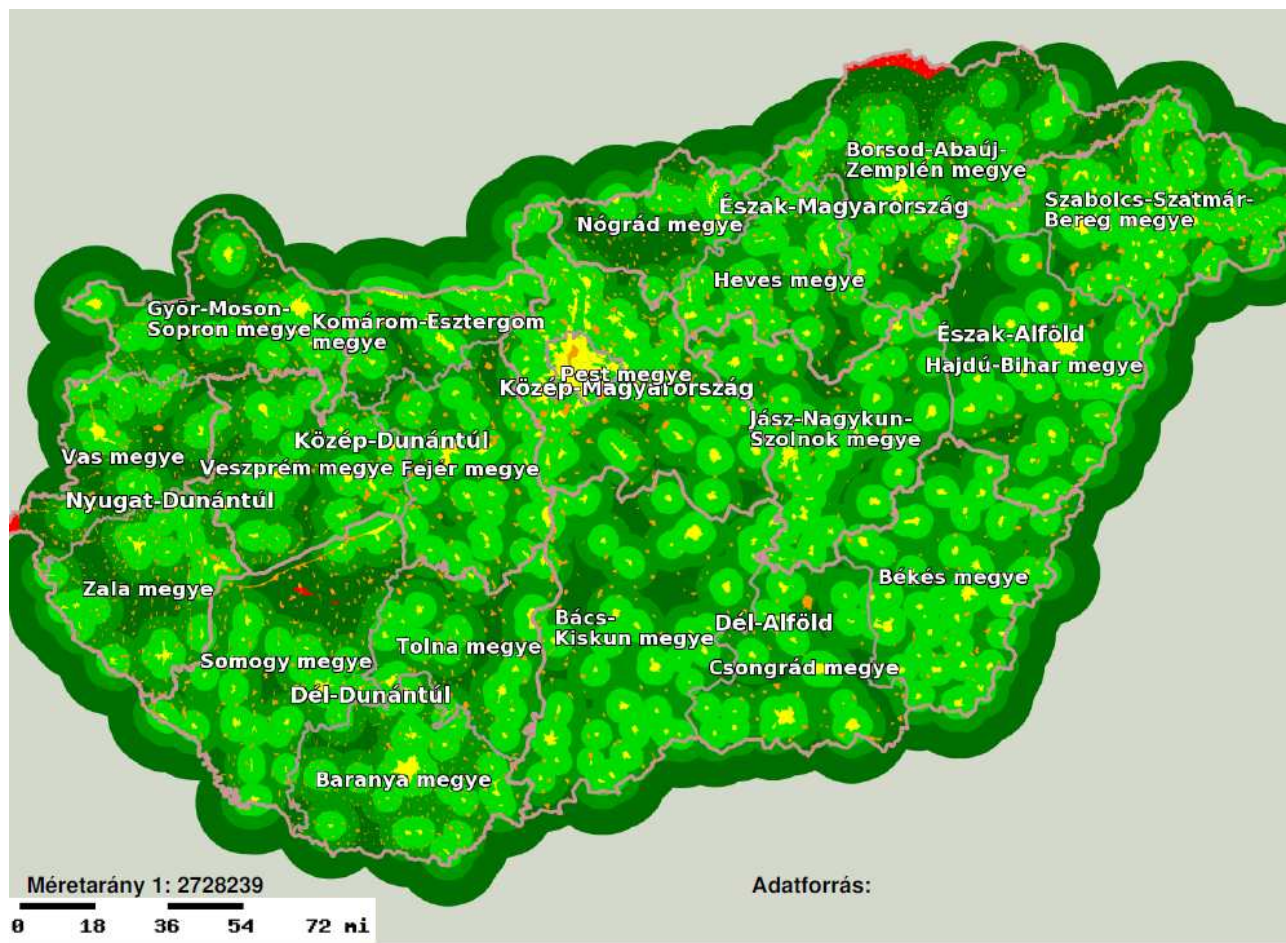
⁹³ Állami Számvevőszék: Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra, gondozásra fordított pénzeszközei felhasználásának ellenőrzéséről (0820). 2008. július. 1. számú diagram.

Időskorúak gondozóháza (2008)



Forrás: VÁTI, TEIR

Időskorúak otthona (2008)



■ Nincs ellátás

■ 20km buffer

■ 10km buffer

■ 5km buffer

Települési ellátás

■ Településen van ellátás

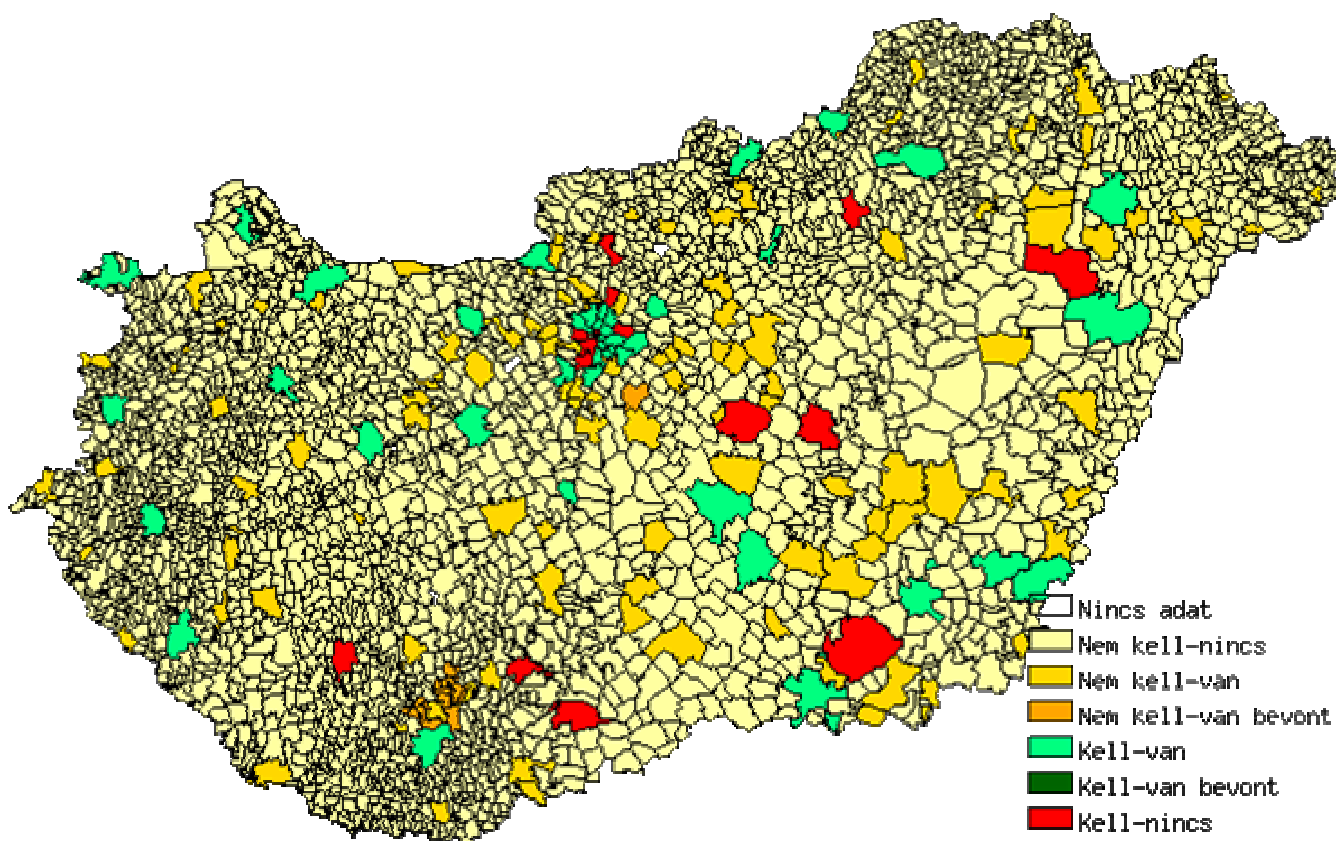
■ Településen nincs ellátás

■ Megye

■ Régió

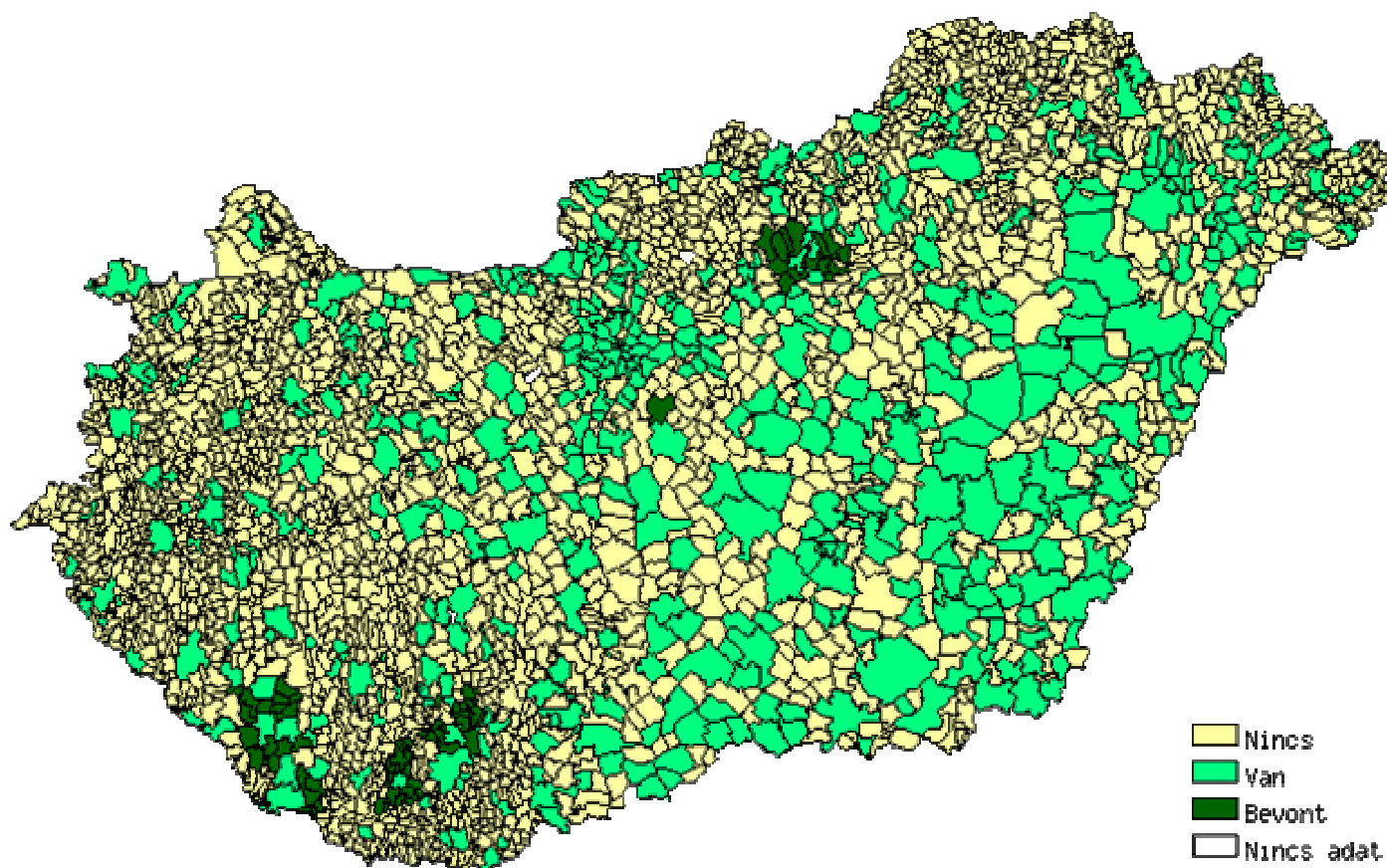
Forrás: VÁTI, TEIR

IDŐSKORÚAK GONDOZÓHÁZA (2008)



Forrás: VÁTI Szociális Ágazati Információs Rendszer - Szolgáltatási kötelezettség szerinti kartogram

IDŐSKORÚAK OTTHONA (2008)
(Szolgáltatási kötelezettség: megyei kötelezettség)



Forrás: VÁTI Szociális Ágazati Információs Rendszer - Szolgáltatási kötelezettség szerinti kartogram

IDŐSKORÚAK GONDOZÓHÁZA - Szolgáltatási kötelezettség (2008)
Települések ahol a szolgáltatási kötelezettség fennáll és nincs szolgáltatás

Megye	Kell-nincs	Kell-van	Kötelezett településszáma	%
Budapest	5	15	20	75
Baranya	0	1	1	100
Bács-Kiskun	1	2	3	67
Békés	0	3	3	100
Borsod-Abaúj-Zemplén	0	2	2	100
Csongrád	1	1	2	50
Fejér	0	2	2	100
Győr-Moson-Sopron	0	3	3	100
Hajdú-Bihar	1	1	2	50
Heves	1	1	2	50
Komárom-Esztergom	0	2	2	100
Nógrád	0	1	1	100
Cegléd	3	3	6	50
Somogy	1	0	1	0
Szabolcs-Szatmár-Bereg	0	1	1	100
Jász-Nagykun-Szolnok	1	0	1	0
Tolna	1	0	1	0
Vas	0	1	1	100
Veszprém	0	2	2	100
Zala	0	2	2	100

Forrás: VÁTI, Szociális Ágazati Információs Rendszer

137.számú ábra

A szociális szolgáltatások mutatószámai és normatív állami hozzájárulása a 2007. évben

SZOLGÁLTATÁS NEVE	Normatíva összege a 2007. évi költségvetési törvény szerint	Mutatószám				
Alapszolgáltatások		Önkormányzati	Egyházi	Egyéb nem állami összesen	Nem állami összesen	Összesen
Alapszolgáltatások összesen						
Családsegítés		10 178 405			0	10 178 405
Gyermekjóléti központ	2 340 000 Ft/központ	41		0	0	41
Szociális étkeztetés	81 200 Ft/fő	83 903	1 787	4 959	6 746	90 649
Házi segítségnyújtás	111 500 Ft/fő	29 233	200	2 750	2 950	32 183
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 100 %-os	40 000 Ft/fő	9 951	116	21 720	21 836	31 787
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 50 %-os	20 000 Ft/fő	2 348		6 420	6 420	8 768
Falugondnoki vagy tanyagondnoki szolgáltatás	2 237 300 Ft/szolgálat	11 096	3	11	14	11 110
Támogató szolgálat 100 %-os	8 000 000 Ft/szolgálat	1 663	30	320	350	2 013
Támogató szolgálat 50 %-os	4 000 000 Ft/szolgálat	161		1	1	162
Közösségi ellátások 100 %-os	6 000 000 Ft/szolgálat	1 109	16	139	155	1 264
Közösségi ellátások 50 %-os	3 000 000 Ft/szolgálat	173		4	4	177
Utcai szociális munka 100 %-os	5 000 000 Ft/szolgálat	227	5	60	65	292
Utcai szociális munka 50 %-os	2 500 000 Ft/szolgálat					
Időskorúak nappali intézményi ellátása	150 000 Ft/fő	32 607	1 887	1 810	3 697	36 304
Pszich. és szenv.betegek, hajléktalanok nappali int. ellátása	220 000 Ft/fő	3 130	905	4 606	5 511	8 641
Fogyatékos személyek nappali intézményi ellátása	465 100 Ft/fő	1 991	152	1 520	1 672	3 663
Szakellátások (szociális és gyermekvédelmi) összesen		74 238	9 827	17 038	26 865	101 103
Fokozott ápolást, gondozást igénylő ellátás		31 856	2 139	4 253	6 392	38 248
a Gyermekvédelmi különleges ellátás	950 000 Ft/fő	5 584				
b Gyermekvédelmi speciális ellátás	950 000 Ft/fő	398	246	229	475	6 457
c Fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek bentlakásos intézményi ellátása 100 %-os	800 000 Ft/fő	21 657	1 191	2 400	3 591	25 248
d Fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek bentlakásos intézményi ellátása 50 %-os	400 000 Ft/fő	24			0	24
e Demens betegek bentlakásos intézményi ellátása 100 %-os	800 000 Ft/fő	3 903	670	1 607	2 277	6 180
f Demens betegek bentlakásos intézményi ellátása 50 %-os	400 000 Ft/fő	290	32	17	49	339
Átlagos gondozást, ápolást igénylő ellátás		39 409	6 736	9 658	16 394	55 803
a Otthont nyújtó gyermekvédelmi szakellátás	820 000 Ft/fő	9 783	292	542	834	10 617
b Utógondozó gyermekvédelmi szakellátás	680 000 Ft/fő	3 895	80	162	242	4 137
c Átlagos szintű áp.-t, gond.-t nyújtó ellátás bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben	700 000 Ft/fő	25 331	6 303	8 709	15 012	40 343
d Családok átmeneti otthonaiban elhelyezett szülők	700 000 Ft/fő	400	61	245	306	706
Emelt színvonalú bentlakásos ellátás 100 %-os	560 000 Ft/fő	2 925	952	3 116	4 068	6 993
Emelt színvonalú bentlakásos ellátás 50 %-os	280 000 Ft/fő	48		11	11	59
Hajléktalan átmeneti	525 000 Ft/fő	3 654	357	3 343	3 700	7 354
Bölcsődei ellátás	547 000 Ft/fő	19 325	33	553	586	19 911
Családi napközi ellátás	250 000 Ft/fő	220		363	363	583
Ingyenes intézményi étkeztetés	50 000 Ft/fő	2 636		44	44	2 680
M I N D Ő S S Z E S E N						

Megjegyzés:

Az önkormányzati adatok a MÁK által feldolgozott 2007. évi önkormányzati beszámolók összesített adatait tartalmazzák.

Forrás: Állami Számvevőszék: Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra, gondozásra fordított pénzeszközei felhasználásának ellenőrzéséről (0820).
2008. július. 11. számú számú ábra.

Normatív állami hozzájárulás				
Önkormányzati	Egyházi	Egyéb nem állami összesen (egyházi nélkül)	Nem állami és egyházi összesen	Összesen
71 523 420 962 Ft	1 092 601 500 Ft	7 432 878 100 Ft	8 525 479 600 Ft	80 048 900 562 Ft
7 322 864 962 Ft				7 322 864 962 Ft
96 408 000 Ft	0 Ft	0 Ft	0 Ft	96 408 000 Ft
6 812 923 600 Ft	145 104 400 Ft	402 670 800 Ft	547 775 200 Ft	7 360 698 800 Ft
3 259 479 500 Ft	22 300 000 Ft	306 625 000 Ft	328 925 000 Ft	3 588 404 500 Ft
398 040 000 Ft	4 640 000 Ft	868 800 000 Ft	873 440 000 Ft	1 271 480 000 Ft
46 960 000 Ft	0 Ft	128 400 000 Ft	128 400 000 Ft	175 360 000 Ft
24 825 080 800 Ft	6 711 900 Ft	24 610 300 Ft	31 322 200 Ft	24 856 403 000 Ft
13 304 000 000 Ft	240 000 000 Ft	2 560 000 000 Ft	2 800 000 000 Ft	16 104 000 000 Ft
644 000 000 Ft	0 Ft	4 000 000 Ft	4 000 000 Ft	648 000 000 Ft
6 654 000 000 Ft	96 000 000 Ft	834 000 000 Ft	930 000 000 Ft	7 584 000 000 Ft
519 000 000 Ft	0 Ft	12 000 000 Ft	12 000 000 Ft	531 000 000 Ft
1 135 000 000 Ft	25 000 000 Ft	300 000 000 Ft	325 000 000 Ft	1 460 000 000 Ft
4 891 050 000 Ft	283 050 000 Ft	271 500 000 Ft	554 550 000 Ft	5 445 600 000 Ft
688 600 000 Ft	199 100 000 Ft	1 013 320 000 Ft	1 212 420 000 Ft	1 901 020 000 Ft
926 014 100 Ft	70 695 200 Ft	706 952 000 Ft	777 647 200 Ft	1 703 661 300 Ft
58 508 650 000 Ft	7 204 485 000 Ft	13 755 465 000 Ft	20 959 950 000 Ft	79 468 600 000 Ft
26 256 500 000	1 735 300 000	3 429 950 000	5 165 250 000	31 421 750 000
5 304 800 000 Ft				
378 100 000 Ft	233 700 000 Ft	217 550 000 Ft	451 250 000 Ft	6 134 150 000 Ft
17 325 600 000 Ft	952 800 000 Ft	1 920 000 000 Ft	2 872 800 000 Ft	20 198 400 000 Ft
9 600 000 Ft	0 Ft	0 Ft	0 Ft	9 600 000 Ft
3 122 400 000 Ft	536 000 000 Ft	1 285 600 000 Ft	1 821 600 000 Ft	4 944 000 000 Ft
116 000 000 Ft	12 800 000 Ft	6 800 000 Ft	19 600 000 Ft	135 600 000 Ft
28 682 360 000 Ft	4 748 640 000 Ft	6 822 400 000 Ft	11 571 040 000 Ft	40 253 400 000 Ft
8 022 060 000 Ft	239 440 000 Ft	444 440 000 Ft	683 880 000 Ft	8 705 940 000 Ft
2 648 600 000 Ft	54 400 000 Ft	110 160 000 Ft	164 560 000 Ft	2 813 160 000 Ft
17 731 700 000 Ft	4 412 100 000 Ft	6 096 300 000 Ft	10 508 400 000 Ft	28 240 100 000 Ft
280 000 000 Ft	42 700 000 Ft	171 500 000 Ft	214 200 000 Ft	494 200 000 Ft
1 638 000 000 Ft	533 120 000 Ft	1 744 960 000 Ft	2 278 080 000 Ft	3 916 080 000 Ft
13 440 000 Ft	0 Ft	3 080 000 Ft	3 080 000 Ft	16 520 000 Ft
1 918 350 000 Ft	187 425 000 Ft	1 755 075 000 Ft	1 942 500 000 Ft	3 860 850 000 Ft
10 570 775 000 Ft	18 051 000 Ft	302 491 000 Ft	320 542 000 Ft	10 891 317 000 Ft
55 000 000 Ft	0 Ft	90 750 000 Ft	90 750 000 Ft	145 750 000 Ft
131 800 000 Ft	0 Ft	2 200 000 Ft	2 200 000 Ft	134 000 000 Ft
140 789 645 962 Ft	8 315 137 500 Ft	21 583 784 100 Ft	29 898 921 600 Ft	170 688 567 562 Ft
+ egyházi kiegészítő (51,2 %)	4 257 350 400 Ft			
140 789 645 962 Ft	12 572 487 900 Ft	21 583 784 100 Ft	34 156 272 000 Ft	174 945 917 962 Ft

A szolgáltatások igénybevételének legfőbb kiváltó okai:

- egyedül él az idős, nincs, akire támaszkodhatna (fél attól, ha nem tudja, magát ellátni ki ápolja, gondozza, él attól, hogy betörnek hozzá, életére törnek... szinte depressziós a tudattól),
- gyermekei távol élnek (ha az idős szülővel foglalkoznak ápolás-gondozás esetén munkahelyüket is elveszthetik, ezt az áldozatot a szülő nem kívánja),
- gyermekre íratva a kis házat (az idős „szívesség” élvezővé vált), gyermek munkanélküli, szeretné a családi házat elhagyni...,
- gyermek nem tudja a szülő gondozását felvállalni (szakápolás esetén, fokozott ápolást igénylő, demens beteg, pszichiátriai betegséggel küzdő...),
- napi háztartási teendőket sem tudja rendszeresen ellátni (főzés, higiénia-teendők, mosás, takarítás, bevásárlás) a házi segítségnyújtás 1-2 órában nem tudja biztosítani az igényét, több órát nem tud megfizetni,
- szeretne az előtt intézményi elhelyezésbe részesülni, amíg az új intézményi körülményekkel, azok szabályaival meg tud barátkozni (egyedül élt, többen élnek együtt ez egy kihívás),
- egészségi állapot romlásából eredő problémák (mentális, fizikális),
- társas kapcsolatok megváltozása (elhalálozás),
- lakás, lakhatási probléma (lakásfenntartás, energia árak),
- az egészségügyi ellátás korlátai (kórházi ápolási napok),
- demencia kórkép,
- alapellátás hiányossága,
- időskor,
- elsősorban a fizikális és mentális állapot hanyatlása miatt a család nem tudja felvállalni a biztonságos ellátást: egy családtagnak otthon kellene maradni az idős emberrel, így munkalehetőségtől esne el, melyet nem engedhetnek meg maguknak,
- lelakott, felújításra szoruló házakban élnek, berendezés is ”szegényes”idősek gondozását-ápolását biztonságban megoldani nem tudják, mindennapi megélhetés tartalék jövedelem többnyire nincs máról hónapra élnek a családok.

