

DEBRECENI EGYETEM
Agrár- és Gazdálkodástudományok Centruma
Mezőgazdaság-, Élelmiszertudományi és Környezetgazdálkodási Kar

**KERPELY KÁLMÁN NÖVÉNYTERMESZTÉSI, KERTÉSZETI ÉS
REGIONÁLIS TUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA**

Doktori iskola vezető:

Prof. dr. Nagy János
az MTA doktora

Témavezető:

Prof. dr. Baranyi Béla
az MTA doktora
tanszékvezető egyetemi tanár

**A SZAKOSÍTOTT SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER
PARADIGMAVÁLTÁSA HAJDÚ-BIHAR MEGYÉBEN**

Készítette:
Verdó György
doktorjelölt

Debrecen
2013

A SZAKOSÍTOTT SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER PARADIGMAVÁLTÁSA HAJDÚ-BIHAR MEGYÉBEN

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében
regionális tudományok tudományágban

Írta: Verdó György okleveles szociálpolitikus

Készült a Debreceni Egyetem **Kerpely Kálmán Doktori Iskola**
Regionális tudományok doktori programja keretében

Készült a Debreceni Egyetem Kerpely Kálmán Doktori Iskolája
Regionális tudományok programja keretében

Témavezető: Dr. Baranyi Béla DSc, egyetemi tanár

A doktori szigorlati bizottság:

	név	tud. fokozat
elnök:	Sinóros-Szabó Botond	DSc
tagok:	Rőfi Mónika	PhD
	Sallai János	PhD

A doktori szigorlat időpontja: 2013. május 16.

Az értekezés bírálói:

név	tud. fokozat	aláírás
.....		
.....		
.....		

A bírálóbizottság:

	név	tud. fokozat	aláírás
elnök:			
tagok:			
			
titkár:			

Az értekezés védésének időpontja: 20

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS.....	5
1.1. A témaválasztás indoklása.....	5
1.2. A kutatás célja	7
1.3. Kutatási hipotézisek.....	9
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	10
2.1. A fenntartható szociális ellátórendszerek a nemzetközi szakirodalomban	10
2.1.1. Szociális gondoskodás az ókortól a középkorig.....	10
2.1.2. A szociálpolitika első marginális szakasza, 1601–1850	11
2.1.3. A szociálpolitika második korrektív szakasza, 1850–1945	12
2.1.4. A szociálpolitika harmadik jóléti állam szakasza, 1945–1980	16
2.1.5. A szociálpolitika negyedik jóléti társadalom szakasza 1980 után.....	19
2.1.6. Az Európai Szociális Modell	23
2.2. A magyarországi szociális ellátó- és intézményrendszer rövid fejlődéstörténete.....	27
2.2.1. A magyar ellátórendszer a szocialista rendszer kialakulásáig	27
2.2.2. Szociális munka az államszocializmus korában	28
2.2.3. Szociális ellátó- és intézményrendszer az 1989/90. évi rendszerváltást követően	29
2.2.3.1. Szociális pénz- és természetbeli ellátások	32
2.2.3.2. Szociális szolgáltatások.....	33
2.2.4. Szociális ellátó- és intézményrendszer 2012. január 1. és 2012. december 31. között.....	35
2.2.4.1. Az intézményfenntartás regionális átszervezésének feltételrendszere ...	36
2.2.4.2. Megyei intézményfenntartó központok feladat- és hatáskörei	38
2.2.4.3. Megyei intézményfenntartó központok létesítése – a Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ	40
2.2.5. Szociális ellátó- és intézményrendszer 2013. január 1. után.....	43
2.3. A szakosított szociális ellátórendszer helyzete, nehézségei és megoldásra váró feladatai a rendszerváltás után	46
2.4. Demográfiai folyamatok főbb tendenciái Magyarországon	53
2.4.1. Demográfia folyamatok területi aspektusai	53
2.4.2. Hajdú-Bihar megyei demográfiai adatok	58
2.4.2.1. A megyei földrajzi elhelyezkedése	58
2.4.2.2. A megye demográfiai mutatói	59
2.4.2.3. Gazdasági aktivitás Hajdú-Bihar megyében	65
3. ANYAG ÉS MÓDSZER.....	67
3.1. A kutatás előzményei	67
3.2. Az empirikus vizsgálatok célcsoportjának kiválasztása	68
3.3. A vizsgálatok és az értékelés során alkalmazott módszerek	68
3.4. A mintaterület társadalmi-gazdasági sajátosságai.....	70
3.4.1. Modell értékű megyei szociális intézményrendszer kistérségi szintű kialakítása	70
3.4.2. A Hajdú-Bihar megyei szociális intézményrendszer bemutatása és jellemzői	72
3.5. Összegzés	82
4. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK	83
4.1. Az intézményfenntartás finanszírozásának kérdései	83
4.1.1. A szociális intézményrendszer fenntartása és a központi költségvetés viszonyrendszere.	85
4.1.2. A jelenlegi szociális intézményrendszer működése a fenntarthatóság és a gazdaságosság szemszögéből.....	87

4.1.2.1. Szükségletfelmérés a Hajdúnánási NKft-nél.....	87
4.1.2.2. Az integrált intézményi működés új kihívásai	91
4.1.2.3. A nonprofit gazdasági társaságok és a költségvetési intézmények összehasonlítása	94
4.1.2.4. Szociális gazdaság kialakítása intézményi keretek között	94
4.2. A közigazgatás átszervezése és a szociális ellátórendszer kapcsolata.....	97
4.2.1. A szociális intézményrendszer átszervezésével együtt járó költséghatékonyabb és fenntarthatóbb szociális ellátások Magyarországon	97
4.2.2. A szociális ellátórendszer átalakítását támogató jogszabályi környezet	101
4.2.2.1. A szociális gazdaságot támogató jogszabályi háttér megteremtése	103
4.2.2.2. A személyi jellegű költségek problematikája	104
4.2.2.3. Kapacitásszabályozás	105
4.3. A Hajdú-Bihar megyei működési modell eredményei	106
4.4. Új nonprofit jellegű működési modell adaptációs célokra történő létrehozása Hajdú-Bihar megyében.....	108
4.5. Szakosított ellátást végző intézmények bemutatása	112
5. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK.....	116
6. ÚJ ÉS ÚJSZERŰ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK.....	121
7. ÖSSZEFOGLALÁS.....	123
8. SUMMARY	127
9. FELHASZNÁLT IRODALOM ÉS FORRÁSOK.....	131
10. AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT SAJÁT TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK	138
Ábrák jegyzéke	140
Táblázatok jegyzéke.....	140
Mellékletek jegyzéke	140
Mellékletek.....	142
Köszönetnyilvánítás	156
Nyilatkozatok	157

1. BEVEZETÉS

1.1. A témaválasztás indoklása

Az általános gazdasági-társadalmi összefüggésekből kiindulva, a több tudományterületet érintő, interdiszciplináris, közelebbről a regionális tudományok témakörébe tartozó kutatási téma megválasztását alapvetően – a konkrét közéleti, szakmai tevékenységgel is szorosan összefüggő személyes motivációkon túl – az indokolta, hogy az 1989–90-ben bekövetkezett politikai rendszerváltozás a végrehajtó hatalom gyakorlását is új alapokra helyezte Magyarországon. A korábbi elméleti kutatások és a hozzá kapcsolódó gyakorlati munkám során egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy a gyökeres politikai gazdasági és társadalmi fordulat eredményeként megindult folyamat elkerülhetetlen velejárója a korábban erőteljesen centralizált államigazgatás helyébe lépő, az európai integrációs folyamatokkal összhangban lévő, korszerű, decentralizált regionális intézményrendszer kiépítése, a középszintű közigazgatási, térségi szerepek újraértelmezése, végső soron a közigazgatási rendszer és a működési területéhez tartozó intézményrendszer regionalizálása.

Az új kihívások a középszintű közigazgatás megszervezéséhez hozzákapcsolható működési terület és az illetékesség meghatározása új megoldásokat követelnek meg a regionális illetékességű államigazgatási szervek szerepkörének, illetve az ezt megalapozó intézményi keretek létrehozásában, a területi feladat- és hatáskör telepítésében, működési feltételek kialakításában és tevékenységük széleskörű reformjában. A magyar köz- és államigazgatás átalakulásának újabb fontos állomását jelenti ma már a megyei és a járási kormányhivatalok létrehozása, a regionális szintű (illetékességű) államigazgatás szervezeti kereteinek új fajta jogállásának, funkcióinak és feladatkörének a biztosítása, ami többek között a választott kutatási témát, a szakosított *szociális ellátás területén zajló* gyökeres átalakulást, valóságos *paradigmaváltást* is mélyen érinti.

Ami közelebbről a kutatás konkrét szakmai tartalmát illeti, a téma fontosságát és időszerűségét indokolja továbbá az is, hogy jelenleg a fejlett országokban – köztük Magyarországon – zajló demográfiai folyamatok és egyéb gazdasági társadalmi változások miatt egyre nagyobb fontossággal bír az időskori ellátás kérése. A korösszetételben jelentkező változások, az egyre magasabb átlagos élettartam, a növekvő életszínvonal és a technológiai fejlődés, valamint az ezeket kísérő igények olyan változásokat indítottak el, amelyek lavinaszerűen a társadalmi, gazdasági struktúrák jelentős átalakulását fogják

magukkal hozni nemcsak Magyarországon, hanem az Európai Unióban is (1. és 2. sz. melléklet). Az Európai Unióban a termékenységi ráta minden országban jóval a természetes reprodukciós ráta alatt marad. A születéskor várható élettartam 1960 óta nyolc évvel meghosszabbodott, az előrejelzések szerint a következő ötven évben további hat évvel nő (Verdó, 2011).

A jelenlegi és a rövidtávú gazdasági helyzetben érvényesülni kell a *fenntartható fejlődés* elvének a *regionális szolgáltatástervezési stratégia* megfogalmazásában és megvalósításában. Ehhez jó alapot nyújtanak a szakosított szociális ellátórendszer átszervezésére irányuló regionális elemzések, amelyek ma már kivételesen fontos szakterületen zajló paradigmaváltás folyamatát vizsgálják. Szakmai körökben ugyanis egyre erőteljesebben fogalmazódik meg az a markáns és meglehetősen egységes álláspont, amely szerint a hatékony szociális ellátás nem kizárólag a korábbi önkormányzati költségvetési intézményrendszer keretein belül valósítható meg, hanem mint azt a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat intézményátszervezési tapasztalatai is bizonyítják, a szervezetileg integrált intézmények lényegesen költséghatékonyabban képesek ellátni feladatait.

A téma időszerűségét támasztják alá az Európai Unió csatlakozással elfogadottá vált alapelvek is. A szociális gondoskodás valamilyen formában az emberiség történelmének mindig kísérő jelensége volt. Más szóval az ember életét befolyásoló társadalmi és gazdasági folyamatok alapvetően arra készítették a mindenkori hatalom képviselőit, hogy a lét- és fajfenntartáson túl valamilyen segítséget nyújtsanak mindazoknak, akik átmenetileg vagy tartósan rászorultak a támogatásra. A szociális gondoskodásban manapság érvényesülő alapelvei (egyenlőség, igazságosság, szolidaritás stb.) évszázadokon keresztül alakultak ki, tartalmukat pedig politikai ideológiák formálták. A modern társadalmakban élő állampolgárok széles köre viszont természetesnek tartja, hogy a szociális gondoskodás rendszere szükség esetén biztonságot nyújt számára.

A XX. században Magyarországon a személyes gondoskodás terén nagy előrelépést jelentett, hogy az Alkotmányban rögzített kötelezettségének eleget téve, az Országgyűlés elfogadta *A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról* szóló 1993. évi III. törvényt (a továbbiakban: Sztv.). Az Sztv. céljaként a szociális biztonság megteremtését és megőrzését határozza meg, amelynek érdekében megfogalmazza az egyes szociális ellátások formáit, szervezetét, a szociális ellátásokra való jogosultság feltételeit, valamint érvényesítésének garanciáit. A szociális gondoskodás Magyarországon a rászorultság elvére épül. Az állam és az önkormányzatok részére azonnali, egyszeri vagy folyamatos

segítségnyújtást, az állampolgárok részéről támogatási igényt, illetve stigmát jelent. A szociális biztonság megteremtése szempontjából azonban nélkülözhetetlen feltétel az egyének, a családok és a helyi közösségek aktivitása. A szociális rászorultság valaminek a hiánya vagy elégtelensége miatt van jelen a társadalomban élő egyén életében. A szociális törvény konkrétan is nevesíti azokat az ellátásokat, amelyeket ma a jogosultak igénybe vehetnek (Sztv., 1993).

A törvény elfogadását a rendszerváltás után végbement gazdasági-társadalmi változások tették szükségessé, hiszen a társadalom széles rétegét érintette a munkanélküliség és az elszegényedés. A népesség előregedési folyamata ráadásul az 1990-es évektől felgyorsult, ez is hozzájárult a társadalomban meglévő egészségügyi és szociális gondok fokozódásához. Manapság a többgenerációs családmódel egyre kevésbé jellemző, különösen súlyos az egyedül élő idősök helyzete, akik fokozott közösségi gondoskodásra szorulnak. Az Sztv. hatálybalépése óta kiépült a szociális szolgáltatások köre, valamint újabb állami, non-profit és egyházi szolgáltatók is színesítik a szolgáltatói palettát. Ám az új kihívásokra adható válaszok különösen indokoltá tesznek egy konkrét térségre irányuló komplex elemzést a szakosított szociális ellátórendszer megújításának folyamatáról, fejlesztésének tartalmáról, és lehetséges irányairól, mindenekelőtt egy új regionális modell megalkotásáról, azaz a szociális intézmények non-profit társaságokká szervezésének tapasztalatairól Hajdú-Bihar megyében.

1.2. A kutatás célja

Magyarországon ma a lakosság szociális biztonságának legfőbb elemeit a foglalkoztatást segítő ellátások, a munkanélküli-ellátások, a társadalombiztosítás, a családtámogatások és a szociális, valamint gyermekvédelmi támogatások és szolgáltatások rendszere alkotja. Kutatásom a szociális szolgáltatások közül a szakosított szociális ellátásokra (idősellátásra) irányul.

A kutatás célterülete Magyarország negyedik legnépesebb megyéje Hajdú-Bihar megye szociális intézményrendszere hatékony működésének bemutatása, illetve az országos szociális ellátórendszerének hatékony átszervezésnek segítése *egy modellértékű megyei példa* felmutatása révén. Az utóbbi törekvést szem előtt tartva, a kutatási program egyik legfontosabb célja az időskorú lakosság részére nyújtott szakosított szociális ellátásban lejátszódó paradigmaváltás komplex elemzése, bemutatva egy, a részben még kísérleti jelleggel Hajdú-Bihar megyében megvalósult olyan új regionális modellt,

amely adaptációs lehetőséget szolgáltat más magyarországi térségek szakellátó intézményei számára is.

A kutatás célja továbbá, hogy az intézményfenntartó önkormányzatok finanszírozási problémáinak alapos feltárása mellett a gyakorlati szakemberek számára is hasznosítható javaslatokat adjon a hosszútávon fenntartható intézményrendszer kialakítására, amely képes az ellátásban részesülő célcsoport szükségleteinek oly módon történő meghatározására annak érdekében, hogy az erre épülő szolgáltatás nyújtással megfelelő színvonalon kielégüljenek a felmerülő társadalmi igények. Mindez feltételezi, sőt megköveteli, hogy a szociális ellátásban átlátható, ellenőrizhető, a valós és elismert szükségletek alapján tervezhető, fejleszthető és kiszámítható szociális szolgáltatások rendszerére (szociális hálóra), nem utolsó sorban pedig a szolgáltatások felhasználó-központú tervezésére, működtetésére, finanszírozására és ellenőrzésére lesz szükség egyre inkább. A jövőben tehát abban lesz érdekelt minden intézmény, hogy jó minőségű szolgáltatást nyújtson, különös tekintettel arra, hogy a szociális ellátás költségeit jelentős mértékben az ellátottak finanszírozzák majd. Olyan szociális ellátás jövőképeének kistérségi szociális tervezés és gondoskodás alapján történő megalkotása a cél, amelynek alkalmazása során a lakosság- (állampolgár, ügyfél) közeli szociális gondoskodás és a kiszámítható, tervezhető szociális rendszer kerül kiépítésre, kifejlesztésre.

Végül, de nem utolsó sorban az alapvető kutatási célok közé tartozik a közigazgatás regionalizálása, illetve átszervezése, és a szociális ellátórendszer működése közötti összefüggések és kölcsönhatások vizsgálata. Ennek eredményességét szolgálhatja a disszertáció, amikor a téma történeti előzményeit és szakirodalmi összefüggéseit feltáró eddigi kutatások teljessé tételével a megyei kormányhivatalok regionális szerepkörének megújulását, tevékenységük komplex bemutatását kívánja teljesíteni a Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal működési tapasztalatai tükrében. A közigazgatás regionalizálásának és reformjának aktuális kérdéseit feszegető, elméleti és empirikus vizsgálatokon alapuló konkrét elemzések ugyanis részben az elméleti kérdések gyakorlati szempontú megközelítését, részben pedig az intézmények gyakorlati működésének általánosítható tapasztalatait kísérli meg összegezni. Bízva abban, hogy az elméleti és a gyakorlati dichotómiáján alapuló módszertani megközelítés, egyszersmind a disszertáció várható eredményességét az elméleti és empirikus kutatásokon túl hasznosan szolgálják azok a szakmaspecifikus ismeretek és információk, amelyeket hosszú évek során a szakmapolitikai területen végzett gyakorlati és különböző szintű irányító, vezetői munka során halmozódtak fel a kutatóban. Optimális esetben a korábbi kutatások ered-

ményeit is magában foglaló disszertáció hozzájárulhat a közigazgatás regionalizálása kapcsán Magyarországon kialakult viták megnyugtató lezárásához is megye, kistérség (járás) és/vagy régió dilemmájának feloldásához, végső soron egy működőképes területi, megyei modell kidolgozásához a szociális ellátórendszer szakmai területein.

1.3. Kutatási hipotézisek

Az ismertetett kutatási célokat szolgáló, a tudományos célkitűzésekkel összhangban megfogalmazott, az elméleti és az empirikus elemzések során választ igénylő kérdések, illetve hipotézisek a következők:

- H1: A közigazgatás mélyreható átszervezése, a szakmai és a területi kompetenciák átalakítása kedvezően befolyásolja a szociális intézményrendszer működését, jelentékeny hatást gyakorol az alapfeladatok ellátásra.
- H2: A szociális intézményrendszer jelenlegi formájában nem képes fenntarthatóan és gazdaságosan ellátni feladatait, nem alkalmas a specifikus társadalmi problémák kezelésére és a kedvezőtlen demográfiai és gazdasági körülmények miatt rohamosan növekvő igények kielégítésére következésképpen a rendszer fenntarthatósága bizonytalan.
- H3: Az ágazatra vonatkozó jogi szabályozás szükséges és indokolt, a túlszabályozottság azonban akadályozza, illetve megnehezíti az intézményrendszer működését, az ellátás színvonalnak számottevő javítását.
- H4: Az ellátórendszer Hajdú-Bihar megyében kialakított kistérségi szerkezete modellértékű, a kistérségi alapon szerveződő, gyökeres strukturális és szervezeti átalakítás nyomán fenntartható pályára állíthatók és költséghatékonyan működtethetők a települési és a megyei önkormányzati bentlakásos szociális intézmények.
- H5: A fenntartható nonprofit működés feltételrendszere, az amúgy igen költségigényes szociális ellátásban is biztosítható, integrált intézményi struktúra működtetésével és /vagy átalakításával.