Függelék, mellékletek

Családsegítő szolgáltatások

A családsegítő szolgálatoknál előforduló problémák

Szociális foglalkoztatás a fogyatékossgal élő emberek körében

A szociális foglalkoztatás megszervezésére formálisan, támogatással 2006 óta van lehetősége a szociális intézményeknek. Előtte a munka jellegű foglalkoztatás fogyatékossgal élő személyek számára finanszírozottan célszervezetek által volt megszervezhető, vagy munkaterápiás foglalkoztatás keretében az intézmények által, mely finanszírozását külön támogatással nem segítették. Mindenképpen komoly előrelépés a foglalkoztatás formalizálása, hisz ez célcsoportunk esetében elengedhetetlen feltétele a nyílt munkaerőpiaci szolgáltatások igénybe vételének. Azonban azt tapasztaljuk, hogy a jelenlegi szabályozás talaján a célcsoport igényeihez alkalmazkodó minőségi szolgáltatásnak nincs meg a megfelelő keretrendszere.

A fogyatékossgal élő személyek sajátosságait a foglalkoztatási feltételek szabályozása nem veszi figyelembe

A szociális foglalkoztatás feladata, hogy biztosítsa a fogyatékos emberek munkához való jogát, az esélyegyenlőséget, és a társadalmi integrációt. Esetükben, különösen az értelmi fogyatékossgal élő személyek esetében ugyanis reintegrációról nem eshet szó, hiszen, még sokan soha nem voltak igazán befogadott tagjai a társadalomnak (ugyanaz igaz a születéskori vagy gyermekkori eredetű fogyatékossgal élőkre is). Ez a halmaz foglalja magába a legtöbb embert, akik foglalkoztatása megoldatlan.

Számukra is szükséges a szociális foglalkoztatást biztosítani: megismertetni őket azzal, hogy milyen is lehet dolgozni, értéket teremteni, a társadalom hasznos tagjának lenni. Tehát szükséges számukra a szociális foglalkoztatás, de ***más szabályokat, kritériumokat kell alkalmazni, más feltételeket kell biztosítani esetükben, mint a szociális foglalkoztatás többi célcsoportjának esetében.***

Az értelmi fogyatékossgal élő emberek nagy része soha nem fog a nyílt munkaerőpiacon önállóan munkát végezni, ezért a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás Szociális törvényben meghatározott célja sok esetben nem állja meg a helyét, irreális. Ugyanakkor valóban megkülönböztethetően megbízhatóbban, magasabb szintű munkát képes végezni a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban résztvevő értelmi fogyatékos személy, mint a munka-

rehabilitációban foglalkoztatott, tehát megkülönböztetésük szükséges, de a cél eltérő lehet, mint a nem értelmi fogyatékos személyek esetében.

A legtöbb értelmi fogyatékossgal élő személynek társult fogyatékossga, vagy betegsége is van, mely még jobban megnehezíti azt, hogy integrált formában a nyílt munkaerőpiacon dolgozhasson. Számukra a foglalkoztatáshoz **különleges feltételeket** kell biztosítani.

A szociális foglalkoztatás finanszírozása a minimum bérekre sem elegendő. A fogyatékossgal élő emberekkel jóval több segítő kénytelen foglalkozni, hogy megfelelő szintű, minőségű munkát legyenek képesek végezni, mint amit a jelenlegi jogi szabályozás (3/2006 (V. 17.) ICsSzEM rendelet) minimum feltételként előír. Vannak olyan intézmények, amelyekben a többi „segítőt” az intézmény egyéb – mentálhigiénés munkatárs, fejlesztő pedagógus, stb – munkakörében lévő dolgozóval pótolja, természetesen a normatív finanszírozásból. De ennek a szociális foglalkoztatásban részt **nem** vevő fogyatékos emberek látják a kárát azáltal, hogy az intézmény - a személyi feltételek átcsoportosítása révén (hogy meg tudjon felelni a szociális foglalkoztatás elvárásainak is) - csökkenti a többi ellátott foglalkoztatásának, egyéni fejlődésének lehetőségét.

Javasoljuk, hogy – akár más, de megbízható forrásból – a fogyatékosok esélyegyenlőségének biztosítása érdekében a szociális foglalkoztatást fogyatékossgal élő emberek számára biztosító szociális intézmények kapjanak, kaphassanak rendszeres kiegészítő támogatást az eltérő szükségletek biztosítása érdekében!

A határozott idejű szerződéskötés – fenntarthatatlan törvényi szabályozás

Az intézményi ellátottak fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetén a Szocvtv. 99/E. § (2) b) pontjában foglaltak alapján az intézmény, vagy az intézménnyel az ellátottak foglalkoztatására megállapodást kötött szervezet által, **legfeljebb egy évre kötött munkaszerződés alapján**, az Mt. szerinti **határozott idejű munkaviszony** (Mt. 79.§ (2) bekezdés) keretében vehetnek részt fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban. Az intézményi ellátottak tehát nem létesíthetnek határozatlan időtartamú munkaviszonyt (Mt. 79.§ (1) bekezdés), ezáltal munkaviszonyuk, függetlenül az állapotuktól, munkavégzésük színvonalától, illetve az egyéb körülményektől a határozott idő lejártával megszűnik.

A jelenlegi rendszerben **az intézményi ellátott és az intézmény között újabb és újabb egy éves időtartamú határozott idejű munkaviszony jön létre**, amely azonban az Mt. 79.§ (5) bekezdésének értelmében a **határozott időre szóló munkaviszony időtartama az öt évet nem haladhatja meg**. Az öt évbe beleszámít a határozott időre kötött munkaszerződés megszűnésétől számított hat hónapon belül kötött újabb határozott időtartamú munkaviszony tartama. Az intézményi ellátottak tehát, amennyiben hat hónaposnál nem nagyobb megszakítással kívánnak dolgozni, **maximum öt darab határozott idejű egy évre szóló munkaviszonyt köthetnek**. Ezután legalább hat hónapot kell vagy munka nélkül tölteniük, vagy másik munkáltatóval munkaviszonyt létesíteniük, mely utóbbi egyértelműen nem reális megoldás.

A **jelenlegi rendszer automatikussá** teszi a határozott idejű munkaszerződések ismételt megkötését a finanszírozási rendszer talaján, holott annak a Munka törvénykönyve szerint igen szigorú feltételei vannak (pl.: nem vezethet a munkavállalói jogos érdek csorbulására)

Könnyen belátható hogy mivel a szociális foglalkoztatásra irányuló szabályozás **2006 évben került bevezetésre pontosan 2011-ben kerülnek szembe a foglalkoztatók azzal a törvényi korláttal hogy a foglalkoztatottakkal nem köthetnek újabb határozott idejű szerződést.** (Az intézményi ellátottakkal ellentétben más megváltozott munkaképességű munkavállalók határozatlan idejű munkaviszonyát nem zárja ki jogszabály. A 176/2005 (IX.2) Korm. rendelet rendelkezik a nem intézményi ellátott megváltozott munkaképességű munkavállalók munkavégzéséről, amelyet rehabilitációs célú foglalkoztatás keretében szabályoz (5.§ (3) a) pont). Azt, hogy rehabilitációs célú foglalkoztatásra irányuló munkaviszonyt határozatlan időre létesítsenek, nem zárja ki jogszabály, tehát a nem intézményi ellátottak nem esnek az egy éves korlátozás hatálya alá.)

A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásnak a Szocvtv. 99/E.§ (1) bekezdésében foglalt **célja** „a szociális intézményben ellátott személy számára munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatása révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint az ellátott felkészítése védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre”. **Pontosan e cél megvalósulása szenvedhet csorbát** akkor, amikor az ellátott munkaviszonya maximálisan egy évig tarthat, hiszen ilyen rövid idő alatt egyáltalán nem biztos, hogy az ellátott felkészíthető a nyílt munkaerőpiacon, vagy akár csak a védett munka keretében történő munkavégzésre.

Így a jelenlegi szabályozás mind a Munka törvénykönyve, mind az Alkotmány szabályaival ellentétes.

NRSZH foglalkoztathatóság vizsgálatával kapcsolatos aggályok

A foglalkoztathatóság vizsgálatát és annak felülvizsgálatát az NRSZH végzi, és ad szakvéleményt. E téren garanciális jelentősége lenne a foglalkoztathatóság felmérésére alkalmas módszerek **(munkaképesség felmérő módszerek)** szélesebb körű bevezetésére és alkalmazására, annak érdekében, hogy minden ellátott az állapotának megfelelő munkát végezhesen.

Az NRSZH által alkalmazott, autonómiatesztnek nevezett eljárás a BNO diagnosztikus leírása, melynek nincsenek súlyossági besorolásai. Önmagában vizsgálóeljárásként nem alkalmas a képességprofil, **a megmaradt munkaképességek és a rehabilitációs szükségletek differenciált, árnyalt meghatározására.**

A szociális foglalkoztatási felülvizsgálat eredményeként szakvélemény (NRSZH) a foglalkoztathatóság **felülvizsgálatának általános határideje 10 év** a jelenleg hatályos szabályok alapján. A gyakorlati tapasztalatok alapján az érintettek esetében **ennél rendszeresebb, munkaképesség mérésére alkalmas módszereket alkalmazó felülvizsgálatokra lenne szükség.**

A fenti feltételek hiányában az NRSZH a **fogyatékos emberek számára készített felnőttkori minősítő vizsgálatait** nem felelnek meg a szakmai elvárásoknak, információtartamuk nem elégítik ki a kívánalmakat olyan értelemben, hogy azok tartalmilag **segítsék a személyek foglalkoztatásának minőségét**, kiindulópontjai legyenek a személy életminőségének szempontjából kiemelkedő jelentőségű további tervezésnek. Általános érvényű észrevétel az NRSZH által készített dokumentumokkal kapcsolatosan, hogy talán hatékonyabban látná el funkcióját a több részterület-vizsgálat helyett egy **átfogó, minden területre kiterjedő, komplex vizsgálat**, és annak szakszerű, előre mutató leírása.

A szociális foglalkoztatás és a nappali ellátás egymást kioltó finanszírozása

A Költségvetési Törvény 2010 évben hatályos szabályozása alapján a nappali ellátásban azon ellátott után, akinek jogcímén a külön jogszabályban meghatározott intézményen belüli foglalkoztatási támogatást folyósítanak, a fenntartó *az adott napra csak e hozzájárulás 40%-át számolhatja el.*

A szabályozás aggályos a szociális intézmények működési stabilitása, és a fogyatékos emberek foglalkoztatási rehabilitációja szempontjából is az alábbi okok miatt:

- A szolgáltatás - az előírt szakmai létszám⁹⁴ és az ellátás egyéb költségeit (épület, iroda, rezszi stb.) - még a *100%-os finanszírozás sem fedezte*, a csökkentés pedig ellehetetleníti a nappali ellátást nyújtó fenntartók működését, miközben ez az ellátási forma az egyik legmegfelelőbb az integrációs törekvések beváltásához. Emellett a feladat ellátásra kötelezett állam kiadásait megnöveli, ha finanszírozatlanság okán megszűnő nappali ellátás miatt az ellátást igénylők a bentlakásos intézményi ellátást kénytelenek igénybe venni. A fogyatékos emberekre jellemző, egyébként is példátlanul alacsony foglalkoztatási szint további csökkenését eredményezték a 2010 évben bevezetett ez irányú intézkedések.
- A nappali ellátást a saját otthonában élő fogyatékos emberek vehetik igénybe lakó-környezetükben, *és garanciális jelentősége van annak a társadalmi integrációjuk szempontjából*, hogy olyan foglalkoztatásban részesüljenek, amely révén lehetőségük nyílik arra, hogy a nyílt munkaerőpiacon munkát vállaljanak. *A szociális foglalkoztatás után külön engedély alapján igénybe vett támogatás összege nem olthatja ki a szociális ellátó rendszer normatív elemeit.*
- a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről szóló törvény hivatkozott pontjának hatályba lépése a *fogyatékos emberek integrációját biztosító nappali intézményhálózat visszafejlesztését eredményezi*, ellenérdekelté teszi a nappali intézményeket abban, hogy a fogyatékos emberek komplex rehabilitációját biztosító foglalkoztatási elemet tartalmazó szolgáltatást nyújtsanak. Szöges ellentétben a Magyarország által is elfogadott ENSZ Konvenció és a hatályos magyar törvények, továbbá az *Országos Fogyatékosügyi Program tételes rendelkezéseivel és vállalásaival. Amennyiben valamely fenntartó a nappali intézménye biztonságos működtetése (100% normatíva garانتálása) érdekében megszünteti a szociális intézményi foglalkoztatást, akkor a fogyatékkal élő munkavállalók munkanélkülivé válnak, mely álláskeresői járadékra, majd munkanélküli segélyre teszi őket jogosulttá. Mindez jelentősen növelheti a munkanélküliek táborát (romlik a statisztika), nem beszélve a költségvetési vonzatokról.*
- A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvénynek (továbbiakban: Szoc.tv.) az ellátottak szociális intézményen belüli foglalkoztatása címhez fűzött indoklása rögzíti, hogy foglalkoztatási szempontból legnagyobb hátrányban az értelmileg súlyos akadályozottsággal élők, a halmozottan fogyatékos emberek vannak elsősorban, illetve hogy az érintett, fogyatékos és megváltozott munkaképességű személyek munkához, *foglalkoztatáshoz való joga, a*

⁹⁴

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól

és működésük feltételeiről 2. számú ábra az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelethez, a személyes gondoskodás

formáinak szakmai létszámnormái

foglalkoztatásukban elért, eddigi eredményei a támogatási rendszer változásai miatt nem sérülhet.

- A Szocvtv. céljával ellentétes az a gyakorlat, mely az azonos társadalmi csoportok (nappali és bentlakásos ellátást igénybe vevők) *foglalkoztatásának esélyét differenciálja– még ha közvetett módon is - az őt ellátó intézmény típusa szerint.*
- A 1998. évi XXVI. Törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény (továbbiakban: Fot.) 4.§. b) pontjában rögzíti, hogy a *rehabilitáció egy az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése. E rehabilitáció folyamat jellege indokolja a nappali ellátás és a szociális foglalkoztatás összekapcsolását, amelyeknek külön-külön komplex szakmai feltételei vannak, azok forrásigénye a finanszírozás oldalán is megjelenik. Annak érdekében, hogy a fogyatékosok nappali intézményei a fogyatékos személyek jogait tartalmazó jogszabályok garanciális rendelkezéseit is szem előtt tartva meg tudjanak felelni a fogyatékos személyek speciális ellátási, rehabilitációs szükségleteiből eredő többletfeladatoknak, a költségvetésnek forrásokat kell biztosítani a feladat ellátásához.*
- A bevezetett szabályozás mögött egyértelműen a törvényhozók *racionális költségvetési kiadáscsökkentő szándéka állt, szakmapolitikai megfontolások nélkül, nem számolva a szabályozás jövőbeni hatásival.* A nappali ellátásban részesülő személyek nem csak szociális intézményen belüli foglalkoztatásban, hanem más típusú támogatott foglalkoztatásban részt vehetnek (pl.: a 177/2005 korm.rendelet alapján). Ez *megingatja azt az indoklási alapot, hogy azért nem vehető igénybe a nappali ellátás normatívája és a foglalkoztatási támogatás egyidejűleg, mert az ellátott „nincs ott” a munkával töltött ideje alatt a nappali intézményben.*

A szociális foglalkoztatási támogatás ellenőrzésének jogbiztonságot sértő szabályozása

A helyszíni ellenőrzésre vonatkozó jogszabályi eligazítás nem kellően részletezett és körülhatárolt. A szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról szóló 112/2006. (V.12.) Kormányrendelet a következőképpen rendelkezik:

„Az ellenőrzés kiterjed az elszámolás alapját képező tényleges feladatmutatók megállapításának szabályszerűségére, továbbá a felhasználás jogszerűségének vizsgálatára.”⁹⁵

A Magyar Államkincstár a jogszerűtlen felhasználás fogalmát igen kiterjesztően értelmezi, mindenféle differenciálás nélkül. Így a támogatás felhasználásának jogszerűtlensége vonatkozásában nincs semmilyen jogszabályban rögzített garancia, amely mérlegelési szempontok alapján szankcionálná a fenntartókat (egy kisebb adminisztrációs jellegű hiba ne szolgáljon alapul arra, hogy a szolgáltató a teljes támogatást köteles legyen visszafizetni.)

Az Igazgatóság jogtalanul igényelt támogatásnak tekinti a jogszerűen igényelt támogatások utólagos elszámolásakor a fel nem használt támogatásokat, és a fenntartót a visszajáró összeg után a jegybanki alapkamat kétszeresének megfizetésével sújtja. Egyetlen fenntartó sem képes

⁹⁵

112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról. Elszámolás és ellenőrzés 16/C. §

emberek százainak pontos szolgáltatási igényét egy évre előre betervezni. Ezért alultervezés esetén pótigénylést kell év közben előterjeszteni, felültervezés esetén az év végi elszámolásnál a normatíva többletet visszafizetni, de nem büntetőkamattal terhelten. A fel nem használt támogatást meg kell különböztetni a jogosulatlanul igénybe vett támogatástól, az előbbi elszámolásakor csak a szankció nélküli visszafizetésre kötelezés jogszerű, míg a jogosulatlanul igénybe vett támogatás visszafizetésére kötelezés mellett büntető kamat megfizetése jogos.

A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (Ket.) 1. § (1) bekezdése rögzíti azon *alapelvet*, mely kimondja, hogy *a közigazgatási hatóság hatáskörét a jogszabályban előírt célok megvalósítása érdekében, mérlegelési és méltányossági jogkörét a jogalkotó által meghatározott szempontok figyelembe vételével, és az adott ügy egyedi sajátosságaira figyelemmel gyakorolja.*

Mivel a fent hivatkozott joghely utal arra, hogy a *hatóság hatáskörét (ez esetben a Magyar Államkincstár az Ellenőrzési jogkörét) a jogalkotó által meghatározott szempontok figyelembe vételével gyakorolja*, ezért különösen indokoltnak tartanánk olyan szabályozás bevezetését, amely a jogszerűtlen felhasználás tartalmát konkretizálja, azt tényállásokra bontja.

A szociális foglalkoztatás kapcsán a támogatási szerződés módosításának kérdései

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoctv.) szociális foglalkoztatásra vonatkozó szakaszaivalhoz fűzött indoklása szerint foglalkoztatási szempontból **az értelmileg súlyos akadályozottsággal élők, a halmozottan fogyatékos emberek, a krónikus pszichiátriai- és szenvedélybetegségben szenvedők vannak a legnagyobb hátrányban.** A foglalkoztatásuk fenntartására azért van szükség, mert az érintett, fogyatékos és megváltozott munkaképességű személyek **munkához, foglalkoztatáshoz való joga, a foglalkoztatásukban elért, eddigi eredményei a támogatási rendszer változásai miatt nem sérülhetnek.**

A szociális foglalkoztatás támogatási rendszere 2010. év január 1-től átalakult, az érvényes szociális foglalkoztatási engedéllyel rendelkező szociális foglalkoztatást végző szociális intézmények pályázat útján nyernek támogatást a foglalkoztatáshoz, a támogatás igénybevétele a tárgyévre kötött **finanszírozási szerződés** alapján van mód.

A gyakorlatban komoly kérdéseket vet fel a szociális intézmény és a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal között megkötött finanszírozási szerződés módosításának /módosíthatóságának, illetőleg a szerződésszerű teljesítésnek a kérdése abban az esetben, ha a szerződésben foglaltaktól való eltérést olyan megváltozott körülmények indokolják, amelynek megfelelő döntés meghozatalát a jogszabály az intézményvezető hatáskörébe utalja, illetve a megváltozott körülményekhez igazodó döntés meghozatalát a jogszabály nem tiltja.

A szerződésmódosítás lehetőségét jogszabály (112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet) és a **támogatási szerződés** rögzíti. A jogszabály szerint a fenntartó **a vállalt feladatmutató évközi módosítását kérheti**, évente egyszer, május 20-áig. A módosítási javaslat elfogadásáról az FSHZ a vállalt feladatmutatóra, a szolgáltatás iránti keresletre, a szociális foglalkoztatás célcsoportonkénti ellátásának színvonalára és minőségére, a célcsoport funkcionális változására, valamint a rendelkezésre álló költségvetési forrásokra tekintettel - a bizottság javaslatának kikérését követően – dönt (112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról, 16. § (1)

bekezdés). A **támogatási szerződés** XIII. fejezete alapján szerződés módosítására a Fenntartó illetve az FSZH kezdeményezése alapján írásban kerülhet sor. Szerződés módosítás kezdeményezésére bármely, a szerződést érintő okból sor kerülhet, kivéve ahol a támogatási szerződés vagy az Szfr. másként rendelkezik.

Kérdésként vetődik fel, hogy **a fejlesztő felkészítő foglalkoztatásról munkarehabilitációs foglalkoztatásra történő áttérés indokolja-e a szerződésmódosítást.**

A **jogszabályok által biztosított eltérési lehetőség** folytán előállhat ugyanis olyan helyzet, amely alapján a fejlesztő felkészítő foglalkoztatásból a munkarehabilitációs foglalkoztatásba történő áttérés **indokolt lehet**. Ilyennek tekinthető, amikor- a szociális törvényben foglalt célokat szem előtt tartva – az ellátott fejlesztő felkészítő foglalkoztatásban történő foglalkoztatása helyett munkarehabilitáció keretében történő foglalkoztatásáról dönt az intézményvezető. Eltérés alapjául szolgálhat például az ellátott **állapotromlása, a foglalkoztatást kizáró életkor betöltése**. Az értelmileg súlyos akadályozottsággal élők, a progrediáló diagnózisú mozgássérült emberek, a krónikus pszichiátriai- és szenvedélybetegségben szenvedő foglalkoztatottak mentális-, pszichés, és egészségügyi állapotának változása legtöbb esetben a munkavégző képességükre is kihat.