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. A fenntartható szociális ellátórendszerek a nemzetközi szakirodalomban

Ferge Zsuzsa (1991) szociológus korszakolása nyomán a disszertáció ezen részében bemutatásra kerül, hogy a szociálpolitika történelmi fejlődése során milyen egyedi döntési kényszerek, írhatóak le mind a szociálpolitikában, mind pedig a szociális munka gyakorlatában. Mindenekelőtt tudni kell, hogy a szociálpolitika nemcsak kor, hanem társadalom- és kultúrafüggő is, azaz ugyanazon időben a világ különböző részein sok tekintetben más szociális ellátórendszer alakul ki (*Ferge – Lévai, szerk. 1991*). Korunk társadalmában élő állampolgárok természetesnek tartják, hogy életükben jelen van a szociális gondoskodás rendszere, amely szükség esetén biztonságot, védelmet nyújt számára. De hogyan jutottunk a gondoskodás ezen magas szintjéig? A következő pontoknak ennek áttekintése a fő célja.

2.1.1. Szociális gondoskodás az ókortól a középkorig

A szociális gondoskodás már az ókorban is megjelent az emberiség mindennapjaiban. Az egyén életét befolyásoló társadalmi és gazdasági folyamatok alapvetően arra készítették hatalom képviselőit, hogy támogassák a rászorulóknak. A szociális gondoskodásban manapság használt fogalmak (egyenlőség, szolidaritás stb.) évszázadokon keresztül alakultak ki, tartalmukat a politikai ideológiák formálták. Minden korszakban megjelennek a szociális problémákkal foglalkozó struktúrák és a tevékenységet ellátó személyek. Azt azonban nem lehet állítani, hogy létezett volna átgondolt szociálpolitika, sem pedig azt, hogy már az ókorban is léteztek szociális munkások (*Verdó, 2011*).

Az állami szociálpolitika a középkorban gyökeredzik, megvalósítói az egyház, a céhek, a helyi kisközösségek és a földesurak. Az egyház a tömeges szegénység kezelésére vállalkozott, a céhek szükség esetén segélyezték tagjaikat, a földesurak gondoskodtak cselédeikről, azaz mikroszinten, az egyén, illetve a családok szintjén igyekeztek tenni valamit. Szerzetesrendek betegápolással, tanítással, alamizsnaosztással foglalkoznak. A középkori szegénygondozásban megjelenik az ún. érdemes ill. érdemtelen szegény fogalma, megkülönböztetve azokat, akik tehetnek sorsukról, és akik önhibájukon kívül kerültek nehéz helyzetbe.

2.1.2. A szociálpolitika első marginális szakasza, 1601–1850

A tudatos „szociálpolitika” a feudalizmust szétfeszítő korai kapitalizmus korszakaszában született meg, amelyben a klasszikus liberális filozófia uralkodott. A feudalizmus minden lépést ellenőrző, szigorúan hierarchikus világa után az akkori emberek számára valóban azt jelentette, hogy elvileg mindenki esélyt kapott a felemelkedésre. Ahogy a kapitalizmus a szociálpolitika is angol eredetű, hiszen a tőkés rendszer a leggyorsabban Angliában alakította át az életet. A XVI. század folyamán a földesurak bekerítések nyomán tömegesen zavarták el földjeikről a jobbágyokat, hogy a birka gyapjú iránti hirtelen megnőtt keresletet az állatok tenyésztésével ki tudják elégíteni.

A kialakult helyzet megteremtve a szociálpolitika és szociális munka legklasszikusabb dilemmahelyzetét (beavatkozási dilemma), a XVI–XVII. század fordulóján döntési helyzetbe hozta az uralkodót, vajon beavatkozhat-e az állam az emberek életébe. Erre a legelső válasz, egy ország egészére kötelező szociális törvény (szegénytörvény) megalkotása volt 1601-ben, melyben I. Erzsébet angol királynő előírta, hogy a szegények segélyezése minden község kötelessége. Azok a községek, amelyek nem tudják megoldani a pénzsegélyt (nyílt gondozás), intézményt is felállíthatnak (zárt gondozás) a szegények ellátására. Ezen ún. *angol utas* fejlődés során a községek kialakították azokat az „alulról jövő” formákat, amelyek községi szintű, szociális érzékenységet és felelősséget kifejező civil kezdeményezések (mozgalmak, klubok, egyletek, alapítványok), együttműködve a helyi hatalommal, közösen igyekeztek a szociális problémákat megoldani (Ferge – Lévai, szerk. 1991).

Ma is a szociális munkás és a kliens találkozásakor ez az első kérdés, amire mind a két félnek választ kell adnia, hogy milyen alapon avatkozik be mások életébe. A szociális munkás válaszai változatosak lehetnek. Adott helyzetben dönthet a beavatkozás mellett illetve hagyhatja, hogy a kliensek maguk oldják meg a problémát, mert képesek rá). A kliensek is sokféleképpen reagálhatnak egy szociális munkás (baráti látogató) látogatásakor. Az öröm és a felháborodás között mozoghat a válaszreakció. A dilemma alapvető oka, hogy a szociális munkában általában különböző értékek szerint élő emberek találkoznak. Magyarországon a szociális munkaterületen dolgozók 1995-ben fogadták el az Etikai Kódexek rendszerét, amely eligazítást ad a szakembereknek a fentiekhez hasonló helyzetek kezelésére (Loewenberg – Dolgoff, 1994; Pál, 1996).

Az 1601-es szegénytörvény következményeként kialakultak a dologházak, ahová a szegények, betegek, árvák, adósok, kisebb bűnelkövetők egyaránt bekerültek. Az egyéni

felelősséget hangsúlyozó korszellemből következett a „kevésbé kíváncsi lehetőség elve” (Szalai, 1972). Ez azt jelentette, hogy a bent lévőknek a benti lét „kevésbé kíváncsi” a kintihez képest. A kinti világ szegény ugyanakkor szabad is, amiben akkor tudnak azonban csak helyt állni, ha dolgoznak. Az önhibás szemlélet azt sugallja, hogy bekerülés a kliensek hibája, de a bekerülés megelőzéséért is ők tehetnek a legtöbbet. Az nem fogadja el, hogy a strukturális összefüggések is magyarázhatják az emberi problémákat. A szociális intézmények fő célja a tömeges szegénység fékentartása és büntetése, és semmiképpen sem a rendszer megváltoztatása (Ferge – Lévai, szerk. 1991).

Angliában 1834-ben megreformálták az 1601-es törvényt, azonban állami szociálpolitikai szabályozásra sehol nem került sor. A törvénymódosítás az volt az egyik oka, hogy a regionális összefogás lehetőségét kihasználva, munkamegosztás történt a különböző helyzetű, egymáshoz közel fekvő települések között. A felelősség így a községek és a városok szövetségeire tolódt, de a fenntartás is racionálisabb, gazdaságosabb lett. A törvénymódosítás során a segélyezés során kötelező érvénnyel bevonták a döntési mechanizmusba a társadalmi munkában dolgozó baráti látogatókat, akiknek környezet-tanulmányt (jelentést) kellett készíteniük, és állást kellett foglalniuk (értékelő dilemma), hogy a kliens „érdemes” vagy „érdemtelen” a segítségre (Owen, 1964). E törvénymódosítás válogatásra, „szelekcióna” készítette a rendszerben dolgozókat, ezért nevezzük ezt a szociálpolitikai rendszert szelektívnek, szemben a jogosultak között nem válogató univerzális szociálpolitikával.

A szociális munkában az értékelés dilemmája egy rendkívül bonyolult belső folyamat. Az egyik oldalon a szubjektív szimpátia, a segítő sajátos értékrendszere, egyéni érzékenysége, a másik oldalon az eleve értékmotivált „norma”. A szelektív rendszer ellentmondásait csak az univerzális rendszer oldja fel, illetve a csoportnorma alkalmazása valamelyest csökkenti.

A következő szociálpolitikai szakaszban kísérlet történt az értékelő dilemma megoldására, olyan jelentőségű eredményre vezetett, ami lényegében lehetővé tette az első tudatos szociális munkás tevékenység kidolgozását (Ferge, 1991).

2.1.3. A szociálpolitika második korrektív szakasza, 1850–1945

A XIX. század közepére jelentősen megváltozott Európa társadalmainak többsége, a forradalmak lecsendesültek, de ezt követően a feudális rendszer fenntarthatatlanná vált. A Habsburg Birodalomban, ahol a forradalom elbukott, vagy Oroszországban, ahol a forra-

dalom ki sem tört, sem tudott a feudális rendszer fennmaradni. A XX. század első fele Európában, majd Ázsiában a tőkés világgazdaság válságainak (első tőkés túltermelési válság) jegyében telt. A világ újrafelosztásáért, a gyarmatokért és piacokért folyó versengés az első világháborúba torkollott. Az azt követő szegénység tömegeket radikalizáló következményeként elsőként Oroszország szakadt ki a kapitalizmus világrendszeréből, s hamarosan már a második világháború felé sodorta a világot a német fasiszmus.