Legyen szó akár visszafordíthatatlan állapotváltozásról, vagy egy krízishelyzet következményeképp kialakult vélhetően átmeneti állapotromlásról, mely akár hónapokig húzódhat - mindkettő munkaforma megváltoztatását teszi szükségessé, mellyel a további állapotromlást előidéző konfliktus helyzetek sorozata kerülhető el (elállottal, törvényes képviselővel, stb.), tehát szakmailag mindenképp elfogadható, szükségszerű a változtatás.

A **jelenleg hatályos szabályozás megadja az intézményvezetőnek azt a lehetőséget, hogy amennyiben azt indokoltnak látja, kezdeményezze a foglalkoztatási forma, illetve a munkaidő módosítását** - valamint szükség esetén gondoskodjon az egyéni gondozási, illetve fejlesztési terv módosításáról, e tekintetben a jogszabály annyi megkötést támaszt, hogy amennyiben a szakértői bizottság az ellátott munka-rehabilitáció keretében történő foglalkoztatását javasolja, az ellátott fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében nem foglalkoztatható. (92/2008. (IV. 23.) Korm. rendelet a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról 10. § (5) – (6) bekezdés). **A jogszabály így a „felfelé” történő eltérést tiltja**, a lefelé való eltérés tilalmát nem rögzíti, emellett nem sorolja fel konkrétan, hogy milyen esetekben kezdeményezheti az intézményvezető a foglalkoztatási forma módosítását, annyit deklarálni, hogy amennyiben az intézményvezető indokoltnak tartja, a fenti megkötéssel.

A **támogatási szerződések taxatív módon felsorolják**, hogy a szociális foglalkoztatási támogatás **mire nem használható fel**, itt külön kiemelésre kerül, hogy a támogatás annak az ellátottnak a foglalkoztatására **nem használható fel**, akit a külön jogszabály alapján lefolytatott szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálat során kiállított szakvéleményben javasolt *munkarehabilitáció helyett fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében foglalkoztatnak*. **Nincsen szerződési kitétel** arra vonatkozóan, hogy nem használható fel annak az ellátottnak a foglalkoztatására, akit fejlesztő felkészítő foglalkoztatás helyett munka rehabilitációban foglalkoztatnak, így a foglalkoztatók számára bizonytalanságot okoz annak a kérdésnek a megítélése, hogy indokolt – és a jogszabályok alapján megengedett – eltérés esetén szerződésszerűnek minősülhet-e teljesítésük.⁹⁶

96

www.afsz.hu (Támogatási Szerződés minta)
A támogatás nem használható fel:

Indokolt lenne annak a jelenlegi szabályozás és a támogatási szerződés rendelkezéseinek összevetése alapján annak a kérdésnek a tisztázása, hogy a jogszabályokban rögzített esetben, illetve a jogi szabályozás talaján szükség szerint előálló helyzetekben eltérhet-e a fenntartó a szerződésben vállalt foglalkoztatási formától, és az eltérés szerződésmódosítás alapjául szolgál-e?

A nem egyértelmű meghatározás miatt mindenképpen indokolt rendezni a fennálló bizonytalanságot, mert a szociális foglalkoztatás vonatkozásában **a jogi szabályozás struktúrája meglehetősen összetett, és sokszintű, ebből következően sok átfedéssel és belső ellentmondásokkal terhelt:**

3. A jogszabály (112/2006 Korm.rendelet) és a támogatási szerződés konkrétan tartalmazza, hogy a fenntartó a „*foglalkoztatást a jogszabályokban és a támogatási szerződésben meghatározottaknak megfelelően biztosítja*” (112/2006. Korm. rend. 14. §. b), ill. Támogatási Szerződés VI. 8)
4. A Támogatási Szerződés záró rendelkezések (XIX.) 8-10. pontjaiban foglaltak:
„8) *Szerződő Felek kijelentik, hogy amennyiben a Támogatási Szerződés valamely rendelkezése jogszabályba ütközik, a jogszabályba ütköző rendelkezés semmis. Jelen szerződés további rendelkezései változatlan formában, hatályban maradnak.*
9) *Szerződő Felek kijelentik, hogy a jelen szerződés és a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról szóló 112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet tartalma közötti ellentmondás esetén, ez utóbbi kerül alkalmazásra.*

Az ellentmondást a fentiekben vázolt helyzetben azonban **a 92/2008. (IV. 23.) Korm. rendelet a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról 10. § (5) – (6) bekezdésben foglaltak és a támogatási szerződés közötti ellentmondás okozza.**

A fogyatékos emberek szociális foglalkoztatásának személyi feltételeit érintő szabályozás kritériumaival kapcsolatos problémák, és az ezzel kapcsolatos jogszabály módosítási javaslat

A korábbi jogszabályi változat a segítőket 15 fő után, a koordinátort 30 fő után határozta meg. A jogszabályi hivatkozás mondatának második fele egyfajta minimum feltételt határoz meg, valamiféle biztonságot sugall. Azt, hogy ha többet nem is, de legalább ennyi főt a szociális foglalkoztatás számára biztosítani kell.

-
- annak az ellátottnak a foglalkoztatására, akinek foglalkoztatása révén a foglalkoztató a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásról szóló 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet alapján rehabilitációs
 - költségtámogatásban részesül,
 - annak az ellátottnak a foglalkoztatására akit - a külön jogszabály alapján lefolytatott szociális
 - foglalkoztatási alkalmassági vizsgálat során kiállított szakvélemény szerint - nem szükséges szociális foglalkoztatás keretében foglalkoztatni,
 - annak az ellátottnak a foglalkoztatására, akit a külön jogszabály alapján lefolytatott szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálat során kiállított szakvéleményben javasolt munkarehabilitáció helyett fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében foglalkoztatnak,
 - a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében foglalkoztatott személy munkaszerződésének megszüntetéséből fakadó munkáltatói kötelezettségek teljesítésére (....)

De ez a gyakorlattal olyan mértékben mond ellent, hogy aki ismeri a fogyatékos személyeket – főként az értelmi fogyatékosokat – az tisztában van vele, hogy még a korábbi szabályozás is sok esetben megvalósíthatatlan volt, hiszen egyes ellátotti csoport foglalkoztatását kiscsoportos formában, esetleg 15 fő alatti csoportlétszám esetén lehet csak sikeresen végrehajtani.

Jól tudjuk, hogy a magyar valóságban sok esetben - sajnos - a minimum feltételek sem teljesíthetők. Feleslegesnek látjuk a minimum feltételek meghatározását, hiszen a mondat eleje határozottan körvonalazza, hogy a segítők és a koordinátor számát milyen körülményekre tekintettel kell meghatározni, biztosítani.

Egyes esetekben a foglalkoztatás keretében végzett tevékenységek különböző volta indokolja a több segítő alkalmazását, vagy a foglalkoztatásra igénybe vehető helyiségek mérete nem teszi lehetővé, hogy egy-egy foglalkoztatási csoport 8-10 főnél több tagból álljon.

A szociális foglalkoztatás alapvető célkitűzésén túl a piacképes, eladható termékek előállítása is kiemelt feladat. Ennek megvalósítása éppen a hivatkozott „a foglalkoztatottak számára, állapotára, a foglalkoztatás keretében végzett tevékenységre,” tekintettel nem látszik kivitelezhetőnek, ha 30 főben kell a csoportlétszámot meghatározni. Ha változtatás szükségességét érzi a jogalkotó, és a minimum meghatározást elengedhetetlennek tartja, a korábbi 15 főt látjuk elfogadhatónak. A foglalkoztatási koordinátor tevékenysége és feladatai 90 fő alatti foglalkoztatottnál is adottak, ezért indokolatlannak tartjuk a 30 főről való megemelését. A foglalkoztatási kimenetek megvalósítását akadályozná és hátráltatná is egyben.

A munka-rehabilitációs díj összegével kapcsolatos javaslat

Eddig csak a Szociális törvény 99/D. § (5) bekezdésének különböző értelmezései révén intézményenként eltérő gyakorlat alapján kapták meg a munka-rehabilitációs foglalkoztatásban részesülők munkadíjukat. A törvény ugyanis nem egyértelmű, hogy a minimálbér havibér, hetibér, napibér, vagy órabér összegét kell figyelembe venni. Mivel a támogatás alapjául szolgáló feladatmutató is egy óra feladategységet határoz meg, valamint a foglalkoztathatóság alapjául szolgáló szakvélemény is a fogyatékos személy által egy nap munkában tölthető maximális óraszámot határozza meg, így célszerű a havibér megállapítása során is az órabért, illetve annak legalább 30%-át figyelembe venni.

A munka-rehabilitációs díj összegének térítési díjba való beszámításával kapcsolatban

A munka-rehabilitációs díj 2010-től a térítési díj számításának egyik összetevője. Mivel a havibér munka-rehabilitációs foglalkoztatás esetén nem állandó összeg, így abban az esetben, ha a fogyatékos személy nem minden munkanap vett részt a foglalkoztatásban, következő hónapban nem képes a jövedelme alapján meghatározott térítési díjat megfizetni. Mivel ezek esetenként csak néhány ezer forint jövedelem kiadás jelentenek nem kérnek térítési díj módosítását. Így azután a fogyatékos ember lassan is elveszti motivációját a munkával kapcsolatosan, hiszen a gondnok a megmaradó havi jövedelméből (sok esetben a maradék 20%-ból) fizeti ki a térítési díj különbözetet. Ez a gyakorlat súlyosan hátrányosan érinti a fogyatékossgal élő és tartós bentlakásos intézményben elhelyezett embereket.

Mivel a munka-rehabilitációs foglalkoztatás egy alacsonyabb szintű foglalkoztatási forma, a résztvevők motivációja, részvétele meglehetősen bizonytalan, ám fontos a fejlesztés részeként azt folyamatosan fenntartani, javasoljuk, a munka-rehabilitációs díjat a térítési díj számításnál ne vegyék figyelembe.

Régiók	Családsegítő szolgáltatások problémái, jellemzői	Kliensek problémái
Közép-Magyarországi Régió	<ul style="list-style-type: none"> - Szűkülő kapacitás, növekvő kliensszám - Növekvő adminisztrációs teher - Javuló tárgyi feltételek – romló személyi feltétel - Helykeresés: komplex vagy gazdátlan problémák (nagyvárosi falugondok, gyermek-esély, szenvedély- és pszichiátriai betegek, munkanélküliek, rokkantak, mélyszegénység, hátrálékkezelés stb.) - Az adósságkezeléshez szükséges, szolgáltatókkal kötendő keretszerződés nehézségei (pl. DÉMÁSZ-szal nincs) - Eszköztelenség, partnertelenség, képzés-továbbképzés nehézségei 	<ul style="list-style-type: none"> - Anyagi nehézség - Munkanélküliség - Eladósodottság, díjhátralék - Lakhatási problémák, egzisztenciális problémák - Családi, kapcsolati krízisek - Egészségkárosodás következmény <p><u>Budapesten megjelenő ügyfelek:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - növekedett a banki hitelek, adósságkezeltek száma - nőtt az adósságkezelésbe nem bevonhatók száma - nőtt a szociális információt kérők aránya (segélyekhez) - új kliensek fő problémája: foglalkoztatás, anyagi probléma - a családgondozók esetszáma nőtt, kiemelten az anyagi illetve a lelki-mentális problémákkal küzdők. - sokan jelentkeztek pár-, családi és egyéni terápiára. Magas a válások, különköltözések, gyermeklakhatási ügyek aránya.
Dél-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - Bár a jogszabályi változásoknak köszönhetően az együttműködésre kötelezettek száma csökkent a vizsgált szervezeteknél a „klasszikus” családsegítést igénybevevők száma 151%-kal nőtt. - A családsegítést nyújtó szervezetek működési feltételei változatlanok, miközben a problémák súlyosbodnak. - A domináns az egyéni esetkezelés, de egyre nagyobb figyelmet kap a csoportmunka a családsegítésben, bizonyos szolgálatoknál a közösségi munka. - A szakmai létszám megfelel a jogszabályban előírtak 	<ul style="list-style-type: none"> - Negatív munkaerő-piaci hatás - Anyagi problémák - Eladósodás - Lakhatási problémák megjelenése, súlyosbodása
Közép-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - Az ügyfélforgalom emelkedik, az alkalmazottak száma nem változik 	<ul style="list-style-type: none"> - Foglalkoztatási, lakhatási, anyagi problémák
Észak-alföldi régió	<ul style="list-style-type: none"> - Kisebb településeken rosszak a tárgyi feltételek: nincs interjúszoba, váróhelyiség, közösségi helyiség. Ez gátolja a csoportos foglalkozások szervezését. Sok helyen nincsenek, vagy korszerűtlenek az informatikai eszközök. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tartós munkanélküliség - Lakhatási nehézségek: magas törlesztő részlet - Mindennapi életvitelhez szükséges javak megszerzése is nehézségekbe ütközik - A fizetések befagyasztása - Kilátástalan helyzetből fakadó mentális problémák, kimerültség - Gyermektartásdíj fizetése - Középréteg nem tud rekreálódni – egészségkárosodás, munkából kiesés kockázatának növekedése - Gyógyszerek kiváltása - Uzsora, kamatos kamat megjelenése
		<ul style="list-style-type: none"> - Munkanélküliség - Anyagi problémák

A családsegítő szolgálatokat felkereső ügyfelek jellemzői

Régiók	Kliensek jellemzői
Közép-Magyarországi Régió	<ul style="list-style-type: none"> - Megemelkedett a fiatalabb korosztály, és a pályakezdő álláskeresők száma - A Budapesthez közel élők helyzete jobb, de sok esetben az utazási költségek miatt nem tudnak munkát vállalni - Pszichiátriai-, szenvedélybetegek számának növekedése. Okok: létbizonytalanság, közösségi ellátás rosszabb lefedettsége. - Megnőtt az alkohol, játékgép, és más szerhasználók száma. - Nőtt a családon belüli erőszak. - Kiszolgáltatottság erősödött (rablás, pénzkicsalás, lakás elvétel). - A frusztráció a segítő szolgálatokkal szembeni deviáns viselkedést produkál. - A középosztály is megjelent adósságterhekkel. - Azoknak a bejelentett munkával rendelkező ügyfeleknek a száma is megemelkedett, akik nem illeszthetők be a támogatási rendszerbe, pedig már a rezsiköltséget sem tudják fizetni. - Napi megélhetési problémákkal küzdők száma nőtt. Kenyér, ruhaadományokért jelentkezők száma duplázódott. - Gazdálkodás realitásának hiánya jellemző. - Gyermek napközbeni ellátásának hiánya. - Rokkantsági nyugdíj elvesztése – rehabilitációs-védett munkahelyek hiánya - Gyors változások miatt növekedett az igény az ügyintézés, érdekvégyesítés iránt. - Idősek ellátásával kapcsolatos családi konfliktusok számának emelkedése. - Idősek kihasználásának problémája. - Idősek közt nőtt a szociális étkeztetés igénybevétele, sokan nem fűtenek. - Legveszélyeztetettebbek az egykeresős családok. - Az aktív korú segélyezettek száma nőtt (jogsabályi változások miatt), Álláskereső Klub ügyfélforgalma nőtt. Rendszeres szociális segélyen élők esetében a szociális esetkezelésben lehet hatékony munkát végezni. - Az 51-55 év közötti nők aránya magas az álláskeresők között.
Dél-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - A hajléktalanok száma megugrott (pl. eddig évente 10%-os növekedés volt jellemző Pécs városában, 2010-ben ez az arány 50%-os volt) - A hozott problémák „toplistája” (2008): foglalkoztatással kapcsolatos (27%), anyagi problémák (19%), ügyintézéshez való segítségkérés (10%). - Belső felmérés során, a családsegítő szolgálatok az alábbi domináns problémákat jelezték: közüzemi díjhátralék (90%), kilátástalan helyzetből fakadó mentális problémák (83,7%), családi-kapcsolati probléma (71,4%), hitelek visszafizetése (69,4%) - Emelkedett a családon belüli erőszak száma.
Közép-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - A pszichiátriai-, és szenvedélybetegek száma nő - Adósságterhekkel küzdők száma emelkedik - Foglalkoztatási problémákkal az intézményhez fordulók elsősorban a rendszeres szociális segélyen lévők - Lakhatási problémák növekvő számban figyelhetők meg - Utcán élő hajléktalanok száma nőtt
Észak-Alföldi régió	<ul style="list-style-type: none"> - Munkanélküliek számának növekedése - Sok család bevételi forrása GYES, GYED, RSZS, BPJ, alkalmi munka - Nőtt a mentális és egyéb (rák, szív-érrendszeri...) betegségben szenvedők száma. Sokszor kezeletlenek a betegségek. - Gyermek nem járnak különóra, napközibe, helyette csellengnek. - A jogszabályi változások miatt az együttműködésre kötelezettek száma csökkent, de ügyintézés miatt továbbra is felkeresik az intézményeket. - Az RSZS-ben részesülők száma nőtt, az 50-55 év felettiek elhelyezkedési esélyei szinte lehetetlenek.
	<ul style="list-style-type: none"> - A családi összetételt tekintve a legmagasabb arányban a gyermekkel házastársi/élettársi kapcsolatban élők veszik igénybe a szolgáltatást. Őket

Dél-Alföldi régió	<p>követik az egyedül élők.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A munkanélküliséggel összefüggő problémákkal keresik fel az intézményt a legnagyobb arányban. - A pszichés-, szenvedélybetegséggel küzdők aránya magas, ez leginkább a komplex problématípusoknál jelenik meg. - A szolgáltatásokat legnagyobb arányban 19-50 év közötti nők veszik igénybe. - Az iskolázottság alapján a 8 általánost végzettek és a középfokú végzettségűek száma a legnagyobb, de emelkedést mutat a felsőfokú végzettségűek aránya is az igénybevevők körében. - A díjhátralékosok száma nőtt, a kliensek többsége tisztában van az adósságkezelés lehetőségével. A szociális bérlakásban élőknel tapasztalják a szolgáltatók, hogy anyagi gondok esetén nem fizetik a lakbért, majd adósságkezelést igényelnek.
Nyugat-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - A szolgáltatásokat jellemzően a 18-61 éves korosztály veszi igénybe. - A kliensek döntő többsége nem foglalkoztatott személyekből áll. - Magas a házastársi (élettársi) kapcsolatban élő gyermekesek száma. Jelentős az egyedül élők száma is. - Iskolai végzettség tekintetében a 8. általános iskolai, ill. a szakmunkásképző és szakiskolai végzettségűek jelennek meg a klienskörben legnagyobb arányban. - A klienskörre jellemző, hogy érdekeiket nehezen érvényesítik, nehezen motiválhatók a változtatásra. - Jellemző, hogy a tartozással rendelkező kliensek akkor jelennek meg a szolgáltatóknál, amikor már kifutottak a határidőből.
Észak-Magyarországi régió	<ul style="list-style-type: none"> - A díjhátralékkal rendelkezők számának növekedése tapasztalható. A tartozások sokszor több évet is felölelnek (200.000 Ft körüli átlagos díjtartozás). Az ügyfélkör összetétele változatos, nemcsak a munkanélküli, hanem az aktív keresők aránya is nőtt. - A változások itt is megnövelték az ügyintézésben segítséget kérők számát.

A családsegítő szolgálatok javaslatai

Régiók	Szakmai dilemmák	Javaslatok, vélemények
Közép-Magyarországi régió	<ul style="list-style-type: none"> - A krízishelyzetek sokasága, egyre többfélebb élethelyzet, amire egyedi válaszokat kell találni - Komplexitás kontra specializáció problémája - Újra felmerült a probléma: szegénygondozás, mentálhigiénés, vagy komplex család-gondozás - kompetenciahatárok keresése - plusz energiák szükségesek a napi munka mellett: kapcsolattartás civil szervezetekkel (adományok „szerzése”), jogvédő tevékenység a szolgáltató cégekkel - az anyagi terhek a segítőket is sújtják, mentális problémák náluk is fokozottan jelennek meg. - megfigyelhető, hogy a komplex több szociális szolgáltatást nyújtó intézmények hatékonyabban működnek, mint az alapellátást több intézményben nyújtók 	<ul style="list-style-type: none"> - Álláskereső Klubokban új szolgáltatásokra növekedett meg az igény: pl. nyelvvoktatás - Csak a családsegítő szolgálatok egyharmadában van kielégítő pszichológiai szolgáltatás – érdemes lenne kikötni az 1/2000 pszichológiai szolgáltatás kötelező óraszámát (akár lakosságszámhoz viszonyítottan) pl. 5-10 óra/hét/10.000 fő - Szükség volna jobban támogatni az ételkészítési és szolgáltatások felajánlását. - A szakemberek számára képzést megelőző tréningek szervezését fokozottabban kellene támogatni. <p><u>Javaslatok az adósságkezelésben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nagyobb alapítványok működésének támogatása (a helyi kisebb szervezetek lehetőségei az adósságkezeltek igényeit töredékében tudják fedezni) - A kistérségi feladatellátást nehezíti, ha túl sok (10-12) település tartozik egy kistérségi szolgáltatás alá (hiszen minden pénzügyi ellátás a helyi önkormányzat feladata – így minden önkormányzattal külön kellene rendeletet alkotni, amely sok buktatót rejt magában) → olyan modellt kell kidolgozni, amelyben a pénzügyi támogatási és az adósságkezelési tanácsadás is megoldható kistérségi szinten. - A tanácsadó kollégák leterheltsége emelkedik, és változatos képet mutat (40-2000 ügyfél). A képzett munkatársak számát emelni kellene, ingyenes képzéseket kellene szervezni. - Az adósságcsökkentési támogatást hatékonyabban kéne biztosítani. A helyi rendeletek végrehajtását figyelje nagyobb kontroll. - A 30 nap alatti adósságrendezés lehetetlen, pedig a szolgáltató ez után kapcsolja ki a fogyasztót a rendszerből. → növelni kellene a türelmi időt. - Vizsgálni kellene az Energia Hivatalnak a „Védendő Fogyasztók”-kal kapcsolatos szolgáltató feladatok elvégzését. - A bérleti jogviszonyt az önkormányzat, mint tulajdonos nem állítja vissza automatikusan az adósság rendezése után. A támogatás tehát nem éri el a célját, csupán az önkormányzat tartozása térül meg. Az ügyfél támogatása érdekében jogszabályt kellene módosítani.