A századfordulón kitört *első tőkés túltermelési válság* felerősítette a kapitalizmus veszteségeinek, s a nagyrészt rosszul fizetett és szörnyű körülmények között dolgozó munkásoknak a kapitalizmusellenes mozgalmait, és intenzívebbé tette a szociális reformmozgalmak tagjainak a működését is. Erre az adott módot, hogy éppen a válságok következtében olyan vállalkozók (kis- és nagykereskedők, iparosok) is tönkrementek, akiknek az elszegényedését nyilvánvalóan nem az alacsony szintű egyéni morál (például a lustaság, a munkakerülés) okozta, hanem az egyéntől függetlenül ható, társadalmi-strukturális összefüggések, amelyeknek létét addig a közvélemény nem fogadta el. A kizárólag a piaci sikert elismerő társadalom létrejöttével ugyanis a piaci szabadság elsődlegességét hangsúlyozó liberális eszmerendszer határai is kiderültek, hiszen nem tudta jól kezelni azokat a viszonyokat, amelyeknek következményei a piac kárvallottjai vagy a piac áldozatai voltak. Nem tudott mit kezdeni ez a gondolatrendszer azokkal, akiknek képességeit a piac az adott időszakban nem igényelte, akik elvesztették – például baleset, betegség, szülés, öregedés, lelki trauma stb. következtében – a munkaképességüket, illetve akik eleve olyan szegény családba születtek, ahonnan a kitörés a törvényi szabályozás ellenére a valóságban nagyon ritkán, különös és tervezhetetlen szerencsés esetekben volt lehetséges (Ferge, 1991).

A század fordulóján a szociális reformmozgalom kettős feladata a klasszikus liberális eszmerendszer megtagadása, és az ezt kifejező, a szociális problémákba való beavatkozást lehetővé tevő módszertan létrehozása volt. Ezt a kettős feladatot vállalta először az 1869-ben, Londonban alapított nőegylet, a *Charity Organization Society*, a COS, s nem sokkal utána, a COS kritikájaként, a *settlement mozgalom* (Müller, 1992; Hegyesi, 1989).

A COS új adatgyűjtési módszere, az esettanulmány (casework) vagy mai néven környezettanulmány a klienst és társadalmi környezetét vizsgálta, így igyekezett az egyéni és társadalmi összetevőket szétválogatni. Az addigi szociális tevékenységet ugyanis a morális-etikai szemlélet uralta, amely szerint csak az kerül bajba, aki nem követi a vallásos morált (főleg a szorgalom, a munkaszeretet és a takarékoság normáját hangsúlyozták), vagy etikai vétséget követ el (lop, iszik, verekszik stb.). Az „érdemesek” azok a szegé-

nyek, akik nem önhibájukból kerültek bajba, mert öregek, betegek vagy árvák, és így kivételes elbánásban részesülhetnek. Az azonban, hogy az „érdemesség” csoportjába mostantól fogva be lehetett kerülni a társadalmi struktúra problémáiban gyökerező okok miatt is, megteremtette a lehetőségét egy évtizedekkel később megerősödő fejlődési irány, a pszichoszociális szemléletű szociális munka kialakulásának (*Pritchard – Taylor, 1994*). A COS nem akarta korrigálni a fennálló rendszert, sőt, munkájuk során a kliensek számára a helyi viszonyok elfogadását, az azokba való beilleszkedést ösztönözték. A problémák kezelési módját mégis az első szociális munkának tekintjük, s ma is a legáltalánosabban használt szociális munkás tevékenységnek tekintjük az esetkezelést. A COS hamarosan elterjedt a tengeren túlon, s a századforduló környékén karriert futott be az Egyesült Államokban.

A *settlement mozgalmat* 1877-ben indították el Londonban a szociális problémákkal küzdők iránti morális elkötelezettség jegyében. A londoni szegénynegyedek életét feltérképező kutatás eredményeként Samuel Barnett, anglikán lelkész és a hozzá csatlakozó fiatal szociológusok új elvet hirdettek meg, amely szerint, ha meg akarjuk érteni és változtatni a szegények életét, akkor ott kell élni, ahol ők, s velük együtt, közösen kell kimunkálni a szegénységből kivezető utat. A kivezető út legfontosabb összetevőjének a „tudást” tekintették: a szegénynegyedekben „letelepedett” (ennek angol megfelelője alapján kapta nevét a mozgalom) vagy egy-egy szemesztert ott dolgozó értelmiségiek, egyetemisták írni, olvasni, ügyeket intézni, vitatkozni, érdekeiket képviselni tanították a környéken lakókat. A settlement maga egy központi épület, ami helyet adott mindazoknak a találkozóknak, amelyeket az adott időben fontosnak tartottak (*Hilscher, 1989; Balipap, 1989*).

Joggal tekinthetünk ma úgy a settlement munkatársaira, mint a szociális munka másik nagy elődjére. Az itt kialakított megközelítési módokból fejlődött ki a csoportmunka és közösségi munka, amelyeket sokáig szintén módszereknek tekintettek. A gondolat, hogy a kliensekkel együtt, zárt csoportban vagy nagyobb, lazább közösségek keretében nagyon hatékonyan lehet dolgozni, a londoni és a hamarosan létrejött más *settlementekben* született meg, amely mozgalom – hasonlóan a COS-hez – átlépte az ország határait, világszerte elterjedt (*Ferge, 1987*).

Az Egyesült Államokban a *diagnosztikai iskola*, ami az eredményei mellett azt a konzervatív üzenetet is hordozta, hogy a hiba a kliensben van, amit a pszichoanalitikus vagy a szociális munkás szakember tud meggyógyítani. Ez a szakmai filozófia teljes mértékben megfelelt a szociális problémákat még a XX. században is inkább önhibának tartó amerikai

közvélekedésnek, és szemlélete miatt nevezi Colin Pritchard és Richard Taylor *pszichopatológiai irányzatnak* (Pritchard – Taylor, 1994).

A szociális munka elméletének és gyakorlatának átfogó, általános kimunkálását kívánta elérni a társadalmi reformot célul kitűző *settlement* mozgalom, a múlt helyett a jelen és jövő vizsgálatára koncentráló *funkcionalista iskola* tagjai (Hegyesi, 1994), illetve az európai irányzatok, így a német szociálpedagógia és a holland kulturális munka képviselői is (Lorenz, 1994).

A korrektív korszakban az állami szintű szociálpolitika továbbfejlődött. Az önkéntes vagy piaci alapon működő biztosítótársaságok példáját átvéve Bismarck Németországban a gyáripar és a munkáskérdés megjelenésével bevezette az első társadalombiztosítási rendszert (Ferge, 1987). Ez a segélyezés helyett jogosultságot jelentett a rendszerbe bevontak körében, s ezzel megteremtette a következő évtizedek szociálpolitikájának második nagy rendszerét, a *biztosításon alapuló pénzügyi ellátási rendszert*. (Ezen rendszerben érvényesül az ekvivalencia elve, azaz a befizetések megegyeznek a kifizetésekkel. A jogosultak a munkavállalók, akik korábban befizettek, és a forrásokhoz a munkaadók is hozzájárultak. A szervezete az államigazgatástól elkülönített.) Az első nagy rendszer természetesen a szociálpolitika humánszolgáltató része, amelynek jelentős részét a szociális munkások alkotják. A szociálpolitika európai fejlődésének ezt a második modelljét „*német utas modellnek*” nevezzük, jellemzője, hogy a szociális problémák megoldásának elsődleges szereplőjét nem a helyi közösségek jelentik (mint Angliában), hanem az állam (Kendall, 1994).

A korrektív korszak világméretű szakmai fejlődést hozott, amit a II. világháború zárt le. A későbbi szakasz „jóléti állam” elméleti és bizonyos értelemben gyakorlati előzményei is éppen a korrektív korszakban keletkeztek. A harmincas évek végén minden nyugati kormány kísérletezett azzal, hogy a válság következményeit jóléti intézkedésekkel enyhítse, de ezek nem hoztak átütő eredményeket (Swaan, 1988, 223–226.).

Az 1930-as években a tőkés országokban világossá vált, hogy amennyiben nem tudnak jobb megoldást találni a gazdasági problémákra, akkor a szociális kihívás miatt fennáll a veszély, hogy a demokratikus tőkés rendszerek helyét diktatúrák veszik át. A közgazdaságtan elméleti, majd gyakorlati ajánlata a keynes-i gazdaságtan volt. Ez lényegében azt ajánlotta, hogy a gazdasági növekedés motorja a fogyasztás legyen (Keynes, 1977). Az állam szerepének a rendszer beindításakor meg kell nőnie, s később is azon a szinten kell maradnia azoknak a rétegeknek az esetében, amelyek nem rendelkeznek fizetőképes kereslettel. Foglalkoztatásukra (s

annak ellentételezéseképpen, segéllyel, bérrel való ellátásukra) szolgáljanak az állami megrendelésre létrejött nagy közmunkaprogramok. Természetesen, e rövid leírás mögött is felismerhetők az 1936-ban meghirdetett roosevelti New Deal elvei és gyakorlata, amely a jóléti típusú állam szociális beavatkozásának előfutára volt (Berend, 1982).

A keynes-i fogyasztói állam és annak szociálpolitikai következménye mellett a jóléti állam másik nagyon fontos előkészítője a skandináv szociáldemokrata mozgalom volt, amely alapelve a szolidaritás. A társadalombiztosítás forrása az adókból táplálkozik, állampolgári jogon jár, az államigazgatás szerves részét képezi. A létfenntartáson túl már az elismert kockázatokkal szembeni védelem is megjelenik. (Ferge – Lévai, szerk. 1991).

2.1.4. A szociálpolitika harmadik jóléti állam szakasza, 1945–1980

A nagy gazdasági világválság hosszú és súlyos recesszióját a világháború zárta le, hiszen a háborús gazdaság megszüntette a tömeges munkanélküliséget, sőt a hadigazdaság az addig még jórészt a munkaerőpiacon kívüli női népességet is a hadiipar munkába állította. A jóléti államok kialakulását mindenekelőtt a háború idején tapasztalt gazdasági élénkülés utáni gazdasági fellendülés segítette, amely egészen az 1970-es évek közepéig töretlen gazdasági fejlődést indított el (Swaan, 1988, 223–226).