Dél-Dunántúli régió	<p>23. A családsegítés kompetenciáján túlmutat a lakhatási problémákkal küzdők ellátása</p> <p>24. Adósságkezelési szolgáltatásba nem bevonható ügyfelek miatti tehetetlenség nő</p> <p>25. Krízistámogatás igénylése miatti problémák sokasodnak</p>	<p>26. A családsegítő szervezeteket fokozottabban kellene támogatni, hogy hatékonyabban tudjanak segíteni a lakhatási problémákkal küzdőknek, hiszen több mint félmillió ember fordul hozzájuk.</p> <p>27. Fokozott igény jelentkezett a természetbeni juttatások (ruha, tartós élelmiszer, tüzelő) iránt.</p> <p>28. Továbbképzési normatíva növelésére lenne szükség.</p> <p>29. A szociális szakmai továbbképzés mellett egyéb képzésekre is szükség volna (pl. informatikai, pénzügyi, jogi területen)</p>
Közép- Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - Alapvető probléma, hogy a Szt. és a szakmai rendelet által szabályozott alapszolgáltatások és szakellátások működtetését nem biztosítja minden arra kötelezett település, illetve a személyi és tárgyi feltételek sok helyen nem megfelelőek. - A családsegítőnek szánt „központi” szerep nem éri el a célját, mert a szakmai munkavégzéshez szükséges feltételek nem biztosítottak. 	<p>30. A növekvő szociális problémák magasabb szintű ellátórendszer és támogatási formák igénybevételi lehetőségét igényli.</p> <p><u>Kezelendő problémák:</u></p> <p>31. pszichiátriai betegeknél a továbbirányítás, kezelési lehetőségek hiánya</p> <p>32. adósságkezelési szolgáltatást biztosító intézmények alacsony száma. A szolgáltatás nem prevenciós célú, nem ösztönöz a fizetési morál javítására.</p> <p>33. lakhatási problémák: magas albérleti díjak, önkormányzati bérlakások hiánya, lakásfenntartási támogatás alacsony összege (szűkülő elérhetősége)</p> <p>34. hajléktalanság</p> <p>35. cigány származásúak negatív megítélése</p> <p>36. Az intézményrendszer sok helyen nem átjárható, nem épülnek egymásra a szolgáltatások, probléma a továbblépés hiánya.</p>
Észak-Alföldi régió	<ul style="list-style-type: none"> - Krízisellátás szűkös. Azonnali segítségnyújtás szinte egyáltalán nem működik. Az átmeneti otthonok teltházzal működnek. 	<p>37. A bentlakásos intézmények számát növelni kellene.</p> <p>38. A speciális szolgáltatások (jogi, pszichológiai tanácsadás, adósságkezelési szolgáltatás, csoportos szociális munka, ingyenes telefon-, internethasználat, fénymásolás) számát bővíteni kellene.</p> <p>39. Az adósságkezelési szolgáltatás, hajléktalan-ellátás esetében lejjebb kellene vinni az előírt lakosságsszámot.</p> <p>40. Probléma a kommunikáció, együttműködés hiánya. Előfordulnak párhuzamos gondozások. A szakmaiság rovására megy a terület védelme. Tipikus a gyermekvédelem és családsegítés konfliktusa. Holisztikus szemléletre volna szükség: a gyermek segítése a család segítése nélkül nem teljes.</p> <p><u>Javaslat:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - feladatfinanszírozás a normatíván belül. Több pályázat kiírása az infrastruktúra fejlesztésére.

Dél-Alföldi régió	<p>A szakmai munkavégzést gátolják a hiányos tárgyi feltételek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indokolt az infrastrukturális fejlesztések. Közösségi helyiségekre az intézmények közel felének szüksége volna. - informatikai fejlesztésekhez források biztosítására is lehetőséget kellene teremteni. A szolgálatok mintegy 20%-ában nem biztosítottak a tárgyi feltételek a színvonalas munkához, de sok intézményben szükség volna korszerűsítésre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Akadálymentes bejutás bővítése (az intézmények 70%-ban nem vagy nem teljesen megoldott az akadálymentesítés) - A lakhatás veszélyeztetettsége miatt igény mutatkozik az önkormányzati kilejtető jellegű bérházakra. - Az adósságkezelési tanácsadást folytató kollégák számát emelni kellene, képzések támogatásával. - A tanácsadó kollégák leterheltsége emelkedik, és változatos képet mutat (150-300 ügyfélig). A képzett munkatársak számát emelni kellene, ingyenes képzéseket kellene szervezni. <p>41. Fokozott igény jelentkezett a természetbeni juttatások (ruha, tartós élelmiszer, tüzelő) iránt.</p>
Nyugat-Dunántúli régió	<ul style="list-style-type: none"> - Szűk finanszírozás – kevés lehetőség. Különösen a lakhatási problémákkal küzdők számára. - A szociális ellátórendszerrel csapódik le minden olyan probléma, amelyet más ellátórendszerek nem tudnak kezelni. (pl. csökkent munkaképességűek munkához juttatása, betegek utaztatása, magas gyógyszerár). - A pszichiátriai betegek nagy részét szinte lehetetlen orvoshoz juttatni. Nincs betegségtudatuk. - Az egyes ellátórendszerek nincsenek összekapcsolva, hiányzik az átláthatóság. - Sok az adminisztráció, melyben előfordulnak átfedések. - A szociális ellátások helyenként rászoktatják az egyéneket a segélyre, elveszítik képességeiket az önálló életvitelre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fejlesztés lehetőségei: a munkahelyteremtés lenne a legfontosabb. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése, a várólisták csökkentése. Az egyes ellátórendszerek között lévő jogi szabályozás harmonizációja, összehangolása. Szociális boltok létrehozása, szociális szolgáltatások cseréjének megszervezése. - Egyszülős családoknál a többműszakos munkavállalás elősegítése érdekében a gyermekfelügyelet megszervezése a késő délutáni, esti órákra. Ehhez anyagi forrás biztosítása. - Szükséges lenne az adósságkezelési szolgáltatás kiterjesztése, kötelezővé tétele a 40 000 fő alatti lakosság számú településeken is. - Fontos lenne a helyi közösségi kezdeményezések elősegítése, erősítése. - Erősíteni szükséges az önkormányzatok együttműködését az ellátó intézményekkel a szociális problémák tekintetében. - Szükséges a túlzott adminisztráció csökkentése, az adminisztrációban tapasztalható átfedések megszüntetése. - Plusz forrás és szakemberek biztosítása pszichológiai és jogi segítségnyújtás működtetésére. A családsegítő szolgáltatásban elérhető terápiás lehetőségek, prevenció programok, a családok megtartó erejét növelő szolgáltatások számának növelése. - Fontos, hogy nagyobb hangsúly helyeződjön a szociális szakemberek lelki egészségvédelmére megőrzésére, a rendszeres szupervízióra, burn - out tréningre. - A családsegítő szolgálatok egy részében a családgondozók családsegítői tevékenységük mellett gyermekjóléti szolgáltatást is

		<p>végeznek. Ezekben az intézményekben a fenntartó nem teljesíti a törvény által előírt működési feltételeket. Megoldást nyújthat a célzott, szolgáltatás-differenciált finanszírozás megteremtése, mely minden településen fedezi a szakmai előírásoknak megfelelően működő szolgálatok teljes körű működési kiadásait.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Szükséges, hogy a központi költségvetés nagyobb és célzott, szolgáltatás-differenciált normatív hozzájárulás juttatásával ösztönözze a települési önkormányzatokat a szociális és gyermekjóléti szolgáltatások biztosítására, és a fenntartókat a meglévő szociális szolgáltatások színvonalának fejlesztésére, az előírt működési, személyi, szakképzettségi, tárgyi feltételek teljesítésére, és az előírt alapfeladatok biztosítására.
<p>Észak-Magyarországi régió</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nem megfelelő az együttműködés a Munkaügyi Központtal, az önkormányzatokkal - Túlburjánzó adminisztráció - Kompetencia, illetékességi határok szűkössége - Gyermekjólét és a Családsegítő szolgálat párhuzamosságai 	<ul style="list-style-type: none"> - Szükség volna szolgáltatás-bővítésre sok területen: adósságkezelési, jogi, mediációs, pszichológiai szolgáltatás, csoportos közösségi szociális munka stb. <p>Igény volna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nagyobb arányú adományközvetítésre, krízisalap működtetésére - bentlakásos intézmények számának növelésére. - szociális bérlakás rendszer bővítésére. <p>Egyéb javaslat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - képzési, szupervíziós lehetőségek bővítése - preventív programok kidolgozása - esetszám maximalizálása

97. számú ábra: Pszichiátriai betegek szociális ellátása

2008. december 31-én gondozottként nyilvántartott betegek száma kórjelzés, kor és nem szerint

Ss z.	A KÓRJELZÉS MEGNEVEZÉSE (Több diagnózis esetén a domináns betegséget kell bejegyezni)		0-4			5-9			10-14			15-19			ÖSSZESEN			SUICID KISÉRLET		
			ÉVES																	
			FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T	FIÚ	LÁN Y	EGYÜT T			
1	Organikus és szimptómás mentális zavar	F00-F09	19	17	36	25	19	44	13	15	28	22	19	41	79	70	149			
2	Pszichoaktív szerek által okozott mentális és viselkedési zavarok	F10-F19							2		2	2	2	4	4	2	6			
3	Schizophrenia, pszichotikus állapotok	F20-F29							22	17	39	132	97	229	154	114	268			
4	Hangulatzavarok (affektív rendellenességek)	F30-F39		1	1	19	21	40	106	108	214	213	396	609	338	526	864	9		
5	Stresszhez társuló és somatoform rendellenességek	F43-F48	35	30	65	113	91	204	266	201	467	165	281	446	579	603	1182	5		
6	Viselkedés zavar szindrómák, fiziológiai zavarokkal társulva	F50-F51, F95-F98	74	52	126	309	189	498	268	149	417	110	175	285	761	565	1326			
7	Személyiségzavarok	F60-F68				3	2	5	11	11	22	46	40	86	60	53	113	2		
8	Mentális retardáció	F70-F79	79	49	128	521	209	730	870	400	1270	1015	443	1458	2485	1101	3586	2		
9	Pszichés fejlődés specifikus zavarai	F80-F83, F88-F89	161	46	207	286	110	396	184	71	255	75	37	112	706	264	970			
10	Pervasív fejlődési zavarok	F84	121	35	156	901	189	1090	412	135	547	206	88	294	1640	447	2087			
11	Hiperkinetikus zavarok	F90	40	23	63	544	96	640	858	145	1003	258	40	298	1700	304	2004			
12	Magatartási zavarok	F91-F92	60	49	109	331	116	447	465	186	651	304	195	499	1160	546	1706			
13	Szorongásos és kötődési zavarok	F40-F42, F93-F94	68	71	139	368	296	664	513	498	1011	386	557	943	1335	1422	2757	1		
14	Gyermeckneurológiai kórképek	G00-G99 (kivéve G40-G41)	38	34	72	56	47	103	87	82	169	58	133	191	239	296	535			
15	Epilepszia	G40-G41	52	56	108	128	104	232	162	139	301	190	181	371	532	480	1012			
16	Szociális veszélyeztetettség, egyéb beilleszkedési zavar	Z55-Z65, Z72-ZG73	10	12	22	25	20	45	33	29	62	19	20	39	87	81	168			
17	Öngyilkossági kísérlet	X60-X84							1	6	7	14	34	48	15	40	55	x		
18	Egyéb pszichiátriai, vagy neurológiai zavar	F99, G99	4	2	6	5	6	11	11	9	20	19	27	46	39	44	83			
ÖSSZESEN:			761	477	1238	3634	1515	5149	4284	2201	6485	3234	2765	5999	11913	6958	18871	19		

2008. dec. 31-én nyilvántartott betegek száma kórjelzés, kor és nem szerint

Ssz.	A KÓRJELZÉS MEGNEVEZÉSE (Kettős diagnózis esetén a domináns betegséget kell bejegyezni)		0-14			15-19			20-34			35-54			55-64			65-x			ÖSSZESEN			BETEGSÉGI KATEGÓRIÁBA BESOROLT SUICID KISÉRLET		
			ÉVES																							
			FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT	FÉRFI	NŐ	EGYÜTT				FÉRFI	NŐ	EGYÜTT
1/a	DEMENTIÁK	F00-F03				14	24	38	65	59	124	158	141	299	355	341	696	801	1877	2678	1393	2442	3835	1	1	2
1/b	ORGANIKUS PSZICHOSZINDRÓMÁK	F04-F09	2		2	32	58	90	135	125	260	539	570	1109	597	659	1256	1036	2645	3681	2341	4057	6398	6	3	9
2/a	ALKOHOL ABÚZUS ÉS FÜGGŐSÉG	F10.1,F10.2				17	3	20	177	58	235	705	217	922	259	103	362	65	19	84	1223	400	1623	15	3	18
2/b	ALKOHOLOS PSZICHÓZISOK	F10.3-F10.9							5		5	64	22	86	36	12	48	18	8	26	123	42	165			
2/c	DROG (GYÓGYSZER) ABÚZUS ÉS FÜGGŐSÉG	F11-F19(.1-2)				4		4	17	9	26	29	42	71	7	13	20	8	6	14	65	70	135			
2/d	DROG (GYÓGYSZER) OKOZTA PSZICHÓZISOK	F11-F19(.3-9)				5	1	6	5		5	2	2	4	1	1	2	1		1	14	4	18			
3	SCHIZOPRENIA, SCHIZOTYPIÁS RENDELLENESÉGEK	F20-F29 kivéve: F22,F24	3	2	5	145	123	268	2489	2397	4886	5138	7562	12700	2372	4593	6965	1277	3424	4701	11424	18101	29525	52	108	160
4	HANGULATZAVAROK (AFFEKTÍV RENDELLENESÉGEK)	F30-F39		1	1	184	281	465	1571	3082	4653	5154	14334	19488	3298	9133	12431	1953	7113	9066	12160	33944	46104	45	135	180
5	PARANOID ÁLLAPOTOK	F22,F24	1	1	2	37	31	68	314	327	641	883	1307	2190	633	1126	1759	641	1651	2292	2509	4443	6952	6	9	15
6	STRESSZ ÁLTAL KIVÁLTOTT ZAVAROK	F43	1		1	126	162	288	510	732	1242	621	1338	1959	376	641	1017	199	353	552	1833	3226	5059	14	20	34
7	NEUROTIKUS ÉS SOMATOFORM RENDELLENESÉGEK	F40-F48 (kivéve: F43)	3	5	8	183	288	471	2064	3595	5659	3819	10138	13957	2156	4651	6807	1115	3408	4523	9340	22085	31425	15	54	69
8	VISELKEDÉSZAVAROK	F50-F59		1	1	52	75	127	122	160	282	154	169	323	74	129	203	38	49	87	440	583	1023			
9	SZEMÉLYISÉGZAVAROK	F60-F69				137	79	216	605	413	1018	857	1097	1954	317	527	844	136	211	347	2052	2327	4379	9	13	22
10	MENTÁLIS RETARDÁCIÓ	F70-F79	17	15	32	219	183	402	936	680	1616	864	945	1809	227	248	475	71	122	193	2334	2193	4527	3	4	7
11	GYERMEKKORI PSZICHIÁTRIAI RENDELLENESÉGEK	F80-F89, F90-F98	48	48	96	44	30	74													92	78	170	1	2	3
12	MÁSKÉNT NEM MEGHATÁROZOTT PSZICHÉS RENDELLENESÉGEK	F99				143	65	208	324	261	585	256	595	851	210	213	423	301	81	382	1234	1215	2449			
13	EPILEPSZIA	G40-G41	75	87	162	60	72	132	198	215	413	201	160	361	83	76	159	64	55	119	681	665	1346	2	1	3
14	ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET	X60-X84					1	1	14	19	33	25	21	46	6	13	19	3	4	7	48	58	106			
15	OBSZERVÁCIÓ	Z03				6	6	12	35	61	96	59	56	115	20	18	38	16	16	32	136	157	293	1	1	2
ÖSSZESEN:			150	160	310	1408	1482	2890	9586	12193	21779	19528	38716	58244	11027	22497	33524	7743	21042	28785	49442	96090	145532	170	354	524

98. számú ábra:

Fogyatékkal élők: Rokkantsági nyugdíjban és megváltozott munkaképességűek járadékában részesülők száma, 2008 (fő)	Rokkantsági nyugdíjban részesülő					Megváltozott munkaképességűek járadékában részesülő		összesen
	Korbetöltött		Korhatár alatti		összesen	összesen	ebből nő	
	összesen	ebből nő	összesen	ebből nő				
Közép-Magyarország	104 434	57 228	84 885	44 473	189 319	21 741	13 704	211 060
Budapest	60 492	34 573	45 129	24 489	105 621	9 094	5 703	114 715
Pest	43 942	22 655	39 756	19 984	83 698	12 647	8 001	96 345
Közép-Dunántúl	34 908	16 395	40 362	20 067	75 270	13 281	8 560	88 551
Fejér	11 038	5 400	13 466	6 753	24 504	4 508	2 994	29 012
Komárom-Esztergom	14 938	6 886	14 375	7 197	29 313	4 453	2 895	33 766
Veszprém	8 932	4 109	12 521	6 117	21 453	4 320	2 671	25 773
Nyugat-Dunántúl	21 335	9 767	34 591	17 162	55 926	8 164	5 279	64 090
Győr-Moson-Sopron	10 571	4 953	17 299	8 772	27 870	2 575	1 721	30 445
Vas	5 171	2 263	9 268	4 444	14 439	2 712	1 721	17 151
Zala	5 593	2 551	8 024	3 946	13 617	2 877	1 837	16 494
Dél-Dunántúl	34 404	15 681	49 921	25 095	84 325	26 662	15 737	110 987
Baranya	15 643	6 816	22 788	11 413	38 431	12 344	6 903	50 775
Somogy	12 018	6 131	12 501	6 208	24 519	7 915	4 815	32 434
Tolna	6 743	2 734	14 632	7 474	21 375	6 403	4 019	27 778
Észak-Magyarország	45 993	21 274	56 591	28 687	102 584	28 778	18 190	131 362
Borsod-Abaúj-Zemplén	22 883	10 293	31 171	15 554	54 054	19 435	12 165	73 489
Heves	14 442	6 980	16 943	8 995	31 385	5 185	3 435	36 570
Nógrád	8 668	4 001	8 477	4 138	17 145	4 158	2 590	21 303
Észak-Alföld	63 088	29 748	78 846	39 350	141 934	52 930	32 587	194 864
Hajdú-Bihar	22 110	10 539	25 202	12 985	47 312	13 684	8 628	60 996
Jász-Nagykun-Szolnok	13 710	6 051	20 662	10 480	34 372	11 159	7 116	45 531
Szabolcs-Szatmár-Bereg	27 268	13 158	32 982	15 885	60 250	28 087	16 843	88 337
Dél-Alföld	51 504	24 227	76 370	39 421	127 874	31 976	19 467	159 850
Bács-Kiskun	17 411	8 160	25 028	12 663	42 439	10 727	6 601	53 166
Békés	17 163	7 985	25 477	12 925	42 640	12 224	7 366	54 864
Csongrád	16 930	8 082	25 865	13 833	42 795	9 025	5 500	51 820
Összesen	355 666	174 320	421 566	214 255	777 232	183 532	113 524	960 764

Forrás: TEIR, KSH

99. számú ábra:

Szociális szolgáltatások a fogyatékkal élők részére, a fenntartó típusa szerint, 2009 (db)*	fogyatékos személyek gondozóháza	fogyatékosok személyek otthona	fogyatékosok rehabilitációs intézménye	fogyatékos személyek rehabilitációs lakóotthona	fogyatékos személyek gondozóháza	összesen
Települési önkormányzat	7	15	0	1	7	30
Megyei (fővárosi) önkormányzat	0	90	23	16	46	175
Önkormányzati intézményfenntartó társulás	2	1	0	0	0	3
Egyház, egyházi intézmény	3	15	2	0	6	26
non-profit vállalkozás (közhasznú társaság)	0	13	5	1	7	26
Alapítvány	7	7	3	16	19	52
Egyesület	2	3	2	7	11	25
Központi költségvetési intézmény	2	3	3	4	1	13
Közalapítvány	1	1	0	0	0	2
Többcélú kistérségi társulás	0	5	0	1	0	6
összesen	24	153	38	46	97	358
forrás: KSH, OSAP						
* egy intézmény több ellátástípusban is működhet!						

100. számú ábra:

Támogató szolgáltatásban részesítettek száma, tárgyév XII. 31-én, 2009	X-499 fő	500-999 fő	1000-1999 fő	2000-4999 fő	5000-9999 fő	10000-19999 fő	20000-49999 fő	50000-99999 fő	100000-X fő	Budapest (fő)	összesen
Közép-Magyarország	-	3	16	133	105	540	251	42	-	1 056	2 146
Budapest	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1056	1056
Pest	0	3	16	133	105	540	251	42	0	0	1090
Közép-Dunántúl	15	33	132	254	114	535	590	268	155	-	2 096
Fejér	0	5	64	117	33	317	81	0	155	0	772
Komárom-Esztergom	0	9	14	56	43	123	248	114	0	0	607
Veszprém	15	19	54	81	38	95	261	154	0	0	717
Nyugat-Dunántúl	77	105	182	189	98	199	110	279	64	-	1 303
Győr-Moson-Sopron	15	43	68	93	1	62	22	43	64	0	411
Vas	27	20	15	8	11	137	0	70	0	0	288
Zala	35	42	99	88	86	0	88	166	0	0	604
Dél-Dunántúl	83	55	169	122	66	572	40	91	310	-	1 508
Baranya	49	33	116	44	29	62	1	0	310	0	644
Somogy	26	7	30	25	0	155	25	91	0	0	359
Tolna	8	15	23	53	37	355	14	0	0	0	505
Észak-Magyarország	56	163	231	362	219	427	219	201	338	-	2 216
Borsod-Abaúj-Zemplén	50	88	142	193	211	357	142	0	338	0	1 521
Heves	2	31	69	165	2	48	57	201	0	0	575
Nógrád	4	44	20	4	6	22	20	0	0	0	120
Észak-Alföld	35	182	571	1 017	1 215	719	625	368	1 134	-	5 866
Hajdú-Bihar	1	33	159	193	559	439	299	0	502	0	2 185
Jász-Nagykun-Szolnok	3	18	16	31	332	102	326	368	0	0	1 196
Szabolcs-Szatmár-Bereg	31	131	396	793	324	178	0	0	632	0	2 485
Dél-Alföld	6	29	98	413	305	444	751	332	328	-	2 706
Bács-Kiskun	0	10	31	106	75	124	218	0	182	0	746
Békés	6	11	58	202	186	276	326	332	0	0	1 397
Csongrád	0	8	9	105	44	44	207	0	146	0	563
Összesen	272	570	1 399	2 490	2 122	3 436	2 586	1 581	2 329	1 056	17 841

101. számú ábra:

Megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatása

Rehabilitációs költségátogatás 2010. év			
Sorsz.	Megnevezés	2010. évi támogatás összege (eFt)	MMK dolgozók elfogadott létszáma (fő)
1.	Alfa Rehabilitációs Nonprofit Kft.	643 317	429
2.	Bátönyrehab Rehabilitációs Nonprofit Kft.	69 000	55
3.	Civil Szolgáltató Nkft.	604 626	407
4.	Dél-Borsodi Rehabilitációs és Környezetvédelmi Nkft.	198 082	151
5.	Emberekért Rehabilitációs Foglalkoztató Közhasznú Nkft.	1 310 748	875
6.	ERFO Rehabilitációs Foglalkoztató Nkft.	2 175 000	1 450
7.	ESÉLY Györi Rehabilitációs és Foglalkoztatási Közhasznú Nkft.	133 339	145
8.	FÉBÉ Szociális és Rehabilitációs Szolgáltató Nkft.	113 821	97
9.	FORENO Foglalkoztatási és Rehabilitációs Nkft.	110 009	108
10.	FŐKEFE Rehabilitációs Foglalkoztató Ipari Nkft.	5 287 500	3 525
11.	HÓDFŐ Szociális Foglalkoztató Közhasznú Nkft.	217 430	182
12.	KÁLLFO Nkft.	250 850	170
13.	KÉZMŰ Fővárosi Kézműipari Nkft.	4 843 500	3 229
14.	Komló-Habilias Termelő és Értékesítő Nonprofit Közhasznú Kft.	117 300	69
15.	MOVE Rehabilitációs Ipari és Szolgáltató Nonprofit Közhasznú Zrt.	1 602 000	1 068
16.	Nagykanizsai Szociális Foglalkoztató Nkft.	88 787	72
17.	Összefogás Rehabilitációs Nonprofit Közhasznú Kft.	921 000	614
18.	PIREHAB Rehabilitációs Foglalkoztató Nkft.	3 246 000	2 164
19.	PRO-TEAM Rehabilitációs Közhasznú Nkft.	3 052 500	2 035
20.	START Rehabilitációs Foglalkoztató és Intézményei Közhasznú Nkft.	3 234 000	2 156
21.	Teljes Életért Nkft.	1 262 338	938
ÖSSZESEN:		29 481 147	19 939