Ez a gazdasági változás ugyanakkor átalakította a nyugati országok társadalomszerkezetét, és a társadalom túlnyomó többsége bérből és fizetésből élő alkalmazottá vált. A gazdasági társadalmakban a legjelentősebb népességcsoportot a középosztály képezte. Ez a változás jórészt megszüntette a korábbi dichotóm társadalomszerkezetet. A középosztály is érdekelt volt abban, hogy a maga jólétét is biztosítandó részt vegyen a jóléti rendszer felépítésében, ami biztonságot jelentett a gyermekek születésével, az öregséggel, a betegséggel, a balesettel, a halálessel, a munkanélküliséggel, a fogyatékossággal kapcsolatos kockázatokkal szemben. Így a társadalom tagjainak döntő többsége érdekeltté vált a társadalmi biztonság univerzalisztikus intézményrendszerének felépítésében (Baldwin, 1990).

A háborút követően pedig a nyugati fejlett országok létrehozták a szociális biztonságuknak a népesség egészére kiterjedő intézményrendszerét, amit manapság a jóléti állam jellemzőjeként tartunk számon. Az Európai Szociális Modell létrejötte is az 1950-es évekre tehető. A jóléti államok felépülésének alapját a modernitás optimista világképe, azaz bár a világ rossz, de jobbá tehető, határozta meg. A modernitás eszmerendszere

szerint a tudományos eredményeknek a társadalomirányításba való beépülésével jobb lesz a világ a jövőben (*Wallerstein, 1996*).

A jóléti államok létrejötte is azon a hiten alapult, hogy a társadalmi problémák a társadalom működési zavarainak tekinthetők (funkcionalizmus). Ennek okai tudományos vizsgálattal kideríthetők, a tudomány segítségével megtalálhatók a megoldás megfelelő technikái, a megfelelő technikákat azután a professziók működtetni fogják, és így a közjó képviselőjében beavatkozó állam ezeket a problémákat meg tudja oldani (*Gayer – Gondos – Hegyesi, 1992*). Olyan nagy célokat, mint a szegénység nagymértékű, radikális csökkentése, a szorongató létbizonytalanságok kezelése sikerült megvalósítania (*Ferge, 2000, 73*).

A jóléti állam a szociális szolgálatok legnagyobb megrendelője és finanszírozója lett. A XX. század második felétől a szociálpolitikának két, egymástól teljesen eltérő jóléti állam paradigmája alakult ki. A szocialista országokban a szociális ellátás kizárólagos állami fennhatóság alá került, s az egypártrendszer legitimáló funkciója a szociális funkciónál is fontosabbá vált. A szociálpolitika alapvető formája ennek megfelelően a társadalombiztosítás és a természetbeni juttatás lett (*Gayer – Gondos – Hegyesi, 1992*).

A klasszikus jóléti állam második világháború utáni modelljei Nyugat-Európában, Észak-Amerikában és Ausztráliában bontakoztak ki. A jóléti állam modellek (liberális angolszász, konzervatív nyugat-európai, családi dél-európai, és szociáldemokrata skandináv modellek) mindegyikében fontos szerepe volt az államnak (*Mishra, 1984; Esping-Andersen, 1990; Ferge – Lévai, szerk. 1991*).

A szociáldemokrata megoldások esetében az állam biztosította a pénzbeni segílyt is és a szolgáltatást is. Az angolszász modellben az a jellemző, hogy a szolgáltatást nonprofit és profitorientált intézmények nyújtják, de működésüket az állam jelentős összegekkel támogatja, és segélyezési rendszereket hoz létre a legrosszabb helyzetűek támogatására. A kettő között levő jóléti államok a szubszidiaritás elvét szem előtt tartva próbálják a társadalom egyházi és családi-közösségi struktúráit anyagilag támogatni, s csak akkor hoznak létre intézményt, ha ezek nem működnek megfelelően. A megoldások sokfélék, de az állami szerepvállalás mérhető a jóléti költségvetési kiadások GDP-arányos mértékében, és abban az államfilozófiai hitvallásban, mely szerint az állampolgárokat szociális jogok is megilletik (*Marshall, 1965*).

A liberális típusba tartozó Egyesült Királyságban erős a hangsúly az egyéni felelősségvállaláson és a piaci mechanizmusokon, ami miatt a jóléti kiadások és az adó- és társadalombiztosítási bevételek szintje alacsony, és a jóléti támogatások szolgáltatói is gyakran

nonprofit szervezetek vagy piaci szereplők. A szociális támogatásban a célzott támogatások a jellemzőek, ahol a támogatottak köre szűk, és a támogatás szintje viszonylag magas.

A konzervatív jóléti rendszerek egyik legfontosabb jellemzője a kiterjedt társadalombiztosítási rendszer a jogosultság feltétele általában a munkabérből fizetendő hozzájárulás. Mind az egyéni, mind a társadalombiztosítási járulék kulcsa, és az ezekből származó állami bevételek szintje igen magas. A dél-európai országok jellemzője, hogy a támogatások nagy része jövedelemhez kötött, de még azon belül is igen szelektív. Viszonylag kevés ember részesül támogatásban, és a támogatások összege is alacsony. Emiatt mind a jóléti, mind a szociális állami kiadások szintje alacsony.

A különböző jóléti modelleket kifejlesztő szociálpolitikai rendszerekben némileg eltérő módon definiált és használt szociális munka, amely közös vonásainak rövid bemutatása a következők szerint alakul. E modellek közös vonása a szociálpolitikai rendszerekből levezethető dilemmák léte. A beavatkozási dilemma megmarad sőt, a jogosultsági és a paternalisztikus-állami gondoskodási szemlélet erősödésével a beavatkozás jól felhasználható ideológiai támaszt kap a dilemma eldöntésére. Nem véletlen a szélsőségesen beavatkozásellenes, antipszichiátriai mozgalom kialakulása a fentiek tagadása-ként, amelynek atyja, talán nem véletlenül, a magyar származású Thomas Szász elutasít minden helyzetet, amibe egy pszichiáter, orvos vagy szociális munkás a kliens engedélye nélkül beléphetne, beavatkozhatna, akár a kliens érdekében is (Szász, 1961).

Létrejön a kontroll-autonómia dilemma azáltal, hogy az állami szociálpolitikai struktúrák felerősítik az ellenőrzést is, hiszen mind a közpénzek felhasználását, mind az abból fizetett szolgáltatások minőségét ellenőrizni kell. Dilemma, mert a növekvő állami szociálpolitika együtt jár a helyi autonómia, önállóság csökkenésével, ami pedig bizonyára nem célja az állami szociálpolitika fejlődését egyébként támogató mozgalmaknak. A kontroll-autonómia dilemmát leginkább a szubszidiaritás elvével próbálták feloldani, vagyis az állam csak akkor avatkozik be szociálpolitikai eszközökkel, ha a helyi kezdeményezések nem hoznak megoldást (Loewenberg – Dolgoff, 1994; Hordós, 1997). A jóléti állami szociálpolitikai korszakban ugyanakkor az értékelési dilemma szerepe csökkent, azzal arányban, ahogyan a szelektív szociálpolitika helyét átvette az univerzális, jogokon alapuló ellátás. Talán különösen hangzik, de éppen abban a korszakban, amikor soha nem látott színvonalra emelkedett a szociálpolitikai ellátás, fogalmazódott meg a szakmán belül a legradikálisabban a jóléti állam baloldali kritikája is. A szociális problémák valódi megoldásának egyetlen lehetséges formáját a rendszer megváltoztatását célul kitűző forradalomban jelölték meg (Mayo, 1975).

Több évtized és négy generáció munkája nyomán a szakma elfogadható válaszokat talált Flexner 1915-ös kérdéseire. A problémamegoldó modellben (*Perlman, 1957*) és a krízismodellben (*Caplan, 1964*) olyan szakmai cselekvésszervező elvrendszereket határoztak meg, amelyek a probléma adott területétől függetlenül írták le a szakszerű munka sajátosságait. Ezek tehát átfogják az összes szakmai területet az idősgondozástól a munkanélküliekkel végzett szociális munkáig, közös professzionális szemléletet biztosítva a szociális munkásoknak (*Flexner, 1915*).

Az ökológiai szemlélet Welch (1987) rendszerében olyan társadalomtudományi megközelítést jelent, ami a szociális munka minden területén biztosítja annak generikus-tudományos értelemben vett átfogó jellegét. Ebből logikusan következik az, ahogyan Pincus és Minaham (1973) definiálták a szociális munkát, az egyént (családot, csoportot, közösséget) egy rendszerben elemezve környezetével, s belehelyezve a szociális munkást a szociálpolitika szakmai rendszerébe, amelyben egy időben feladata a problémák megoldása és azok lehetőség szerinti megelőzése. Egy szociális munkás ritkán tud mind a négy célért egyforma intenzitással küzdeni. Ezért is olyan fontos, hogy a szakma megszervezze saját magát, és így megfelelő belső munkamegosztással mind a négy cél megvalósítására képes lehet. Az természetesen igaz, hogy a szelektívebb és szegényebb szociálpolitikában szinte törvényszerűen felerősödnek az egyéni felelősséget és önhibát hangsúlyozó szemléletek is (*Pritchard – Taylor, 1994*).

A társadalmi strukturális problémák már az 1980-as évek elején megjelentek, és ezzel kezdődött a szociálpolitika negyedik szakasza.

2.1.5. A szociálpolitika negyedik jóléti társadalom szakasza 1980 után

Nagy-Britániában és az USA-ban a túl drágának és alacsony hatásfokúnak értékelt jóléti államot kritizáló választási programjuk révén jobboldali kormányok nyertek. A választásokon a középosztály és természetesen az adók csökkentését mindig is igénylő leggazdagabb rétegek szavazatait nyerték meg a jóléti államra vonatkozó terveikkel. 1979-ben Nagy-Britanniában hatalomra került Margaret Thatcher miniszterelnök igyekezett rendbe hozni az „Európa betegeként” számon tartott brit gazdaságot, amelynek harminc év alatt a fél világot gyarmati sorban tartó világbirodalmát feladva kellett megtalálnia az új helyzethez való alkalmazkodás gazdasági-társadalmi eszközeit.