102. számú ábra:

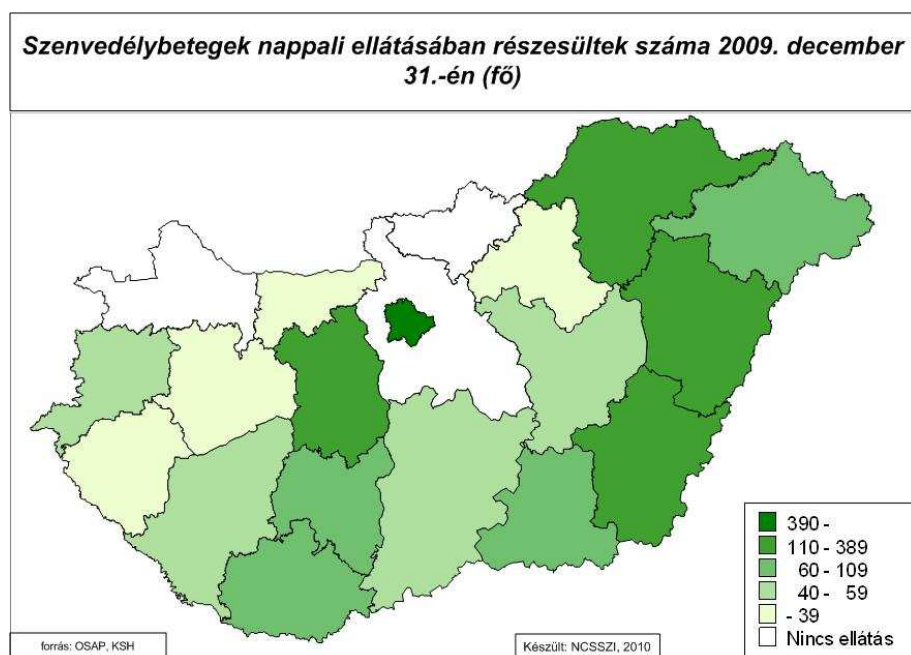
Költségkompenzációs támogatás 2010. év			
Sorsz.	Megnevezés	2010. évi támogatás összege (eFt)	Elfogadott létszám (fő)
1.	Agria-Humán Kft.	148 010	413
2.	BLTG Településgazdálkodási Kft.	20 978	131
3.	CHACO Termelő és Szolgáltató Kft.	76 200	127
4.	Contact Nkft.	49 003	115
5.	GEMENCREHAB Kft.	20 736	67
6.	GLOBÁL-SANSZ Kft.	29 529	59
7.	Grantek Termelő, Szolgáltató és Kereskedelmi Kft.	142 724	260
8.	GTXHUMÁN Kft.	35 685	60
9.	Hatvani-Vegyesipari Centrum Kft.	28 800	48
10.	HORIZONT TEX Kft.	60 960	145
11.	INTERPLAN Ipari, Mezőgazdasági, Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.	31 200	52
12.	Inter Wood Pluss Kft.	40 764	68
13.	KENTAUR '99 Kft.	57 946	102
14.	Krekk-Info Nonprofit Kft.	82 688	217
15.	LAZARUS Kft.	22 000	53
16.	MEA-GOLD Vegyesipari Gyártó és Szolgáltató Kft.	40 473	142
17.	MMDF Megváltozott Munkaképességű Dunamentiek Foglalkoztató Kft.	13 839	52
18.	MEMFO Rehabilitációs Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.	41 376	127
19.	Nyír-Plast Kft.	36 000	60
20.	OPS Újpest Kft.	34 800	58
21.	PARA-MIS Kft.	29 799	66
22.	PRAKTIKUM Kft.	30 578	51
23.	RÁNA Nonprofit Közhasznú Kft.	26 400	45
24.	REHABIL Kft.	35 584	79
25.	REHAB. XVI. Kft.	27 268	68
26.	RELABOR Foglalkoztatási Rehabilitációs Kft.	325 800	543
27.	ROLFIM Szövetkezet	21 354	73
28.	Royal Press Hungary Kft.	20 003	37
29.	SOMOGY REHAB Kft.	48 598	81
30.	Szegedi SZEFO Zrt.	300 001	540
31.	SZERAPISZ-ZALA Kft.	47 641	91
32.	SZOCIO-PRODUKT Kft.	44 498	97
33.	TESZT Közhasznú Nonprofit Kft.	217 850	395
34.	TEXIN Kft.	17 662	51
35.	ÚJBUDA PRIZMA Szociális Fejlesztési és Foglalkoztatási Közhasznú Nkft.	84 627	164
36.	VEDESE Nonprofit Kft.	51 000	85
37.	V-KING Kft.	21 360	55
ÖSSZESEN:		2 363 734	4 877

103. számú ábra:

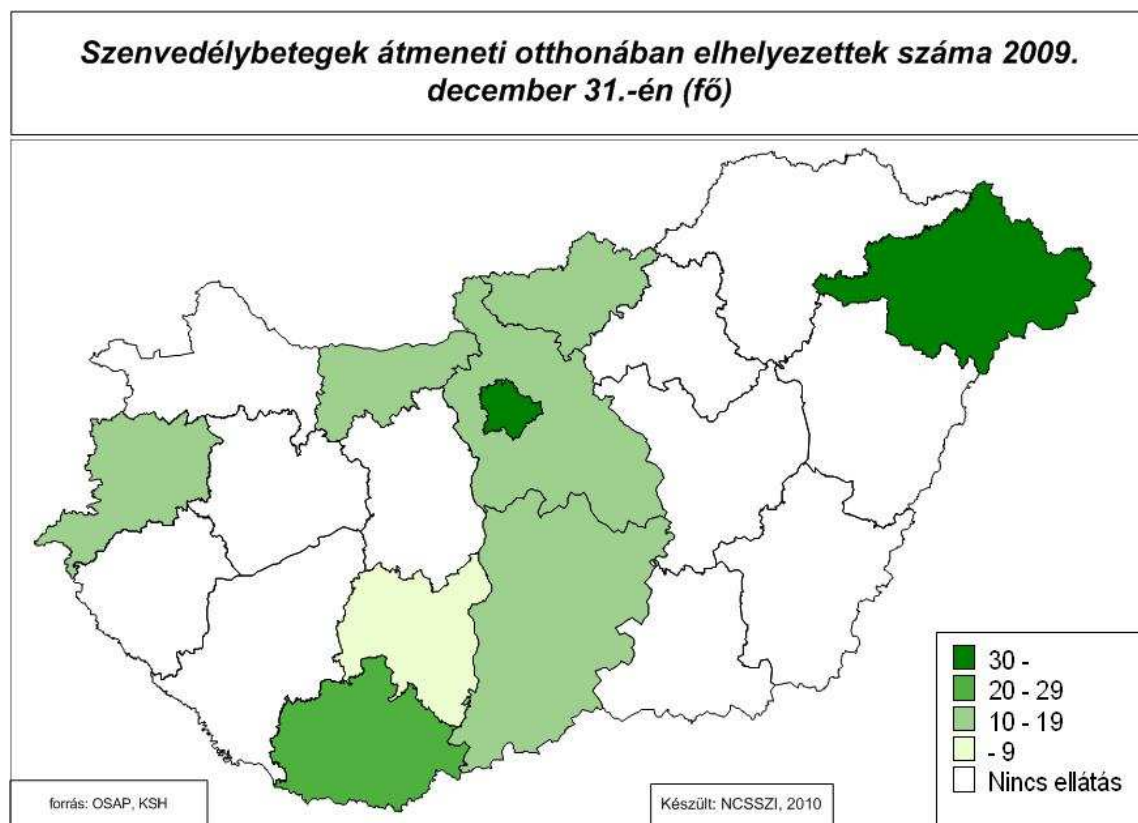
Szociális foglalkoztatás, férőhelyek száma 2009.12.31-i állapot szerint	Munka- rehabilitáció	Intézményi foglalkoztató általi fejlesztő felkészítő foglalkoztatás	Külső foglalkoztató általi fejlesztő felkészítő foglalkoztatás	együtt
Közép-Magyarország	603	786	0	1 389
Budapest	345	364		709
Pest	258	422		680
Közép-Dunántúl	806	282	210	1 298
Fejér	230	36	116	382
Komárom-Esztergom	94	90	19	203
Veszprém	482	156	75	713
Nyugat-Dunántúl	810	438	310	1 558
Győr-Moson-Sopron	225	66	80	371
Vas	376	291	230	897
Zala	209	81		290
Dél-Dunántúl	736	412	926	2 074
Baranya	268	44	304	616
Somogy	226	217	340	783
Tolna	242	151	282	675
Észak-Magyarország	663	274	534	1 471
Borsod-Abaúj-Zemplén	340	84	297	721
Heves	249	140		389
Nógrád	74	50	237	361
Észak-Alföld	1 552	703	1 048	3 303
Hajdú-Bihar	301	46	384	731
Jász-Nagykun-Szolnok	249	89	220	558
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1 002	568	444	2 014
Dél-Alföld	1 193	1 561	671	3 425
Bács-Kiskun	473	203	306	982
Békés	546	1 233	320	2 099
Csongrád	174	125	45	344
Összesen	6 363	4 456	3 699	14 518

Szenvedélybeteg ellátás

139. számú ábra:

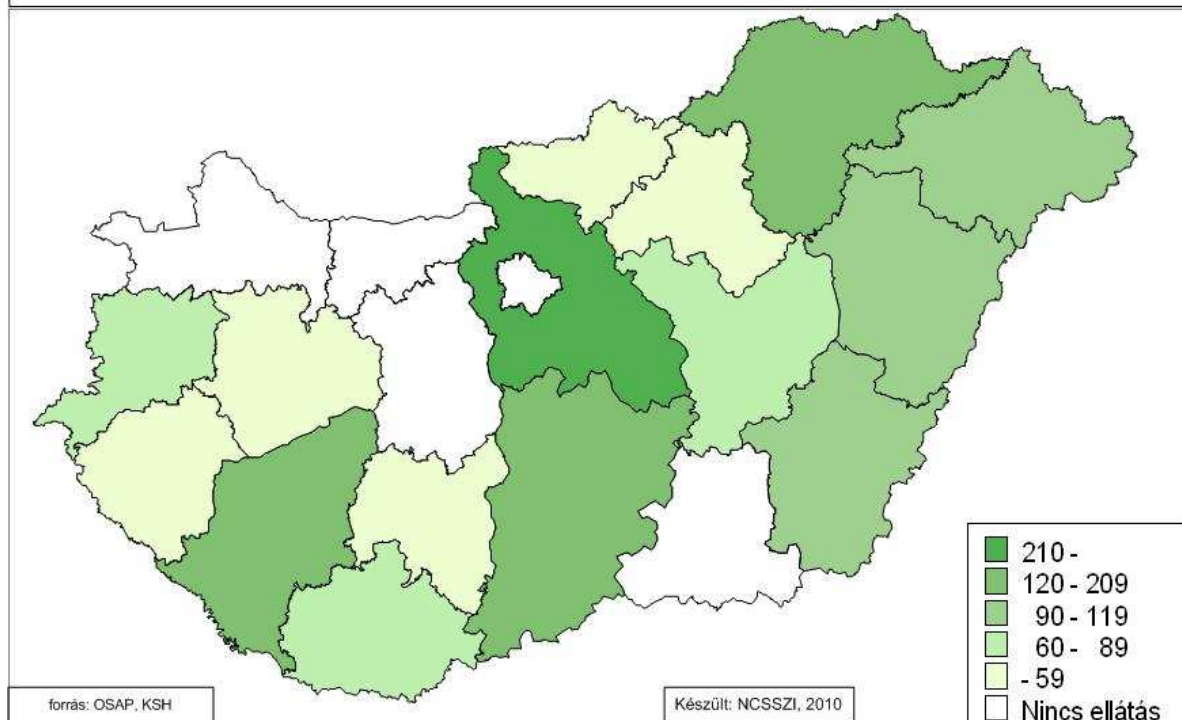


140.számú ábra



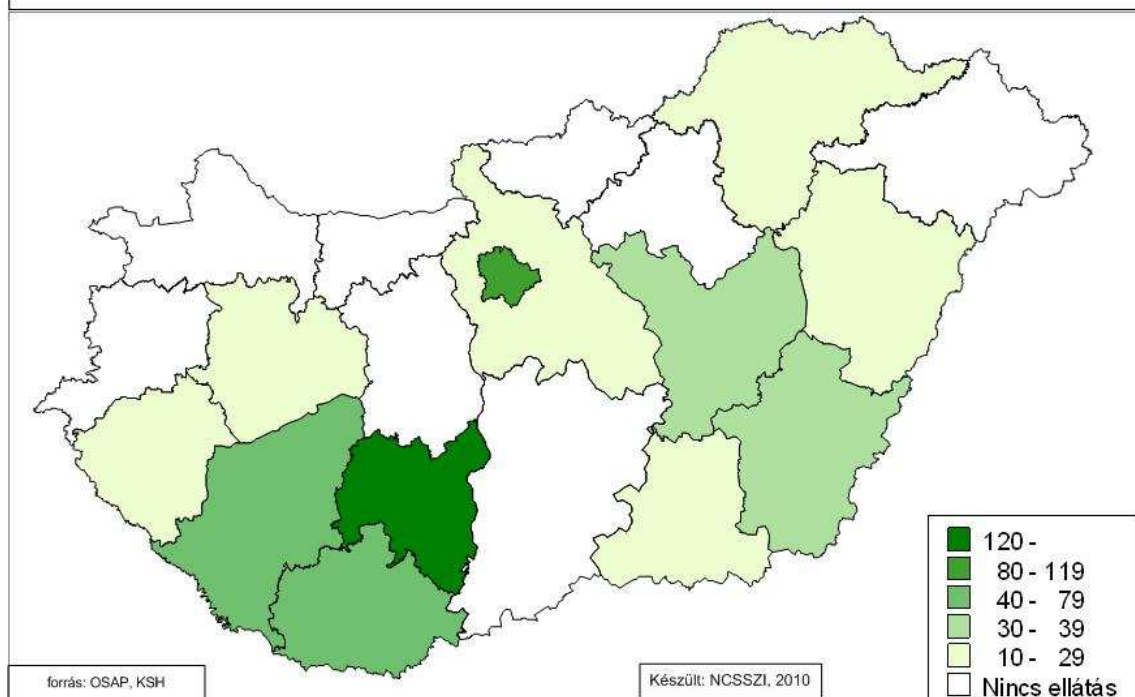
141.számú ábra

**Szenvedélybetegek otthonában elhelyezettek száma 2009. december 31.-én
(fő)**



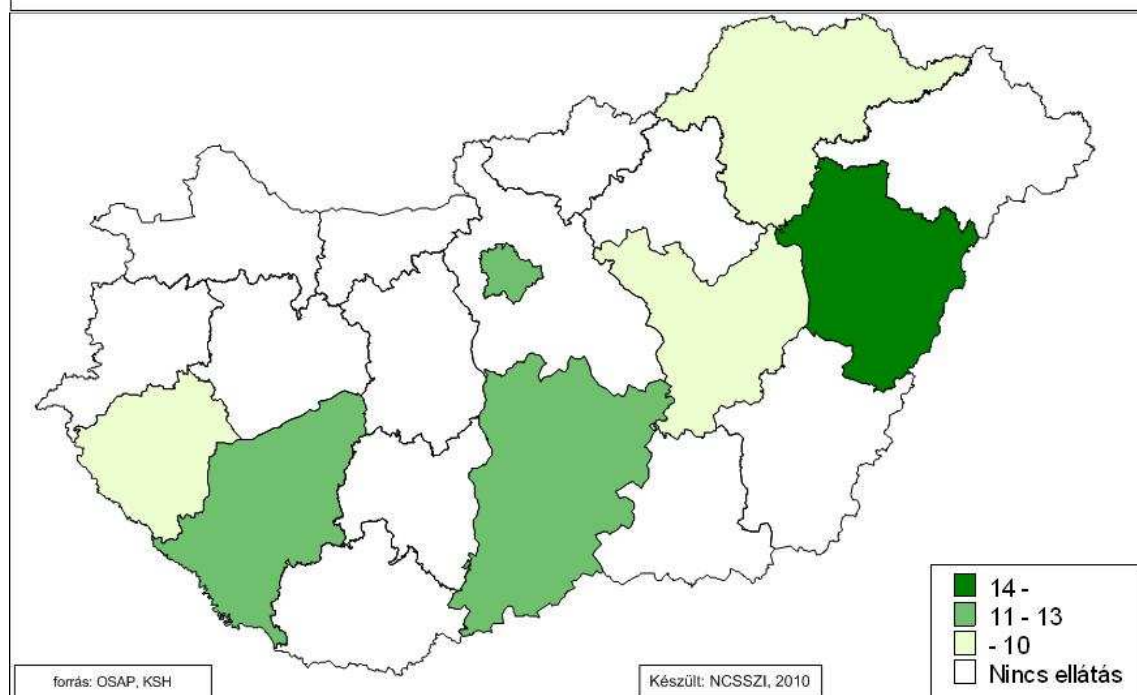
142.számú ábra

**Szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében elhelyezettek száma
2009. december 31.-én (fő)**



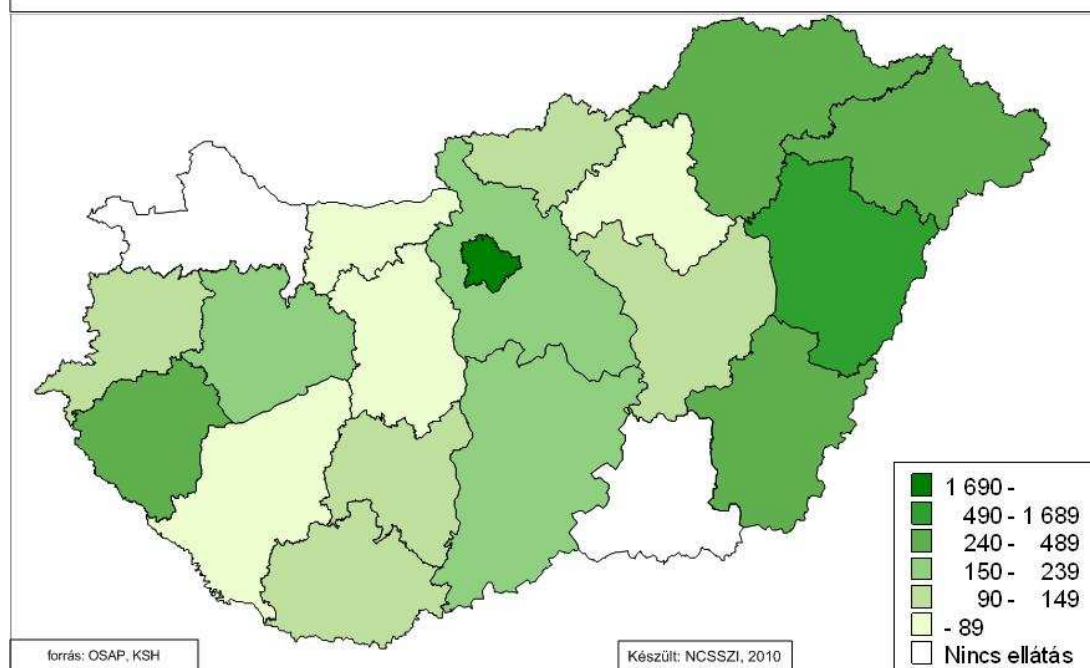
143.számú ábra

**Szenvedélybetegek rehabilitációs lakóotthonában elhelyezettek száma
2009. december 31.-én (fő)**



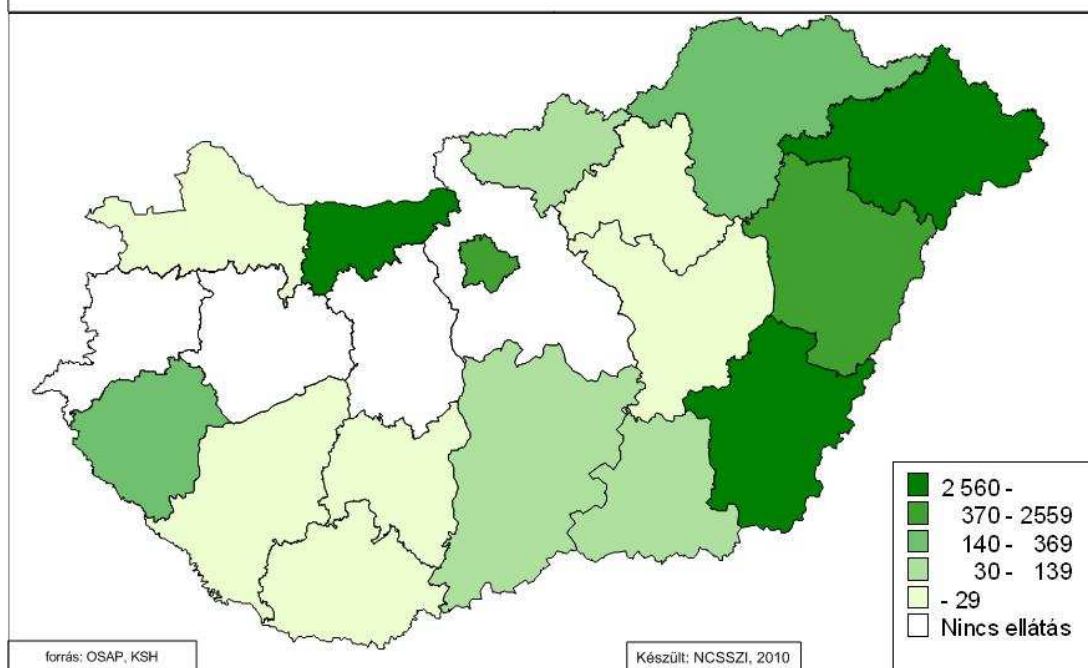
144.számú ábra

**Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére (alapellátás) ellátásban
részesülők száma 2009. december 31.-én (fő)**



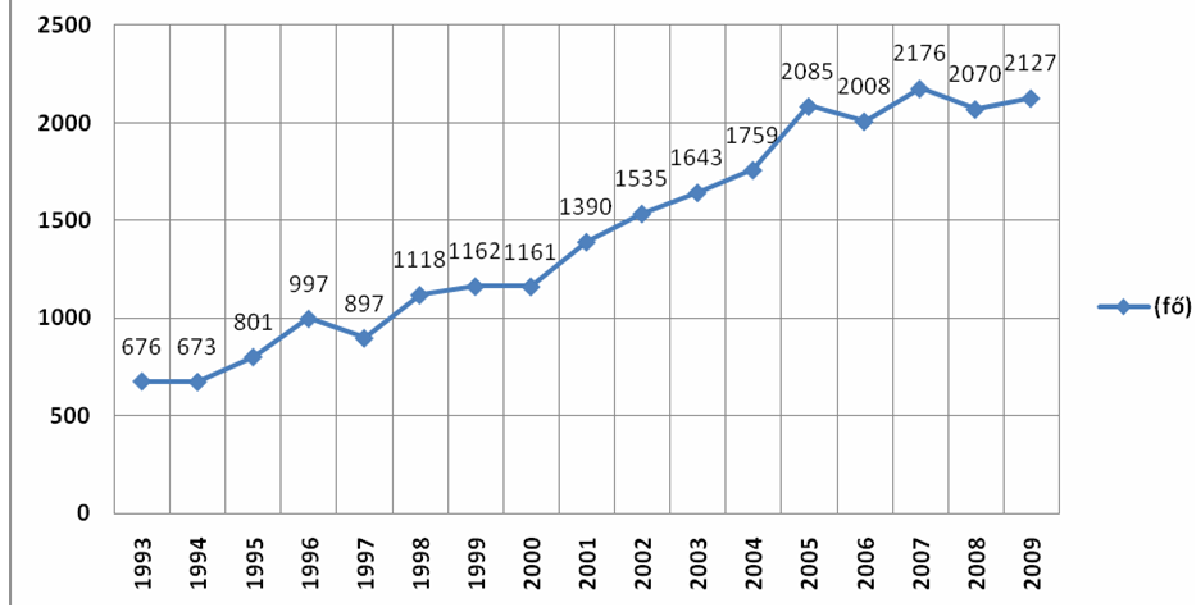
145.számú ábra

**Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére (alacsony küszöbű ellátás)
ellátásban részesülők száma 2009. december 31.-én (fő)**



146.számú ábra

**Szenvedélybetegek otthonában ellátottak száma adott év szerint
(1993-)**



Forrás: KSH, STADAT, 2011.01.30.