A válság részben koncepcionális, részben gazdasági jellegű. A jóléti államot ellenfelei túl bürokratikusnak mutatták be, amely elpusztítja a társadalom autonóm, civil és

nonprofit szervezeteit. Az angolszász reform alapgondolata szerint a csökkenő állami forrásokat a társadalom pótolja (*Ferge, 1989*). Kétségtelen, hogy a jóléti állam szociálpolitikai modelljének kidolgozásában komoly hatása volt a szocialista országok versenyének. A Szovjetunió és az államszocialista rendszerek összeomlásával lényegében megszűnt ez a kihívás, az adók csökkentésében érdekelt rétegek minden régióban elkezdtek a jóléti állami ellátás reformját. Ez egyes helyeken az ellátások finanszírozási forrásainak nagymértékű csökkentésével járt (angolszász országok, nyugat-európai konzervatív szociálpolitikai modellt követő országok, közép-kelet-európai volt szocialista országok), s van, ahol „csupán” a növekedés üteme lassul le, de nem történik lényeges visszalépés az állam szociális felelősségvállalásában (skandináv országok). A konzervatív kormányokat az európai országokban baloldali kormányok követték, amelyek szakítottak a régi baloldali, az állami jóléti gondoskodás paternalista megoldásait előnyben részesítő szemléletével (*Jordan – Charlie, 2000*).

Az angol jóléti politikában Tony Blair kormányzása (1997–2007) alatt vezették be tanácsadója, Anthony Giddens „harmadik út” nevű koncepcióját, amely az állam, a globálissá vált piac és az egyének felelősségét, közös összefogását állítja a középpontba, és azt hangsúlyozza, hogy az állam feladata e felelősségvállalás feltételeinek megteremtése. Giddens (1999) szerint csak a felelősségtudatos vállalkozással, a szolidaritással és az adekvát redistribúcióval érhető el a jólét, amelynek azonban már nem jóléti állam, hanem jóléti társadalom a neve. Ahogy az állam egyre inkább a civil szerveződésekre és szociális vállalkozásokra kíván támaszkodni a jóléti ellátások megszervezésében, és ezzel párhuzamosan leépíti az állami ellátásokat, a szociális munka fő terepévé is a magánszolgáltató szervezetek válnak (*Jóna, 2008*).

Ez a lényeges változás a Brit Királyságban magával hozta a szociális munka mély krízisét, amelyet *Langan* (1998) két fő tényezővel indokol. Először is a jóléti állam kiépülése idején nem volt jelentős szerepe a brit szociális gondoskodásban a magánszektornak, így a szociális munka modern professzionális formája az állami szolgálatokhoz kötődik. Másodszor az új jobboldal szociálpolitikája a szociálpolitikai rezsim reziduális elemeit (*Esping-Andersen, 1991*) erősítette, Blaire kormánya pedig tovább folytatta a szociális szolgálatok leépítésének politikáját, amely nem javított a mély társadalmi egyenlőtlenségeken. A krízis felveti a jóléti államok mindegyikére jellemző problémákat, és olyan új gyakorlati modellek kialakulásához vezet, amelyek mindegyik nemzet számára új utakat mutatnak.

A radikálisok követeléseai között szerepel amit ma az *oppressziót elutasító szemlélet* (antioppressive social work) fogalmában foglalnak össze a szociális munka elméletalkotói.

(Burke – Harrison, 1998; Dominelli – Payne, 1996 és Dominelli, 1998) Az oppressziót elutasító gyakorlat kulcsfogalma az empowerment. A kulcsfogalom azt jelenti, hogy a szociális munkás tevékenységének lényege a szolgáltatás „felhasználójának” segítése olyan tudások, készségek elsajátításában, valamint olyan források létrehozásában, amelyek szükségesek a környezetnek a felhasználó érdekeinek megfelelő átalakításához. Az empowerment nem a hagyományos szakember-kliens viszonyra jellemző tekintélyrendet állítja fel a felek között, hanem az egyenrangú viszonyt hangsúlyozza. Az egyenrangúság egyben azt is jelenti, hogy a felhasználók részt vesznek a szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos döntésekben, és módjuk van értékelni a megkapott szolgáltatást.

Az oppressziót elutasító gyakorlat a szociális munkás tevékenységét a helyi közösséghez köti, ez megszünteti a korábbi nagy és elidegenedett bürokráciákhoz való kötöttséget, és a szociális szolgálatokat szervezetileg közelebb hozza a felhasználók mindennapi életéhez, sőt beépíti abba (Bamford, 1990, 89. és kk.o.; Dominelli, 1998; Burke – Harrison, 1998). Ez az új gyakorlati modell erősen átpolitizálja, az emancipációs törekvések színterévé teszi a szociális szolgálatokat. A szociális szolgálatok *átpolitizálása* hozta magával, hogy napjainkban ismét újjáéledt és megerősödött a szociális munka radikális irányzata (Leonard, 2001; Healey, 2001).

Míg a politika a jóléti állam pazarló működését, a baloldal pedig az állampolgárok szabadságát korlátozó bürokratikus működését kritizálta, addig a közvéleményt a brit gyermekvédelmi botrányok háborították fel. Azok a botrányok, amelyeket annak bizonyítékként értelmeztek, hogy a szociális szolgálatok képtelenek megvédeni a veszélyeztetetteket a veszélyeztetetektől.

Mindehhez társult a brit állam fiskális válsága, ami a közvéleményt is érzékenyvé tette azzal kapcsolatban, hogy mennyire pazarló a jóléti intézményrendszer. Mindez középpontba állította a minőségbiztosításnak, a jóléti szolgáltatások hatékonyságának és hatásosságának és a veszélyeztetettek megvédésének kérdését. A brit rendszerben a minőségbiztosítás a szakmai sztenderdek megalkotását, és a menedzseri munka új – a gyakorlatot szoros kontroll alatt tartó – modelljének a kifejlesztését jelentette. A szakmai sztenderdek és a minőségbiztosítási rendszerek erősítették a szociális munkások feletti vezetői kontrollt, és csökkentették a szakmai gyakorlat diszkrecionális mozgásterületét, ami a professzionális gyakorlat bürokratizálódásához vezetett (Bamford, 1990; Dominelli, 1996).

A veszélyeztetés elkerülésére irányuló törekvések miatt viszont elsődleges szemponttá vált a felelősségrevonás elkerülése. A bizalom helyére a „megbízhatóság” került, ami elmentmond a szociális munka értékalapjának, mely sajátos módon visszacsempészi az érté-

kelő dilemmát a gyakorlatba. A megbízható kliens fog ugyanis „érdemesnek” minősülni, így a jóléti ellátásokból hasznot húzni (Smith, 2001).

A minőségbiztosítási rendszerek felbecsülhetetlen hozadéka, hogy mögöttes az az előfeltevés munkál, hogy a felhasználónak joga van a lehető legjobb minőségű szolgáltatáshoz, és ahhoz is, hogy az arra leginkább felkészültek értékeljék az ő érdekében és az ő véleményét meghallgatva a segítői gyakorlatot. A forráshiányos helyzetekben adott esetben maguk az ellátások nem teljesítik azt az elvárást – ami szakmai értékrendünk elsőszámú tétele –, hogy minden állampolgárnak joga van azokhoz a forrásokhoz, amelyek lehetővé teszik az életminőség olyan minimumának elérését, ami az emberi méltóság érvényesülését, valamint a demokratikus folyamatokban való részvételt lehetővé teszi (Ferge, 2000, 263–280).

A szociális munka élvonalbeli gondolkodói a posztmodern vagy késő-modern kor által felvetett, a tudás természetét illető problémákkal összefüggő tematikát vetették fel (Habermas – Lyotard – Rorty, 1993). A jóléti államok beavatkozása bár csökkentette, de nem tüntette el a társadalmi problémák jórészét, sőt miközben a korábbi problémák minden kezelési erőfeszítés ellenére újratermelődtek, újabb, az előzőeknél sokkal bonyolultabb problémák támadtak. És mindemögött ott volt az 1970-es évek közepétől kezdődő hosszú gazdasági recesszió, amely a jóléti államok fiskális válságát idézte elő, és lehetetlenné tette a szociális biztonság intézményrendszerének korábbi mértékű növekedését.

A posztmodern kor társadalmi átalakulásának kulcselemei ezek után a következők: a társadalmi változás felgyorsuló üteme; a különbözőség, a pluralitás növekvő jelentősége és ezzel új politikai mozgalmak, valamint stratégiák megjelenése; a relativitás mindent átható érzékelése, amely utat nyit az egyéni választásnak és szabadságnak (alternatív életstílusok, életutak, identitások); a realitás társadalmilag konstruált természetének növekvő mértékű tudatosodása (Parton – O’Byrne, 2000).

1990. október 3-án a két német állam újraegyesítését követően a volt NDK tartományaiiban súlyos gazdasági-társadalmi helyzet alakult ki. A keleti tartományokban az elavult ipari szektor leépítésének következményeként hatalmas méreteket öltő munkanélküliséggel, növekvő társadalmi egyenlőtlenséggel és súlyos költségvetési hiánnyal küszködtek. Politikai akarat szerint a nyugati tartományokban kialakított jóléti intézményrendszert és hozzá kapcsolódó transfereket (az ún. szociális védőhálót) a keleti tartományokban élők részére is elérhetővé kellett tenni, habár átstrukturált formában. A német kedvezőtlen demográfiai viszonyok, a társadalom elöregedése miatt társadalombiztosítási rendszerben (a betegbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás) működési zavarok léphetnek fel, rosszabb esetben összeomolhat. Ennek részeként például a bismarcki elven nyugvó társadalom-

biztosítás kiegészült a tőkefedezeti elven működő biztosításokkal, ugyanakkor a jóléti rendszerek klasszikus értékeit (pl. a szolidaritást) is megőrizte.