147.számú ábra

Év	Az addiktológiai gondozókban nyilvántartott betegek száma és aránya (ESE2009)
----	---

	férfi	nő	ismeretlen	összesen
Száma				
2005	24 995	8 858	–	33 853
2006	21 818	7 630	–	29 448
2007	18 875	7 317	–	26 192
2008	14 187	5 637	139	19 963
2009	9 419	3 318	–	12 737
Aránya százezer lakosra				
2005	522,4	167,4	–	336
2006	456,5	144,3	–	292,5
2007	395,7	138,7	–	260,7
2008	297,9	107	–	199
2009	198	63,1	–	127,2

148.számú ábra

Regisztrált kábítószer-fogyasztók (forrás: SÉ2009)					
Megnevezés	2005	2006	2007	2008	2009
Az év folyamán első alkalommal megjelent új beteg					
férfi	4 695	4 150	2 975	3 100	2 302
nő	1 624	1 523	1 075	1 535	1 500
Összesen	6 319	5 673	4 050	4 635	3 802
Az év folyamán megjelent betegek száma					
férfi	9 931	10 477	8 942	9 264	7 996
nő	4 862	5 003	4 655	5 089	5 144
Összesen	14 793	15 480	13 597	14 353	13 140
Az év folyamán megjelentek megoszlása a fogyasztott főbb kábítószerfajták szerint, %					
Opiát típusú	14	15	15,8	11,3	18
Kokain típusú	1	1	1,6	2,1	1,2
Kannabisz típusú	36	38	34	35,4	23
Hallucinogének	1	1	0,5	0,3	0,4
Amfetamin típusú	10	9	8,5	10,9	10
Nyugtató típusú	25	25	27,5	29,1	35,7
Politoxikománia	11	11	10,4	5,8	6,8
Szerves oldószerek	1	1	0,9	1,7	3,9

Egyéb kábítószer	1	1	0,8	3,3	0,8
------------------	---	---	-----	-----	-----

149.számú ábra

13.25. Az év folyamán kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók főbb adatai					
Megnevezés	2005	2006	2007	2008	2009
Az év folyamán kezelésen első alkalommal megjelent kábítószer-fogyasztók száma					
Összesen	6 319	5 673	4 050	4 635	3 802
Ebből:					
férfi	4 695	4 150	2 975	3 100	2 302
nő	1 624	1 523	1 075	1 535	1 500
Az év folyamán kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók száma					
Összesen	14 793	15 480	13 597	14 353	13 140
Ebből:					
férfi	9 931	10 477	8 942	9 264	7996
nő	4 862	5 003	4 655	5 089	5144
Az év folyamán kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók megoszlása főbb kábítószerfajták szerint, %					
Opiát típusú	14,4	15	15,8	11,3	18
Kokain típusú	0,9	1,3	1,6	2,1	1,2
Kannabisz típusú	35,7	37,7	34	35,4	23
Hallucinogének	0,9	0,5	0,5	0,3	0,4
Amfetamin típusú	10,4	8,6	8,5	10,9	10
Nyugtató típusú	25,1	24,6	27,5	29,1	35,7
Politoxikománia	10,7	10,7	10,4	5,8	6,8
Szerves oldószerek	1,2	1	0,9	1,7	3,9
Egyéb kábítószer	0,7	0,6	0,8	3,3	0,8

Forrás: KSH, ESÉ 2009

150.számú ábra

13.26. Az év folyamán kezelésen megjelent kábítószer-fogyasztók száma nem és korcsoport szerint									
Kábítószer-kategóriák	15 év alatti	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–	Ismeretlen korú	Összesen
		éves							
Férfi									
Opiát típusú	124	58	248	523	466	228	147	–	1 794
Kokain típusú	–	1	19	17	34	21	11	–	103
Kannabisz típusú	7	575	986	622	296	120	59	1	2 666
Hallucinogének	–	8	7	8	3	3	3	–	32
Amfetamin típusú	–	61	202	187	168	55	88	–	761
Nyugtató típusú	17	137	208	166	181	188	710	–	1 607
Politoxikománia (nem a fenti kategóriák)		40	102	124	96	61	115	–	538

Szerves oldószerek (inhalánsok)	14	37	27	30	68	63	224	–	463
Egyéb kábítószer	1	4	8	6	8	3	2	–	32
Összesen	163	921	1 807	1 683	1 320	742	1 359	1	7 996
Nő									
Opiát típusú	1	44	148	134	144	45	58	–	574
Kokain típusú	1	10	18	20	5	5		–	59
Kannabisz típusú	17	118	112	48	35	9	11	–	350
Hallucinogének		5	5	6	2		1	–	19
Amfetamin típusú	4	65	92	73	76	61	188	–	559
Nyugtató típusú	29	186	292	309	413	337	1 524	–	3 090
Politoxikománia (nem a fenti kategóriák)	4	18	45	34	55	42	164	–	362
Szerves oldószerek (inhalánsok)	4	3	5	15	15	5	7	–	54
Egyéb kábítószer			2	2	9	9	55	–	77
Összesen	60	449	719	641	754	513	2 008	–	5 144
Együtt									
Opiát típusú	125	102	396	657	610	273	205	–	2 368
Kokain típusú	–	11	37	37	39	26	11	–	162
Kannabisz típusú	24	693	1 098	670	331	129	70	–	3 016
Hallucinogének	–	13	12	14	5	3	4	–	51
Amfetamin típusú	–	126	294	260	244	116	276	–	1 320
Nyugtató típusú	46	323	500	475	594	525	2 234	–	4 697
Politoxikománia (nem a fenti kategóriák)	4	58	147	158	151	103	279	–	900
Szerves oldószerek (inhalánsok)	18	40	32	45	83	68	231	–	517
Egyéb kábítószer	1	4	10	8	17	12	57	–	109
Összesen	223	1 370	2 526	2 324	2 074	1 255	3 367	1	13 140

Forrás: KSH, ESE 2009

151.számú ábra

A nyilvántartott alkoholisták száma							
Év	Addiktológiai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma	Pszichiátriai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma	Együtt	Aránya százezer lakosra	A pszichiátriai gondozókban alkoholos pszichózis miatt nyilvántartott betegek		
					férfi	nő	együtt
2005	30 989	1 899	32 888	326,4	223	78	301
2006	27 112	1 910	29 022	288,3	176	65	241
2007	24 347	1 693	26 040	259,2	159	56	215
2008	18 364	1 788	20 152	200,9	123	42	165
2009	11 897	3 174	15 071	150,5	269	94	363

Forrás: KSH, ESE 2009

152.számú ábra

13.23. A nyilvántartott alkoholisták száma és aránya korcsoport és nem szerint			
Korcsoport (év)	Férfi	Nő	Együtt
Száma			
–19	63	17	80
20–34	1208	389	1 597
35–54	4 955	1 675	6 630

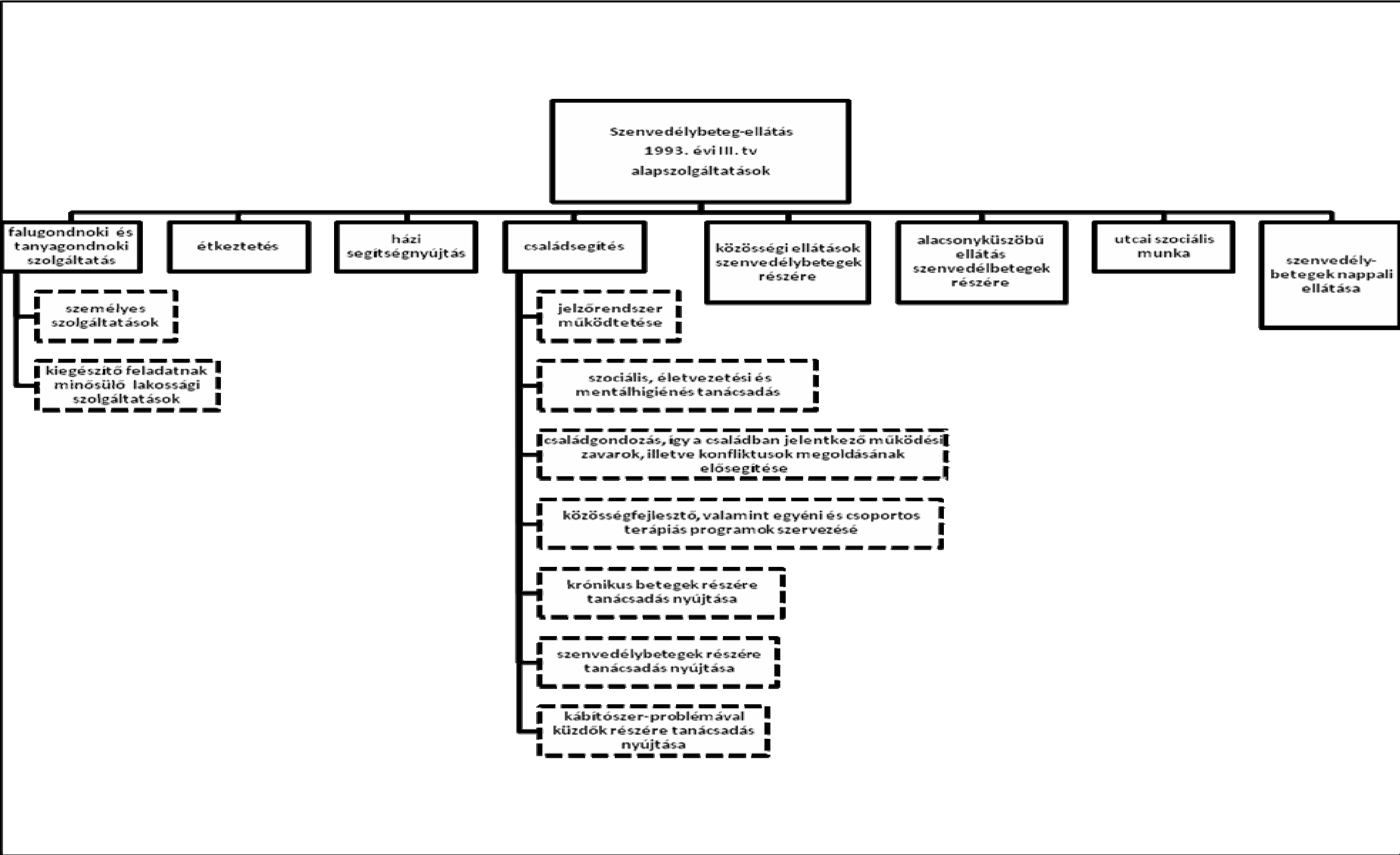
55–64	1 991	762	2 753
65–	614	223	837
Együtt	8 831	3 066	11 897
Százezer azonos korú lakosra jutó gondozott alkoholista beteg			
–19	5,9	1,7	3,8
20–34	107,5	36,1	72,5
35–54	365,4	120,8	241,8
55–64	330,6	105,2	207,5
65–	100,9	21,1	50,3
Együtt	185,6	58,3	118,8

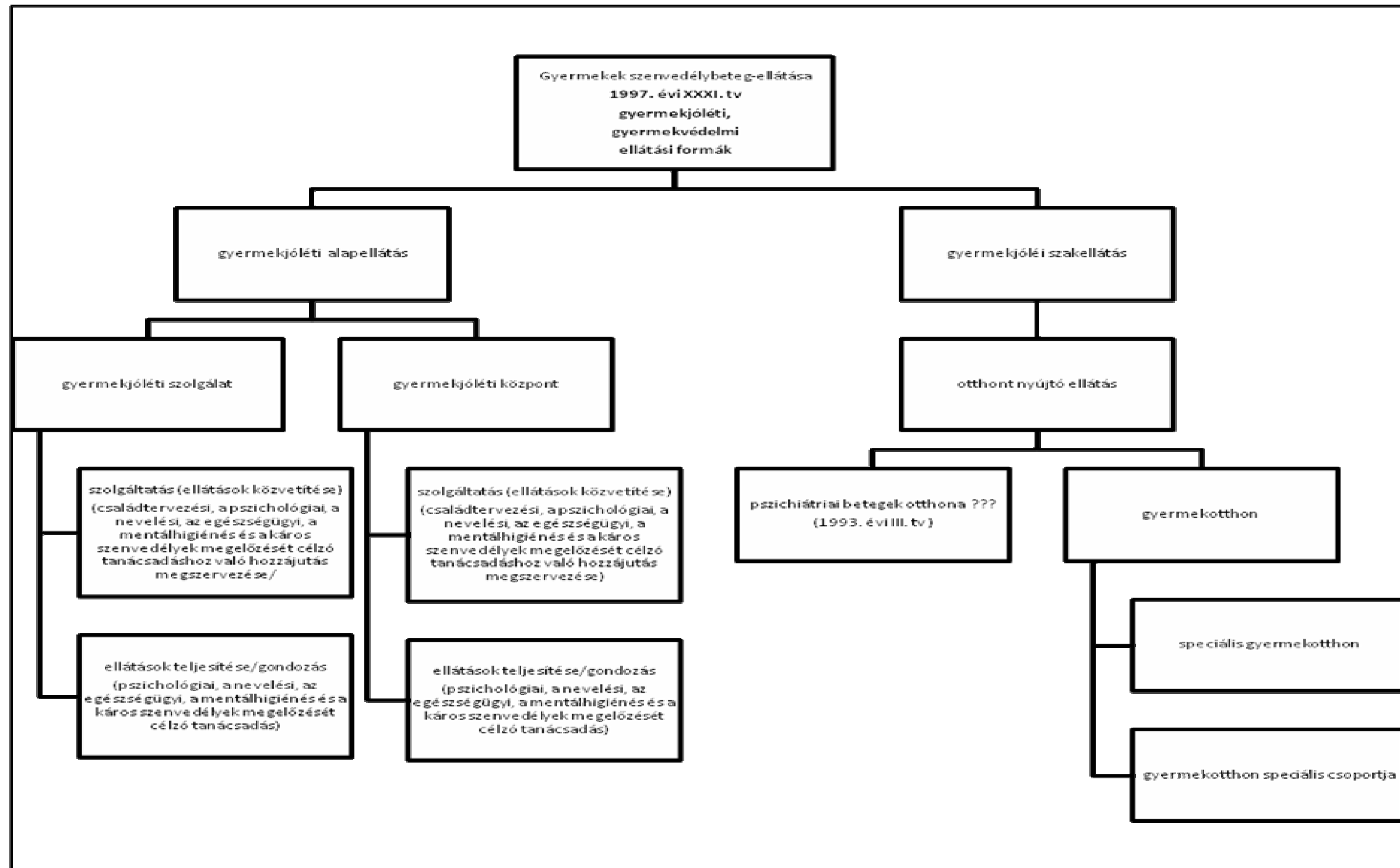
Forrás: KSH, ESÉ 2009

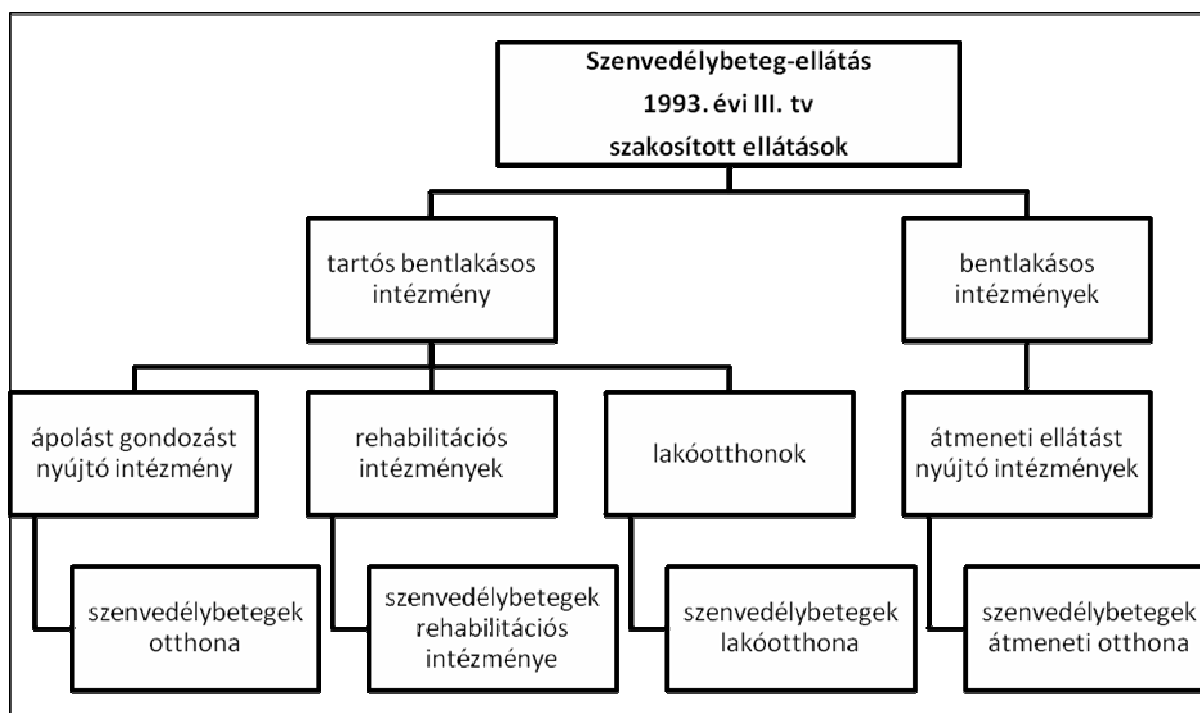
153.számú ábra

Az egyes szolgáltatások száma																								
Forrás: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (2011.01.31.)		Nappali ellátás Szenvedélybetegek részére			Szenvedélybetegek átmeneti otthona			Szenvedélybetegek lakóotthona			Szenvedélybetegek otthona			Szenvedélybetegek Rehabilitációs intézménye			Szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás			Szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás			Ös sz es ell át ás m eg yé nk én t	Össz es ellát ás régi ónké nt
https://regiszter.afsz.hu/RAzEgyesSzolgaltatasokSzama.aspx		Állami	Egyhá zi	Nem állami	Állam i	Egyhá zi	Nem állami	Állam i	Egyh ázi	Nem állami	Álla mi	Egyh ázi	Nem állam i	Állami	Egyház i	Nem állami	Állami	Egyházi	Nem állami	Állami	Egyházi	Nem állami		
Dél-Alföld	Bács-Kiskun megye	1		1	1			1			2								1	1	1	1	10	37
	Békés megye	1		4						1	2			1					4	2	1	6	22	
	Csongrád megye	2												1			1		1				5	
Dél-Dunántúl	Baranya megye			1						1	1					4			2			2	11	31
	Somogy megye			2				1			3			1	1	1				1			10	
	Tolna megye			1							1			1		4			1	1		1	10	
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar megye	1	8	4			1		1				1			1		1	3	6	2	6	35	61
	Jász-Nagykun-Szolnok megye	1	1					1			1						1				1		6	
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	1	3	2			1				2								2	4	2	3	20	
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	2		1					1		2			1				1	2	3		3	16	28
	Heves megye	1	1				1				1							1		1	1		7	
	Nógrád megye						1				1						1			2			5	
Közép-Dunántúl	Fejér megye			2											1				3			2	8	26
	Komárom-Esztergom megye	1				1													1			1	4	
	Veszprém megye			1							2					1			3	1		6	14	
Közép-Magyarország	Főváros	2	1	4			3			1						3		3	17		4	9	47	64
	Pest megye	2									2	1		1		1			2	5		3	17	
Nyugat-Dunántúl	Győr-Moson-Sopron megye																		1				1	19
	Vas megye	1	2			1					1							1		1	1	1	9	
	Zala megye	1						1			1			1				1	1			3	9	
Ellátási típusonként országosan összesen		17	16	23	1	2	7	4	2	3	22	1	1	7	2	15	3	8	44	28	13	47		266
Országosan összesen		56			10			9			24			24			55			88				