A svéd jóléti rendszer is veszélybe került, hiszen a közkiadások GDP-n belül mért aránya 1993-ban meghaladta a GDP 70%-át. Ez a jóléti rendszerben változásokat indukált. A szociáldemokrata kormány egyre több területen (nyugdíjreform, táppénz, családi pótlék és munkanélküli segély) szűkítette a juttatásokat. A szegénység csökkentése szempontjából a skandináv modell hosszú távon is fenntarthatónak, azaz hatékornak bizonyult, amellet, hogy a skandináv országok általában a foglalkoztatási szint növekedésére és a jövedelmi egyenlőtlenségek csökkentésére törekednek. Jellemzően univerzális támogatásokat találunk, a jövedelemfüggő transzferek száma és jelentősége viszonylag kicsi, viszont erősen ellenőrzik a munkavállalási hajlandóságot (Jóna, 2008).

2.1.6. Az Európai Szociális Modell

Az Európai Szociális Modell, mely a II világháború után 6 európai nemzetállam együttműködésével jött létre, progresszív szociál- és gazdaságpolitikai elképzelésekből áll. Az Európai Közösségek (Európai Atomenergia Közösség (EURATOM), Európai Szén- és Acélközösség (ESZAK), Európai Gazdasági Közösség (EGK)) alapító tagjai a Római Szerződésben (1957) a szociálpolitikával foglalkozó részeknek ugyan jelentős helyet biztosítottak, de ezen a területen egy jó évtizeden át nem volt komolyabb közösségi szinten való előrehaladás, mivel a tagállamok saját hatáskörükben kívánták tartani a szociálpolitikai döntéseket. A közösségi jogalkotás ezért rendkívül lassan haladt előre. A Bizottság annak érdekében, hogy a szociálpolitikai továbbra is napirenden maradjon, 1993-ban megjelentette a Zöld Könyvet, 1994-ben pedig a Fehér Könyvet. A Fehér Könyvben határozták meg először, hogy a szociális modell egy olyan „képződmény”, amelynek az uniós politikák része kell, hogy legyen. (Net8)

Az *Amszterdami Szerződésben* (1997) és a *Lisszaboni Stratégiában* (2000) kerültek közösségi szintre a szociális ágazatra vonatkozó célkitűzések. Az Európai Unió ez utóbbiban szakított először azzal a megközelítéssel, hogy minden részpolitikára – így a szociálpolitikára is – mint a gazdasági versenyképesség kiszolgálójára tekint (Juhász, 2004). A Római Szerződést módosító Nizzai Szerződés (2000), valamint a Közösség öt évre (2000–2005) szóló első szociálpolitikai programjának, az ún. Európai Szociálpolitikai Menetrend rendelkezései átalakították a közösségi szociális jogalkotás hatásköri szabályait és megteremtette az ún. nyitott koordinációs mechanizmus jogi alapját. Az

első Szociálpolitikai Menetrend a szociális párbeszéd megteremtésére, az esélyegyenlőség biztosítására, a szegénység és társadalmi kirekesztődés elleni küzdelemre koncentrált; míg a második szociálpolitikai program (2006–2010) középpontjában a lisszaboni célkitűzések megvalósítása és azok végrehajtása állt (Net8).

A következőkben Claus Offe (Offe, 2006) tanulmánya segítségével kerül bemutatásra a különböző társadalmi szerkezetű tagállamok által biztosított szociális védelemi struktúra, melyek az Európai Szociális Modellhez való közeledése a jövő kérdése. Az Európai Szociális Modell egy normatív elképzelés, és nem egy tényleges, valós helyzet leképeződése. Az első problémát a modell megvalósítása során az okozza, hogy a gazdaságpolitika uniós szinten, míg a jóléti politika alakulása az egyes tagországok szintjén szabályozott. Többféle elképzelés született az Európai Unióban arról, hogyan lehetne a szabályozásokat megvalósítani az elkövetkezendő évtizedekben:

1. Az optimista forgatókönyv szint a szupranacionális szintű *szociális védelmen és az európai státuszjogokon* alapuló rendszer kialakulása (pozitív integráció) a cél. A pozitív integráció hívei szerint szupranacionális szinten koordinált jóléti politikákra van szükség, azaz a szociális biztonság megteremtésének alapját biztosító státuszjogok védelmét a nemzetállamok szintjéről az Európai Unió hatáskörébe kell áthelyezni.
2. Pesszimista forgatókönyv alapján tovább mélyülnek az Unión belüli területi különbségek, és szélesedik a társadalmi kirekesztődéssel érintettek száma, és a *státuszok védelme terén is jelentős különbségek* keletkeznek az egyes tagországok között. A liberális elképzelés szerint a jogegyenlőség érdekében a nemzetállamok a globális folyamatok eredményeként egyre kevesebb áldozatot hoznak a szociális biztonság megteremtése és a versenyképességük megőrzése érdekében.
3. Populista scenario szerint a parlamenti választásokon Európa-szerte *erősödnek a nacionalista és idegengyűlölő pártok hívei*, csökken a szolidaritás, és az együttműködés terei is beszűkülnek. Álláspontjuk szerint egy pozitív dezintegrációs folyamat fog lezajlani a jövő Európájában, ahol a nemzeti határok protekcionista védelme lesz a tagállamok legfontosabb feladata a státuszjogok és a versenyképesség megőrzését érintően. Így tudják ugyanis a globalizáció hatásait kivédeni.

A valóságban a státuszok védelmének alapjait a munka világát érintő szabályozások alkotják. (Offe a státus fogalmán a különböző jogok és kötelezettségek, standardok, hatósági engedélyek, felhatalmazások, törvényben rögzített eljárások, jogszabályok, szubvenciók és privilégiumok pozitív és törvényes összességét érti.) Az intézkedések

betartását törvényekkel, felügyeleti szervekkel, munkaügyi bíróságokkal és a munkáltatók és a munkavállalók közötti érdekegyeztetéseken keresztül biztosítja az állam a munkavállalók számára.

A státuszok védelmét szolgálják a szociális biztonságára vonatkozó ellátási formák is. Ezek közé tartoznak a különböző szociális szolgáltatások is, amelyekre akkor jogosult a munkavállaló, ha egészségi állapotában bekövetkezett negatív változás miatt akadályozva van a jövedelemszerzésben. Ezen intézményrendszer működtetésével az állam a teljes foglalkoztatás, mint elsődleges cél megvalósítását kívánja elősegíteni.

Amennyiben európai uniós tagállamok többségében konszenzus születik arról, hogy szükség van a szupranacionális szintű jóléti politika megvalósítására, az több, jelenleg akadályozó tényező megszüntetését igényli a tagállamoktól. Ezek az akadályok az alábbiak:

1. A szociális védelem tagállamonként meglehetősen eltérő, ezért a szupranacionális szintű szociális rendszer az átlag alatt és az a felett teljesítő államokból ellenzést fog kiváltani.
2. Az európai uniós tagállamok gazdasága fejlettségüket tekintve nagyon jelentős eltéréseket mutatnak.
3. Nagyon jelentős különbségek mutatkoznak az egyes országok között a juttatások rendszerében és mértékében. Ez érvényes a bérek alakulására is.
4. Az eltérő szociális védelmi rendszerek torzítóan hatnak a piaci versenyre is. Azokban az országokban, ahol a munkavállalók járulékaiból finanszírozzák a jóléti kiadásait, versenyhátrányban vannak azokkal szemben, amelyek esetében az adókból finanszírozzák az ilyen típusú kiadások.
5. A szociális védelmet szolgáló rendszerek finanszírozása során az uniós országoknak egyre súlyosabb problémákkal kell szembenéznük, főként az Európában egyre növekvő tartós munkanélküliség hatására.
6. A politikai integráció az unión belül gyenge lábakon áll.
7. Mára világossá vált, hogy a szociális védelmet szolgáló rendszerek fenntarthatósága az adott ország munkaerő-piaci teljesítményének függvénye, mely a tagállamok hatáskörébe tartozik. A munkaerő és a tőke szabad áramlása illetve a Monetáris Unió támasztotta követelményeknek való megfelelés miatt azonban az egyes tagállamok érdeemben éppen arra a területre nem tudnak befolyást gyakorolni, amelytől leginkább függ jóléti rendszereik fenntartása.

A fentiek alapján is látható, hogy a foglalkoztatáspolitikai az Európai Szociális Modell megvalósításának sarokkövévé vált. A 2003-ban a Wim Kok által vezetett Foglalkoztatási Speciális Munkacsoport elismerte, hogy veszély fenyegeti az Európai Unió Lisszabonban megfogalmazott célkitűzéseit. A jelentés felhívja a figyelmet arra, hogy Európának szembe kell nézni a globalizáció, a gazdasági integráció, valamint a *népesség elöregedésének problematikájával* is. A jelentés Magyarországra vonatkozó észrevételeiben többek között megfogalmazta, hogy alacsony a foglalkoztatási ráta főként az általános iskolai végzettséggel vagy azzal sem rendelkezők, a nők és az 50 éven felüli munkavállalók körében. Az uniós szintnél alacsonyabb munkanélküliségi ráta pedig elsősorban az alacsony munkaerő-piaci részvétellel magyarázható. A munkacsoport 2003. évi jelentésében rámutat a magyarországi munkaerő-piaci egyenlőtlenségek területi sajátosságaira, valamint a földrajzi és ágazati mobilitás alacsony voltára. A munkacsoport következő évi jelentése három olyan új cselekvési irányt fogalmazott meg a munkacsoport, melyek köré csoportosult később az Európai Bizottsági foglalkoztatási irányvonala. Ezek a cselekvési irányok:

- vonzóvá kell tenni Európát a beruházók és a munkavállalók számára,
- a tudást és az innovációt a növekedés szolgálatába kell állítani,
- több és jobb minőségű munkahelyet szükséges teremteni az Unió tagállamaiban.