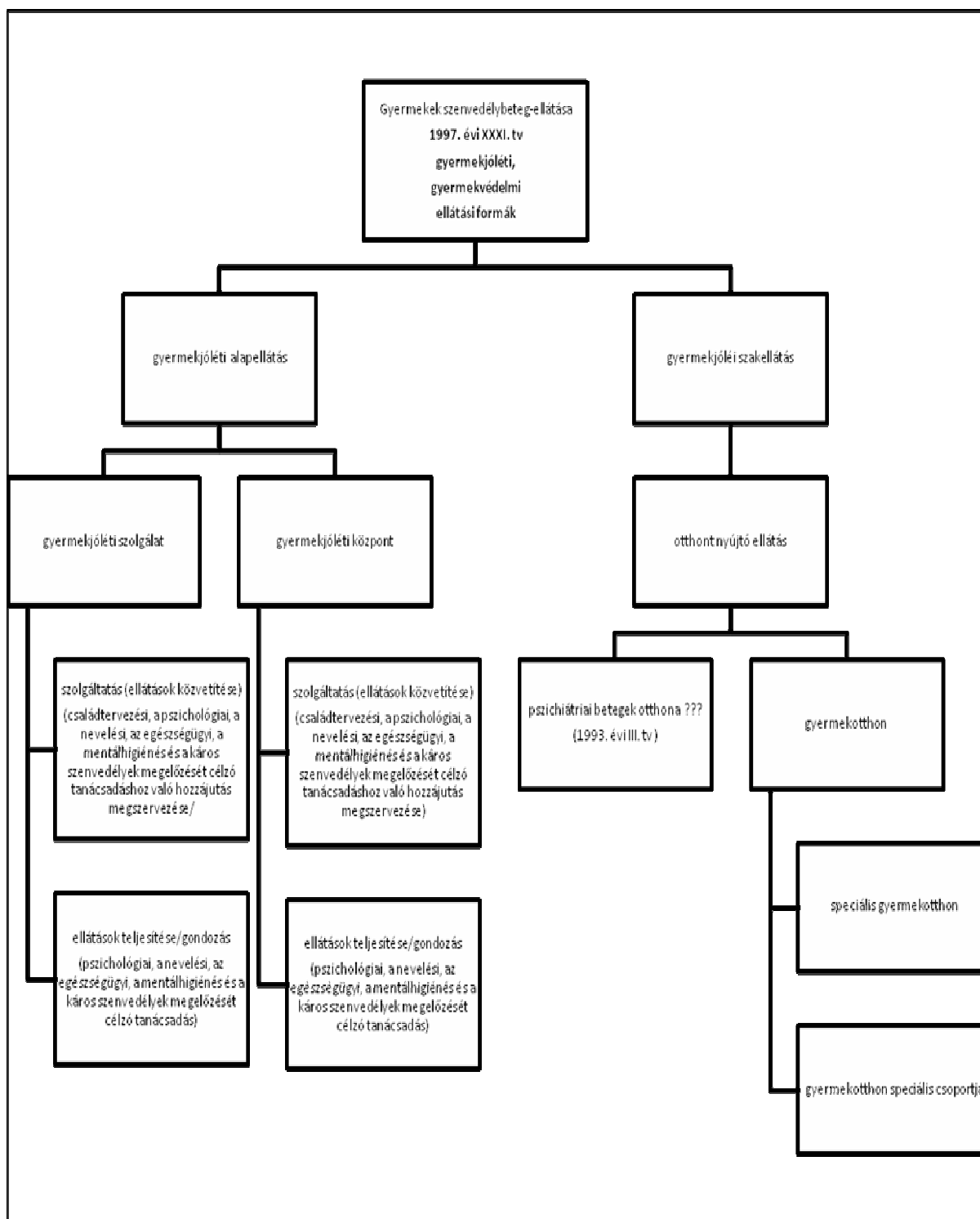
154.számú ábra







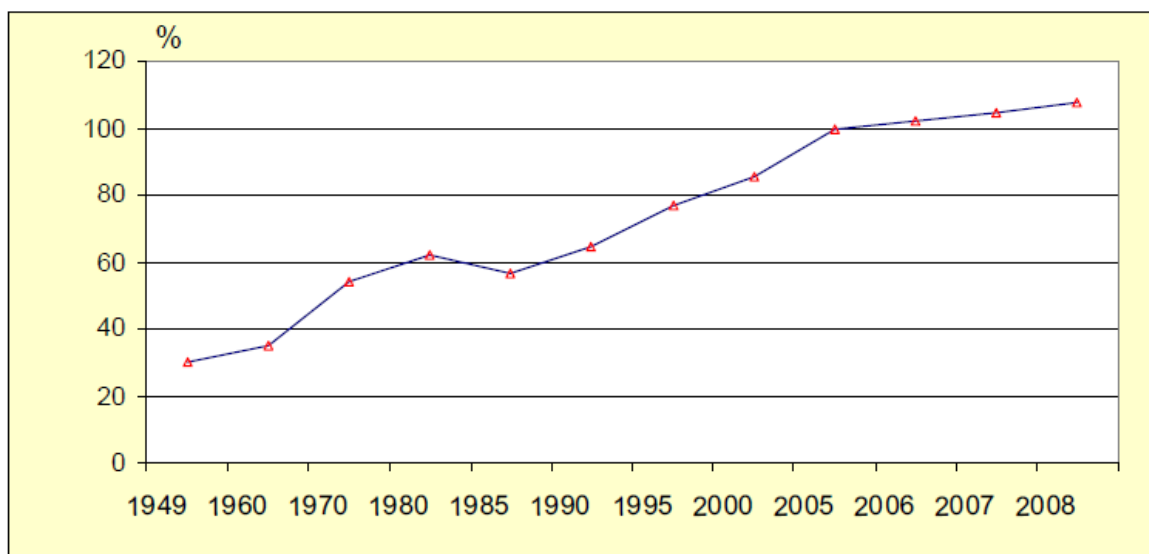
157.számú ábra



Bentlakásos idős ellátás

158.számú ábra

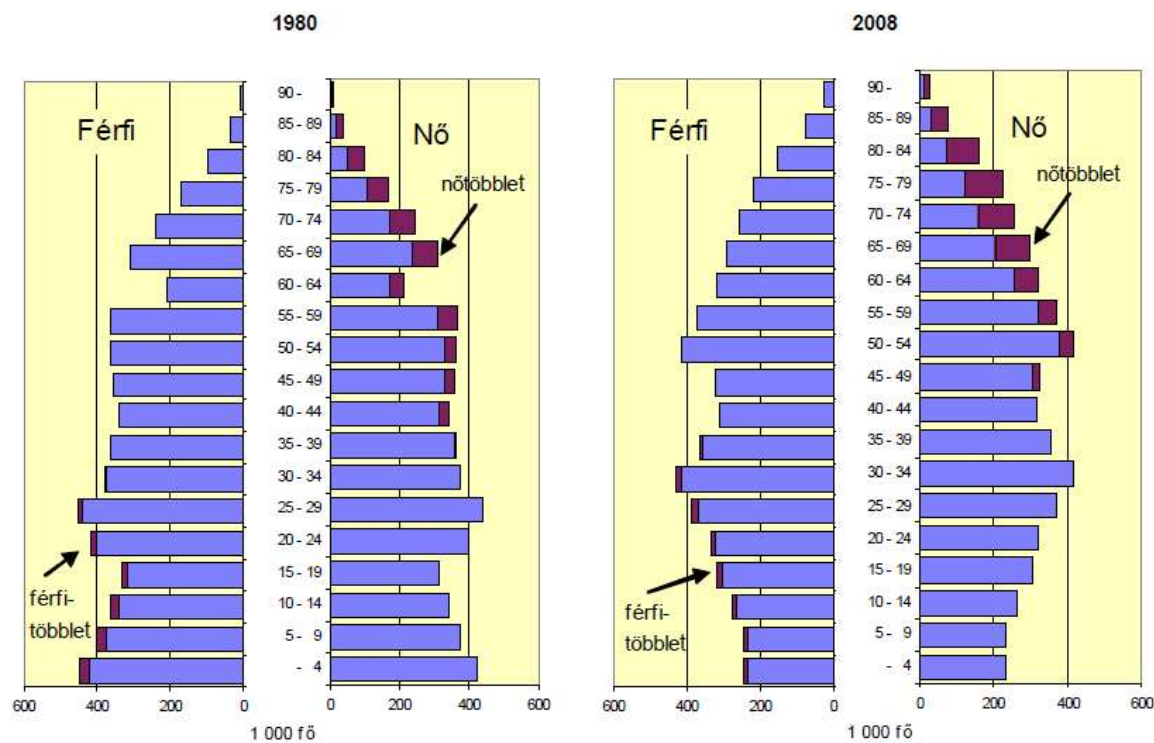
Öregedési index⁹⁷



Forrás: KSH, NYUGDÍJASOK, NYUGDÍJAK, 2008. Veszprém, 2008. július 15.

159.számú ábra

A népesség száma nem és életkor szerint, év elején



Forrás: KSH, NYUGDÍJASOK, NYUGDÍJAK, 2008. Veszprém, 2008. július 15.

⁹⁷

Száz 0-14 évesre jutó 65 éves és idősebb.

160.számú ábra



Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyv

161.számú ábra

Szociális szolgáltatások			A szolgáltatást biztosítani köteles		
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról			települési önkormányzat	fővárosi kerületi önkormányzat	megyei és a fővárosi önkormányzat
Szakosított ellátások					
tartós bentlakásos intézmények	ápolást gondozást nyújtó intézmények	idősek otthona	-	köteles megszervezni	köteles megszervezni
bentlakásos intézmények	átmeneti ellátást nyújtó intézmények	időskorúak gondozóháza	30 000 fő felett	30 000 fő felett	-

Forrás: 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szt.)

162.számú ábra

Bentlakásos intézményekben ellátottak száma típus és fenntartó szerint			
Fenntartó	Időskorúak otthona		
	2007	2008	2009
Települési önkormányzat	16 526	11 851	10 884
Megyei, fővárosi önkormányzat	13 322	13 044	12 866
Önkormányzati intézményfenntartó társulás	(nem értelmezhető)	1 744	1 860
Többcélú kistérségi társulás	2 502	4 753	5 799
Egyház	7 384	9 194	9 704
Közhasznú társaság	6 628	5 211	5 681
Egyesület	873	545	494
Alapítvány	3 562	3 364	3 727
Közalapítvány		98	99
Vállalkozás	106	90	239
Központi költségvetési intézmény	(nem értelmezhető)	–	–
Összesen	50 903	49 894	51 353

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyv

163.számú ábra

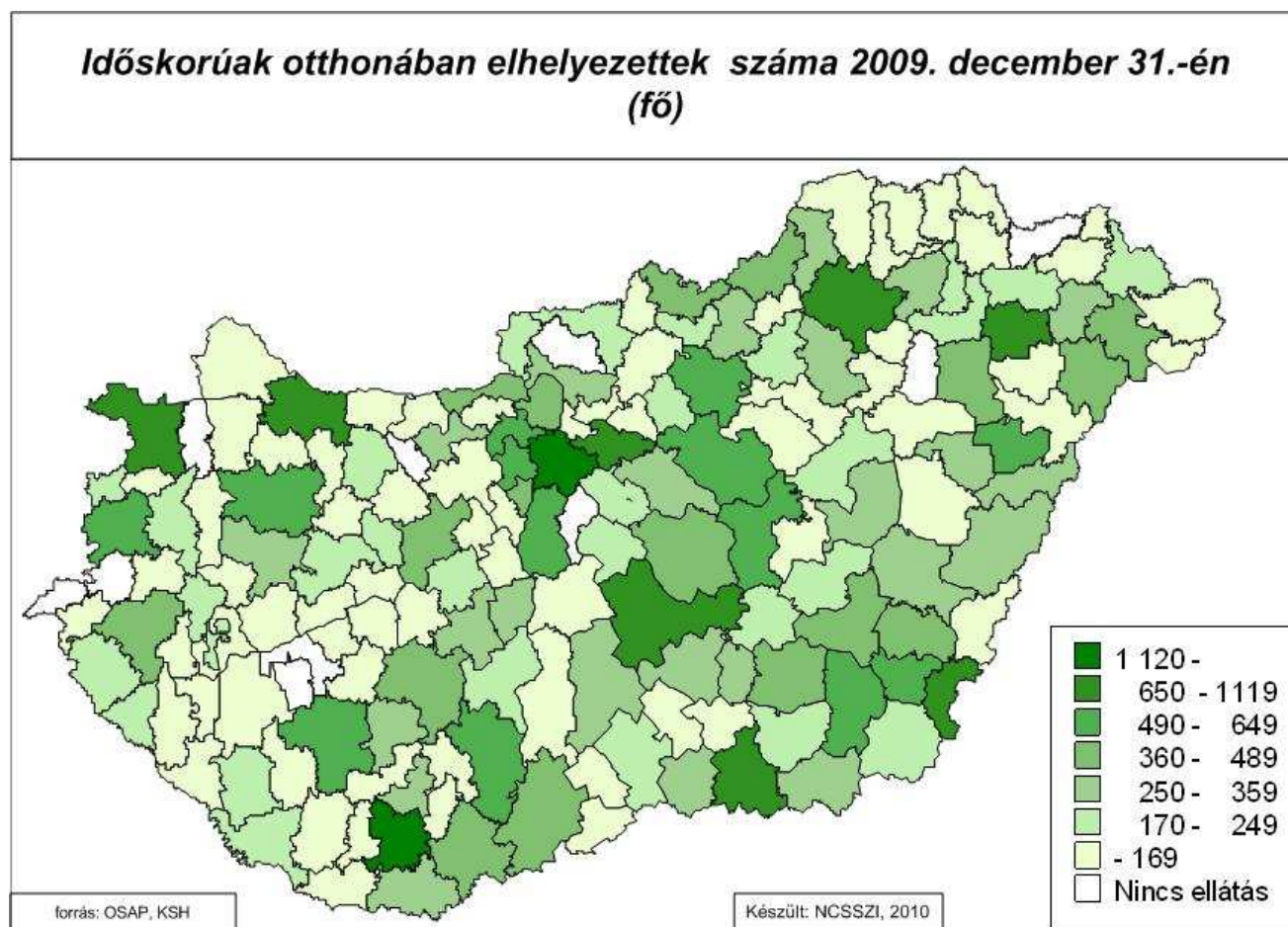
Ellátotti férőhelyek száma (db)							
Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (2011.02.057)		Idősek otthona			Időskorúak gondozóháza		
https://regiszter.afsz.hu/REllatottiFerohelyekSzama.aspx		Állami	Egyházi	Nem állami	Állami	Egyházi	Nem állami
Dél-Alföld	Bács-Kiskun megye	520	445	965	50		16
	Békés megye	3251	780	458	204	15	
	Csongrád megye	5427	990	521	328	19	28
Dél-Dunántúl	Baranya megye	1806	358	651	27		10
	Somogy megye	1190	390	697	6		
	Tolna megye	1080	202	406	49		
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar megye	978	828	783	101	19	21
	Jász-Nagykun-Szolnok megye	217	359	236	34	4	4
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	2330	1100	266	225		14
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	2370	312	383	186		23
	Heves megye	1349	100	404		10	26
	Nógrád megye	821	29	58	69		53
Közép-Dunántúl	Fejér megye	1065	460	620	71	7	44
	Komárom-Esztergom megye	1202	142	289	89	23	87
	Veszprém megye	1392	131	539	61	22	61
Közép-Magyarország	Főváros	3115	2777	1541	460	181	548
	Pest megye	1953	1805	2593	280	106	320

Nyugat-Dunántúl	Győr-Moson-Sopron megye	1029	397	1251	119	104	76
	Vas megye	1216	135	52	43		10
	Zala megye	923	699		88	14	
Összes férőhely fenntartónként		33234	12439	12713	2490	524	1341
Összes férőhely országosan		58386			4355		

Forrás: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, Szociális Regiszter

Az egyes szolgáltatások száma (db)							
Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (2011.02.057)		Idősek otthona			Időskorúak gondozóháza		
		Állami	Egyházi	Nem állami	Állami	Egyházi	Nem állami
Dél-Alföld	Bács-Kiskun megye	35	7	6	4		1
	Békés megye	42	17	13	15	1	
	Csongrád megye	21	4	1	7	1	1
Dél-Dunántúl	Baranya megye	20	6	11	2		1
	Somogy megye	16	7	11	2		
	Tolna megye	20	3	5	5		
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar megye	18	17	9	5	2	2
	Jász-Nagykun-Szolnok megye	36	4	4	4	1	1
	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	55	25	6	15		1
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	28	7	14	11		2
	Heves megye	21	1	8		1	2
	Nógrád megye	8	2	3	4		1
Közép-Dunántúl	Fejér megye	13	11	8	5	2	4
	Komárom-Esztergom megye	13	4	6	5	1	4
	Veszprém megye	16	3	11	3	1	4
Közép-Magyarország	Főváros	25	32	16	20	11	12
	Pest megye	30	25	36	15	11	20
Nyugat-Dunántúl	Győr-Moson-Sopron megye	15	9	11	6	2	2
	Vas megye	15	4	1	3		1
	Zala megye	17	12		5	1	
Összes férőhely fenntartónként		464	200	180	136	35	59
Összes férőhely országosan		844			230		

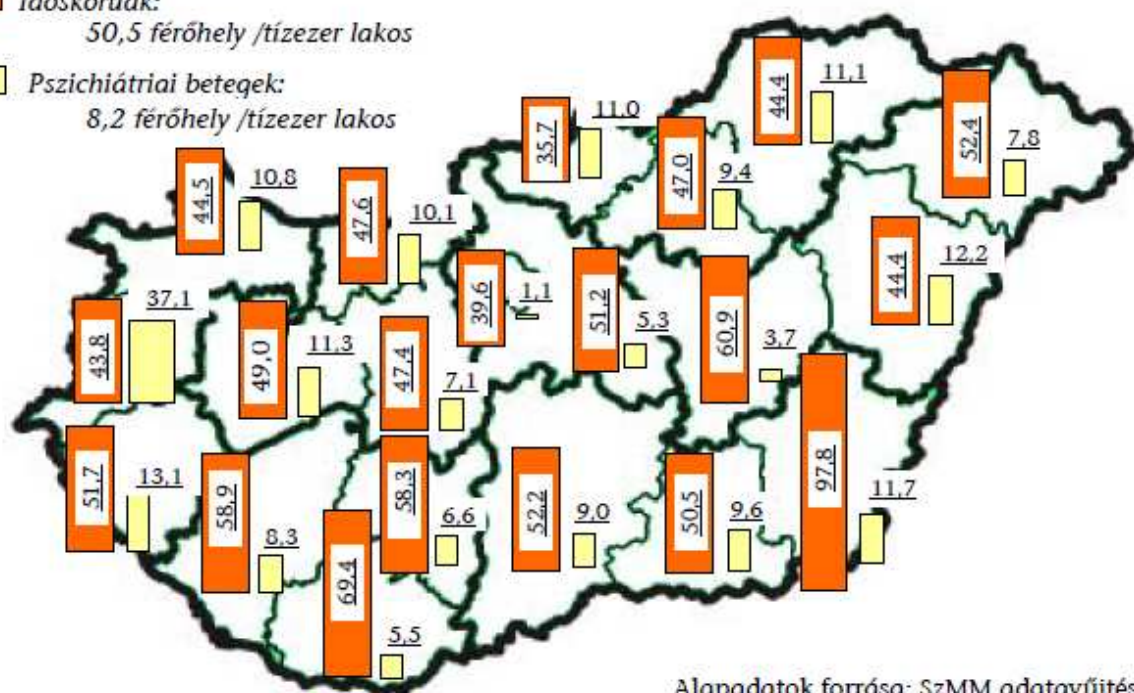
Forrás: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, Szociális Regiszter



Az időskorúak és a pszichiátriai betegek ellátását biztosító szociális férőhelyekkel való ellátottság alakulása megyénként a 2007. év végére vonatkozó felmérés alapján

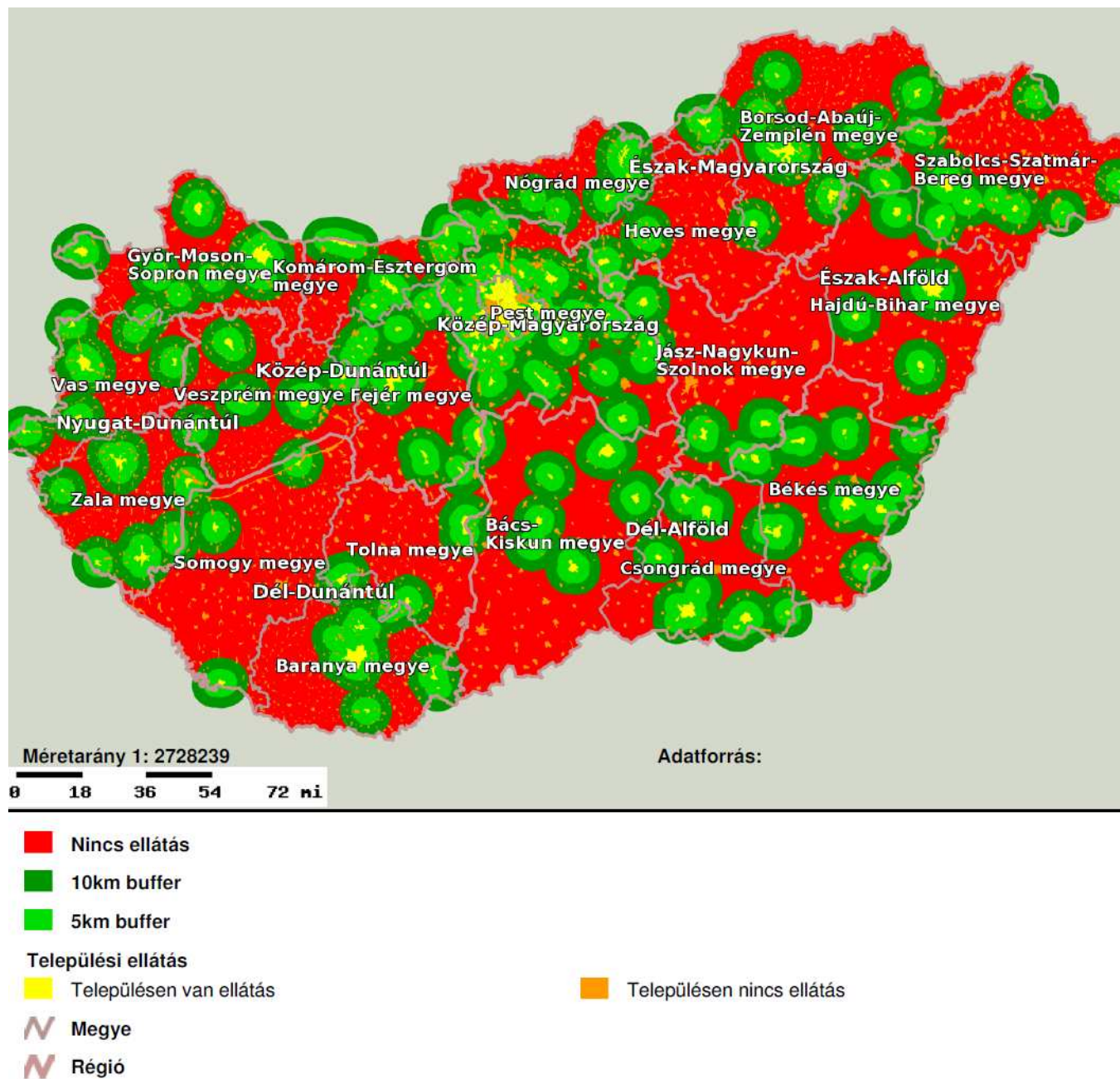
Országos átlag:

- Időskorúak:**
50,5 férőhely /tízezer lakos
- Pszichiátriai betegek:**
8,2 férőhely /tízezer lakos



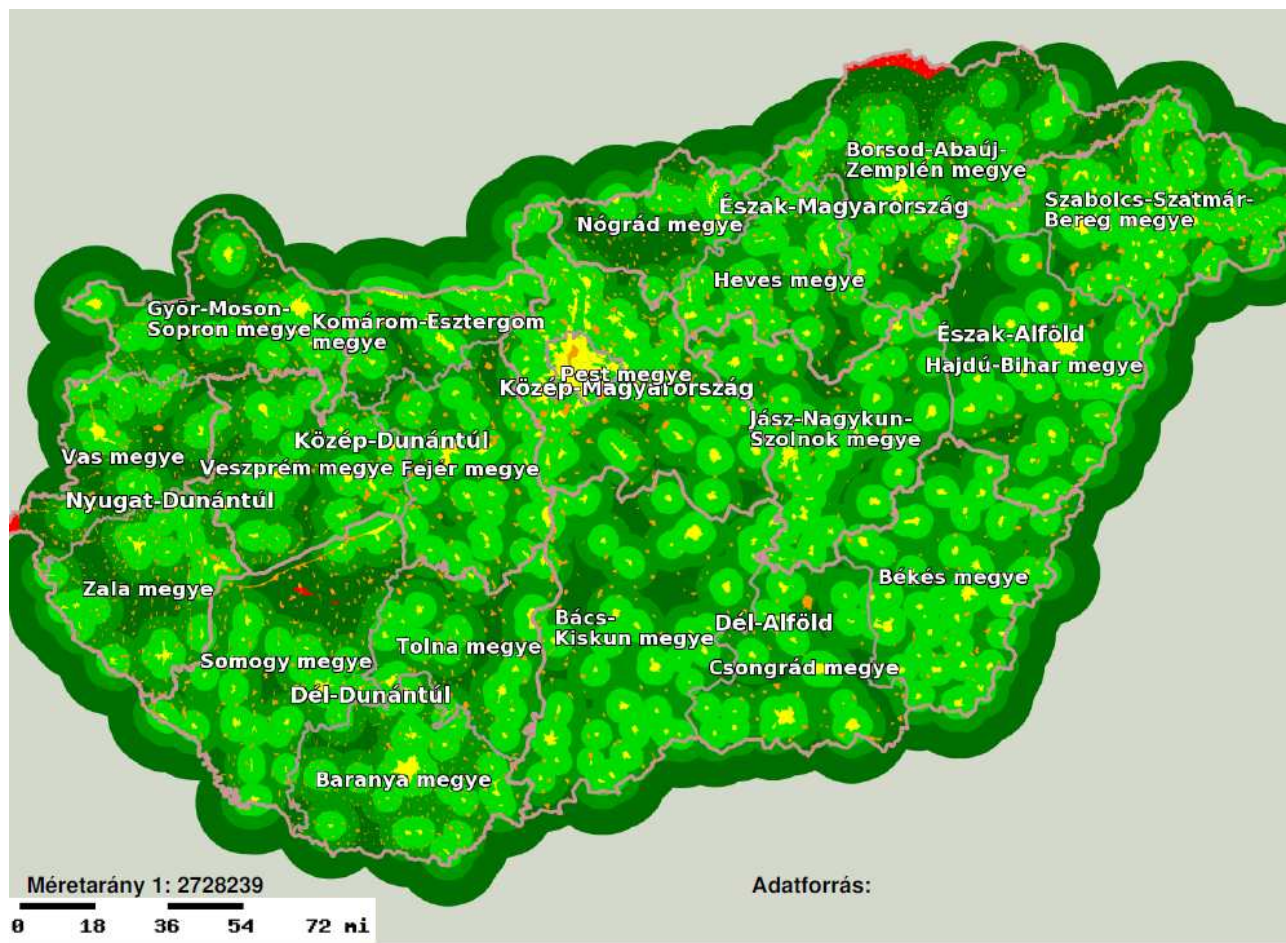
Alapadatok forrása: SzMM adatgyűjtés
számvevőszéki adatfeldolgozással

Időskorúak gondozóháza (2008)



Forrás: VÁTI, TEIR

Időskorúak otthona (2008)



■ Nincs ellátás

■ 20km buffer

■ 10km buffer

■ 5km buffer

Települési ellátás

■ Településen van ellátás

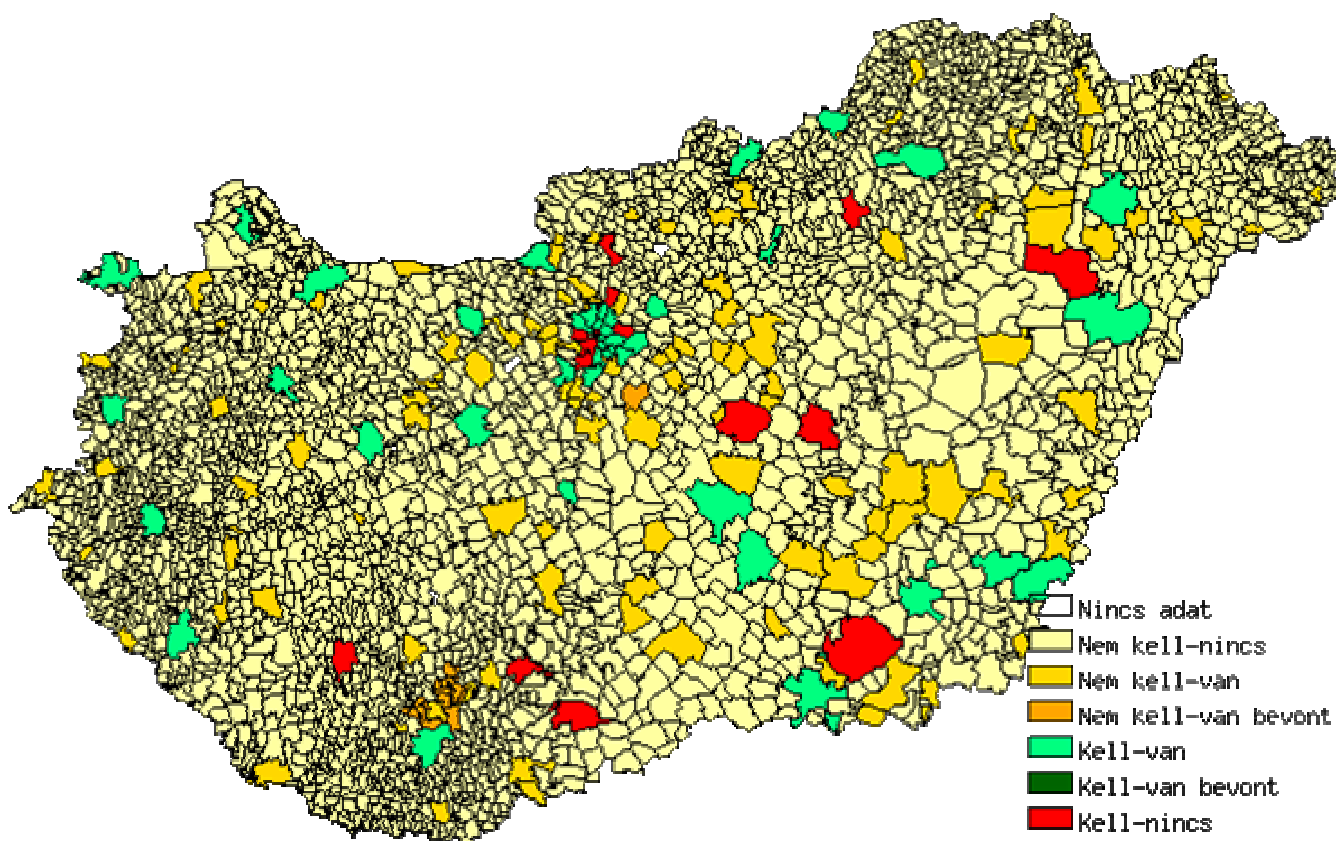
■ Településen nincs ellátás

■ Megye

■ Régió

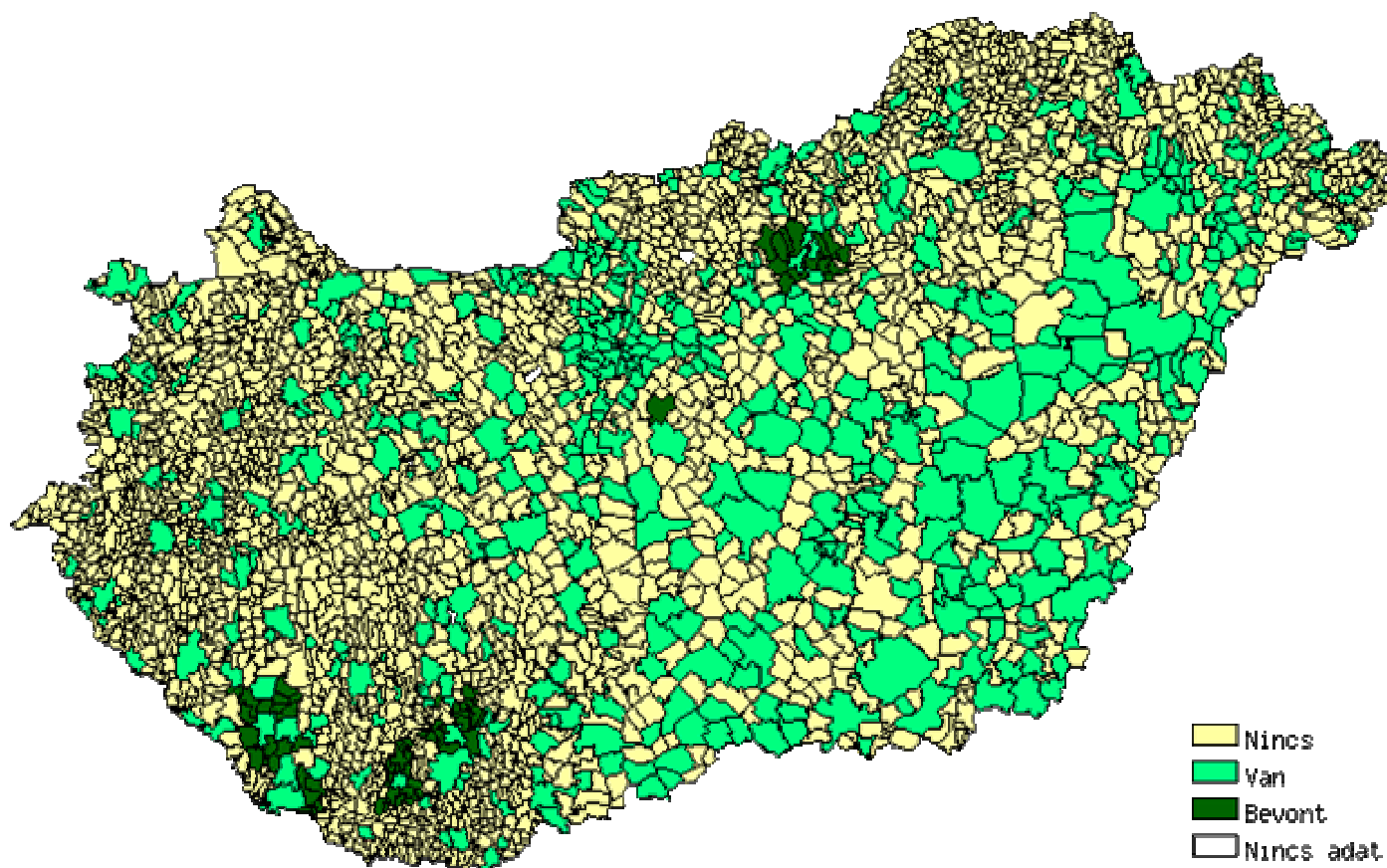
Forrás: VÁTI, TEIR

IDŐSKORÚAK GONDOZÓHÁZA (2008)



Forrás: VÁTI Szociális Ágazati Információs Rendszer - Szolgáltatási kötelezettség szerinti kartogram

IDŐSKORÚAK OTTHONA (2008)
(Szolgáltatási kötelezettség: megyei kötelezettség)



Forrás: VÁTI Szociális Ágazati Információs Rendszer - Szolgáltatási kötelezettség szerinti kartogram

IDŐSKORÚAK GONDOZÓHÁZA - Szolgáltatási kötelezettség (2008)
Települések ahol a szolgáltatási kötelezettség fennáll és nincs szolgáltatás

Megye	Kell-nincs	Kell-van	Kötelezett településszáma	%
Budapest	5	15	20	75
Baranya	0	1	1	100
Bács-Kiskun	1	2	3	67
Békés	0	3	3	100
Borsod-Abaúj-Zemplén	0	2	2	100
Csongrád	1	1	2	50
Fejér	0	2	2	100
Győr-Moson-Sopron	0	3	3	100
Hajdú-Bihar	1	1	2	50
Heves	1	1	2	50
Komárom-Esztergom	0	2	2	100
Nógrád	0	1	1	100
Cegléd	3	3	6	50
Somogy	1	0	1	0
Szabolcs-Szatmár-Bereg	0	1	1	100
Jász-Nagykun-Szolnok	1	0	1	0
Tolna	1	0	1	0
Vas	0	1	1	100
Veszprém	0	2	2	100
Zala	0	2	2	100

Forrás: VÁTI, Szociális Ágazati Információs Rendszer

172.számú ábra

A szociális szolgáltatások mutatószámai és normatív állami hozzájárulása a 2007. évben

SZOLGÁLTATÁS NEVE	Normatíva összege a 2007. évi költségvetési törvény szerint	Mutatószám				
Alapszolgáltatások		Önkormányzati	Egyházi	Egyéb nem állami összesen	Nem állami összesen	Összesen
Alapszolgáltatások összesen						
Családsegítés		10 178 405			0	10 178 405
Gyermekjóléti központ	2 340 000 Ft/központ	41		0	0	41
Szociális étkeztetés	81 200 Ft/fő	83 903	1 787	4 959	6 746	90 649
Házi segítségnyújtás	111 500 Ft/fő	29 233	200	2 750	2 950	32 183
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 100 %-os	40 000 Ft/fő	9 951	116	21 720	21 836	31 787
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás 50 %-os	20 000 Ft/fő	2 348		6 420	6 420	8 768
Falugondnoki vagy tanyagondnoki szolgáltatás	2 237 300 Ft/szolgálat	11 096	3	11	14	11 110
Támogató szolgálat 100 %-os	8 000 000 Ft/szolgálat	1 663	30	320	350	2 013
Támogató szolgálat 50 %-os	4 000 000 Ft/szolgálat	161		1	1	162
Közösségi ellátások 100 %-os	6 000 000 Ft/szolgálat	1 109	16	139	155	1 264
Közösségi ellátások 50 %-os	3 000 000 Ft/szolgálat	173		4	4	177
Utcai szociális munka 100 %-os	5 000 000 Ft/szolgálat	227	5	60	65	292
Utcai szociális munka 50 %-os	2 500 000 Ft/szolgálat					
Időskorúak nappali intézményi ellátása	150 000 Ft/fő	32 607	1 887	1 810	3 697	36 304
Pszich. és szenv.betegek, hajléktalanok nappali int. ellátása	220 000 Ft/fő	3 130	905	4 606	5 511	8 641
Fogyatékos személyek nappali intézményi ellátása	465 100 Ft/fő	1 991	152	1 520	1 672	3 663
Szakellátások (szociális és gyermekvédelmi) összesen		74 238	9 827	17 038	26 865	101 103
Fokozott ápolást, gondozást igénylő ellátás		31 856	2 139	4 253	6 392	38 248
a Gyermekvédelmi különleges ellátás	950 000 Ft/fő	5 584				
b Gyermekvédelmi speciális ellátás	950 000 Ft/fő	398	246	229	475	6 457
c Fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek bentlakásos intézményi ellátása 100 %-os	800 000 Ft/fő	21 657	1 191	2 400	3 591	25 248
d Fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek bentlakásos intézményi ellátása 50 %-os	400 000 Ft/fő	24			0	24
e Demens betegek bentlakásos intézményi ellátása 100 %-os	800 000 Ft/fő	3 903	670	1 607	2 277	6 180
f Demens betegek bentlakásos intézményi ellátása 50 %-os	400 000 Ft/fő	290	32	17	49	339
Átlagos gondozást, ápolást igénylő ellátás		39 409	6 736	9 658	16 394	55 803
a Otthont nyújtó gyermekvédelmi szakellátás	820 000 Ft/fő	9 783	292	542	834	10 617
b Utógondozó gyermekvédelmi szakellátás	680 000 Ft/fő	3 895	80	162	242	4 137
c Átlagos szintű áp.-t, gond.-t nyújtó ellátás bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben	700 000 Ft/fő	25 331	6 303	8 709	15 012	40 343
d Családok átmeneti otthonaiban elhelyezett szülők	700 000 Ft/fő	400	61	245	306	706
Emelt színvonalú bentlakásos ellátás 100 %-os	560 000 Ft/fő	2 925	952	3 116	4 068	6 993
Emelt színvonalú bentlakásos ellátás 50 %-os	280 000 Ft/fő	48		11	11	59
Hajléktalan átmeneti	525 000 Ft/fő	3 654	357	3 343	3 700	7 354
Bölcsődei ellátás	547 000 Ft/fő	19 325	33	553	586	19 911
Családi napközi ellátás	250 000 Ft/fő	220		363	363	583
Ingyenes intézményi étkeztetés	50 000 Ft/fő	2 636		44	44	2 680
M I N D Ö S S Z E S E N						

Megjegyzés:

Az önkormányzati adatok a MÁK által feldolgozott 2007. évi önkormányzati beszámolóik összesített adatait tartalmazzák.

Forrás: Állami Számvevőszék: Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra, gondozásra fordított pénzeszközei felhasználásának ellenőrzéséről (0820).
2008. július. 11. számú számú ábra.

Normatív állami hozzájárulás				
Önkormányzati	Egyházi	Egyéb nem állami összesen (egyházi nélkül)	Nem állami és egyházi összesen	Összesen
71 523 420 962 Ft	1 092 601 500 Ft	7 432 878 100 Ft	8 525 479 600 Ft	80 048 900 562 Ft
7 322 864 962 Ft				7 322 864 962 Ft
96 408 000 Ft	0 Ft	0 Ft	0 Ft	96 408 000 Ft
6 812 923 600 Ft	145 104 400 Ft	402 670 800 Ft	547 775 200 Ft	7 360 698 800 Ft
3 259 479 500 Ft	22 300 000 Ft	306 625 000 Ft	328 925 000 Ft	3 588 404 500 Ft
398 040 000 Ft	4 640 000 Ft	868 800 000 Ft	873 440 000 Ft	1 271 480 000 Ft
46 960 000 Ft	0 Ft	128 400 000 Ft	128 400 000 Ft	175 360 000 Ft
24 825 080 800 Ft	6 711 900 Ft	24 610 300 Ft	31 322 200 Ft	24 856 403 000 Ft
13 304 000 000 Ft	240 000 000 Ft	2 560 000 000 Ft	2 800 000 000 Ft	16 104 000 000 Ft
644 000 000 Ft	0 Ft	4 000 000 Ft	4 000 000 Ft	648 000 000 Ft
6 654 000 000 Ft	96 000 000 Ft	834 000 000 Ft	930 000 000 Ft	7 584 000 000 Ft
519 000 000 Ft	0 Ft	12 000 000 Ft	12 000 000 Ft	531 000 000 Ft
1 135 000 000 Ft	25 000 000 Ft	300 000 000 Ft	325 000 000 Ft	1 460 000 000 Ft
4 891 050 000 Ft	283 050 000 Ft	271 500 000 Ft	554 550 000 Ft	5 445 600 000 Ft
688 600 000 Ft	199 100 000 Ft	1 013 320 000 Ft	1 212 420 000 Ft	1 901 020 000 Ft
926 014 100 Ft	70 695 200 Ft	706 952 000 Ft	777 647 200 Ft	1 703 661 300 Ft
58 508 650 000 Ft	7 204 485 000 Ft	13 755 465 000 Ft	20 959 950 000 Ft	79 468 600 000 Ft
26 256 500 000	1 735 300 000	3 429 950 000	5 165 250 000	31 421 750 000
5 304 800 000 Ft				
378 100 000 Ft	233 700 000 Ft	217 550 000 Ft	451 250 000 Ft	6 134 150 000 Ft
17 325 600 000 Ft	952 800 000 Ft	1 920 000 000 Ft	2 872 800 000 Ft	20 198 400 000 Ft
9 600 000 Ft	0 Ft	0 Ft	0 Ft	9 600 000 Ft
3 122 400 000 Ft	536 000 000 Ft	1 285 600 000 Ft	1 821 600 000 Ft	4 944 000 000 Ft
116 000 000 Ft	12 800 000 Ft	6 800 000 Ft	19 600 000 Ft	135 600 000 Ft
28 682 360 000 Ft	4 748 640 000 Ft	6 822 400 000 Ft	11 571 040 000 Ft	40 253 400 000 Ft
8 022 060 000 Ft	239 440 000 Ft	444 440 000 Ft	683 880 000 Ft	8 705 940 000 Ft
2 648 600 000 Ft	54 400 000 Ft	110 160 000 Ft	164 560 000 Ft	2 813 160 000 Ft
17 731 700 000 Ft	4 412 100 000 Ft	6 096 300 000 Ft	10 508 400 000 Ft	28 240 100 000 Ft
280 000 000 Ft	42 700 000 Ft	171 500 000 Ft	214 200 000 Ft	494 200 000 Ft
1 638 000 000 Ft	533 120 000 Ft	1 744 960 000 Ft	2 278 080 000 Ft	3 916 080 000 Ft
13 440 000 Ft	0 Ft	3 080 000 Ft	3 080 000 Ft	16 520 000 Ft
1 918 350 000 Ft	187 425 000 Ft	1 755 075 000 Ft	1 942 500 000 Ft	3 860 850 000 Ft
10 570 775 000 Ft	18 051 000 Ft	302 491 000 Ft	320 542 000 Ft	10 891 317 000 Ft
55 000 000 Ft	0 Ft	90 750 000 Ft	90 750 000 Ft	145 750 000 Ft
131 800 000 Ft	0 Ft	2 200 000 Ft	2 200 000 Ft	134 000 000 Ft
140 789 645 962 Ft	8 315 137 500 Ft	21 583 784 100 Ft	29 898 921 600 Ft	170 688 567 562 Ft
+ egyházi kiegészítő (51,2 %)	4 257 350 400 Ft			
140 789 645 962 Ft	12 572 487 900 Ft	21 583 784 100 Ft	34 156 272 000 Ft	174 945 917 962 Ft

A szolgáltatások igénybevételének legfőbb kiváltó okai:

- egyedül él az idős, nincs, akire támaszkodhatna (fél attól, ha nem tudja, magát ellátni ki ápolja, gondozza, él attól, hogy betörnek hozzá, életére törnek... szinte depressziós a tudattól),
- gyermekei távol élnek (ha az idős szülővel foglalkoznak ápolás-gondozás esetén munkahelyüket is elveszthetik, ezt az áldozatot a szülő nem kívánja),
- gyermekre íratva a kis házat (az idős „szívesség” élvezővé vált), gyermek munkanélküli, szeretné a családi házat elhagyni...,
- gyermek nem tudja a szülő gondozását felvállalni (szakápolás esetén, fokozott ápolást igénylő, demens beteg, pszichiátriai betegséggel küzdő...),
- napi háztartási teendőket sem tudja rendszeresen ellátni (főzés, higiénia-teendők, mosás, takarítás, bevásárlás) a házi segítségnyújtás 1-2 órában nem tudja biztosítani az igényét, több órát nem tud megfizetni,
- szeretne az előtt intézményi elhelyezésbe részesülni, amíg az új intézményi körülményekkel, azok szabályaival meg tud barátkozni (egyedül élt, többen élnek együtt ez egy kihívás),
- egészségi állapot romlásából eredő problémák (mentális, fizikális),
- társas kapcsolatok megváltozása (elhalálozás),
- lakás, lakhatási probléma (lakásfenntartás, energia árak),
- az egészségügyi ellátás korlátai (kórházi ápolási napok),
- demencia kórkép,
- alapellátás hiányossága,
- időskor,
- elsősorban a fizikális és mentális állapot hanyatlása miatt a család nem tudja felvállalni a biztonságos ellátást: egy családtagnak otthon kellene maradni az idős emberrel, így munkalehetőségtől esne el, melyet nem engedhetnek meg maguknak,
- lelakott, felújításra szoruló házakban élnek, berendezés is „szegényes”idősek gondozását-ápolását biztonságban megoldani nem tudják, mindennapi megélhetés tartalék jövedelem többnyire nincs máról hónapra élnek a családok.