Az Európai Unióban a nyitott koordinációs módszer alkalmazásának következményeképp a tagállamok nem kötelezhetőek egyik irányelv betartására sem, az gyakorlatilag önkéntes alapon történik. A fennálló területi különbségek tükrében nagy a valószínűsége, hogy a nyitott koordináció módszere nem elegendő és elégséges eszköz a foglalkoztatási stratégiai célok megvalósítása terén. A hatékonyságot vélhetően fokozná, ha az Unió jogi eszközökkel befolyásolhatná az egyes nemzeti kormányokat a nyitott koordinációs módszer alkalmazásában.

A foglalkoztatás- és a szociálpolitika feltételeinek szupranacionális szinten való harmonizációjának az Európai Unió nem tudott jelentősen előrelépni. Az ágazati politikák disztributív jellege miatt a végrehajtása attól függ, hogy a jobb foglalkoztatási paraméterekkel rendelkező tagállamok hajlandóak-e finanszírozni a jelentős költségekkel járó harmonizációs törekvések megvalósítását. Ehhez jelenleg a tagállamok hajlandósága és az Unió kapacitása is hiányzik.

Az Európai Parlament 2006-ban közzétett, *A globalizáció és Európai Szociális és Gazdasági Modell összefüggéseiről* szóló állásfoglalása többek között az hangsúlyozza,

hogy a gazdasági növekedés a szociális normák fenntartásának alapfeltétele, valamint hogy a szociális normák a fenntartható gazdasági növekedés alapelemei. Az állásfoglalás szükségesnek tartja az Európai Szociális Modell korszerűsítését, amely alapfeltétele annak, hogy a demográfiai változásokra, a globalizáció hatásaira, illetve az emberi erőforrások alkalmazkodóképességének igényére adekvát válaszokat adhasson. A jövő fejlesztéspolitikájában e válaszok az egyenlőség, szolidaritás, közszolgáltatások elérése, társadalmi kohézió, szociális párbeszéd, szociális védelem, illetve az emberi erőforrások együttműködésen alapuló fejlesztése szempontjainak figyelembevételével szükséges megadni.

2.2. A magyarországi szociális ellátó- és intézményrendszer rövid fejlődéstörténete

2.2.1. A magyar ellátórendszer a szocialista rendszer kialakulásáig

A szociális munka magyarországi története a szocializmusig a nemzetközihez hasonlóan habár eltérő ütemben fejlődött. Az 1900-as évek elején az iparosodás és az urbanizáció következtében nagyobb méreteket öltő szegénység jelentette a legnagyobb társadalmi gondot.

Szociális föld- és lakásépítési program keretében az I. világháború, és a kommün után a háborús veszteségek pótlására mezőgazdasági jellegű ország lévén a társadalom jelentős részét kitevő parasztságnak juttattak földet. A földprogram a Rubinek Gyula által elképzelt földreform koncepció alapján 1920–1939 között valósult meg. A földreform révén a nincstelen tömegek is földhöz jutottak, – tömeges életképtelen birtokokat létrehozva – de a földbirtokos rétegek érdekei sem sérültek. A földreform eredményeképpen 260 ezer házhelyet osztottak ki a falvakban 1939-ig, amelyhez az Országos Falusi Kislakásépítő Szövetkezet nyújtott hosszú lejáratú kölcsönt. A lakáshiány csökkentésében jelentős szerepet kapott az Országos Nép- és Családvédelmi Alap, amely további nyolcezer lakás felépítéshez nyújtott támogatást. Az 1930-as évektől a szociális munkában új paradigma hódított, a családvédelem és a családgondozás. 1940-ben létrejött az Országos Nép- és Családvédelmi Alap (ONCSA), amely a családvédelem pénzügyi hátterét biztosította (Bódi, 2008).

A munkásvédelem, a beteg- és nyugdíjbiztosítás érdekében az 1890-es években alakultak először önszegélyező és vállalati társpénztárak. Ezek olyan betegségeleyező és rokkantpénztárak voltak még, amely egyes gyár- és bányaiparban foglalkoztatottaknak nyújtott szociális szolgáltatást. Az 1907. évi XLV. tc. már a gazdasági cselédekre is betegbiztosítást ír elő. A két világháború közötti fejlődő nyugdíjalapokhoz (OTI,

MABI) az agrárnépesség önkéntesen nem csatlakozhatott, majd csak a II. világháború előtti években nyílt lehetősége a mezőgazdasági munkások részére – kivéve a nők és a két holdnál kevesebb földdel rendelkezők – az Országos Mezőgazdasági Biztosító (OMBI) öregségi biztosítási alapjához csatlakozni (Bódi, 2008).

Szociális közegészségügy megvalósítása érdekében az 1876: XIV. tc. állami feladatként határozta meg a közegészségügyi feladatokat. A jogszabály alapján az egészségügyi hatósági feladatokat lényegében a helyi közigazgatási hatóságok látták el, amelyek a fertőző betegségek ellen igen hatékonyan vették fel a harcot. A falusi népesség körében 1934-től a Zöldkereszt mozgalom, a nagyobb településeken a Stefánia látta el az egészségvédelmi feladatokat, mint az egészségvédelmi körök, tüdő- és nemibeteg gondozó, anya- és csecsemővédő intézetek fenntartói. Az Országos Közegészségügyi Intézet és a fertőző betegségek kezelésére az országos gondozóhálózat felállítása, a kórházak építése, 1898 óta a szegény betegek ápolási díjának az állam térítése mind hozzájárult a közegészségügyi ellátások javulásához (Bódi, 2008).

A *szegénygondozás* keretében az 1900-as évek elején 400 karitatív segélyszervezet működött, köztük 1879-től a Magyar Vöröskereszt Egylet. 1905-ben létrejött a szegénygyám intézménye, ahol a fővárosi szociális munkások felkeresték a szegényeket és véleményezték a segélyezési javaslatokat a látogatások alapján. P. Oslay Oswald, ferences rendfőnök dolgozta ki az ún. egri normát, a nyílt szegénygondozás egyik módszerét. Szegénygondozó bizottság gyűjtötte és osztotta szét az adományokat, munkalehetőséget biztosítottak a rászorulóknak, és megjelent a pszichológiai gondozás is. Megfigyelhető a II. világháborúig az hazai agrár-szociálpolitika feltűnő fejletlensége a városi szociális gondozáshoz képest (Bódi, 2008).

1912-ben *Hilscher Rezső* vezetésével megalakult a Főiskolai Szociális Telep, az első magyar settlement, ahol közösségi szociális munkát végeztek előadásokkal, tanácsadással, munkaközvetítéssel.

2.2.2. Szociális munka az államszocializmus korában

A szocialista országokban a szociális ellátás állami monopóliummá vált (Gayer – Gondos – Hegyesi, 1992). A szociálpolitika alapvető formája ennek értelmében a társadalombiztosítás és a természetbeni juttatás lett. A szociális munkát viszont az állam nem ismerte el, a humánszolgáltató intézményeket bezárta, és a szociális-humán-mentális problémákat sokáig a múlt örökségének tekintette. Megkezdődött a szociális munka

leépítése, beolvasztása az egészségügybe. A szociális földprogramok a megszűntek ezen időszak alatt. Magyarország szociálpolitikai fejlődése ugyanakkor jelentősen eltért a többi közép-kelet-európai országtól. Több szociális intézményt, hálózatot alakítottak ki, főleg 1968 után, és hosszas előkészítéssel 1989-ben megindult a felsőfokú szociális munkás-képzés (Hegyesi, 1994).

A rendszerváltás idején a magyar szociális védelmi rendszer alapvetően univerzális támogatásokból állt (KSH, 2013a).

2.2.3. Szociális ellátó- és intézményrendszer az 1989/90. évi rendszerváltást követően

„A rendszerváltás után a szűkülő erőforrások és a leszakadó rétegek arányának növekedése, vagyis a fokozódó igények szükségessé tették a korábbi univerzális alapon működő rendszer helyett egy rászorultsági alapon működő rendszer kiépítését” (KSH, 2013c, 2.o.).

Az első paradigmaváltásnak azt tekinthetjük, amikor a rendszerváltás időszakában a szociális szükségletek kielégítésének felelősségét radikálisan decentralizálták, a felelősséget és természetesen a feladatokat is nagyobb részt a központi államhatalomtól a helyi önkormányzatokhoz delegálták. Kezdetben a szabályozás is jelentősen decentralizált volt, a helyi önkormányzatok igen jelentős önállóságot kaptak mind a szolgáltatások létrehozása, működtetése, mind a pénzbeli ellátások kialakítása, folyósítása, mind ezek finanszírozása és konkrét szabályozása terén. Ez részben az általános forráshiánnyal volt indokolható (Netl, Baranyi, szerk. 2006; Győri – Mózer, 2006). A forráshiány ellenére is magas maradt viszont az univerzális, valamint biztosítási alapon járó ellátásokra és rendkívül alacsony a kifejezetten jövedelemvizsgálathoz kötött pénzbeli támogatásokra költött államháztartási kiadások aránya (KSH, 2013c).

A második paradigmaváltás az volt, hogy amikor már látszottak a szolgáltatások területén a radikális decentralizálás problematikus pontjai, ezért elindult egy ellentétes irányú folyamat. Egyre több fajta, központilag meghatározott szolgáltatás biztosítására kötelezte a helyi önkormányzatokat, ennek megfelelően hihetetlenül elburjánzott a szolgáltatások központi szabályozása, és egyre több szolgáltatás rendelkezett normatív támogatással, ami különböző mértékben fedezte a kiadásokat. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben és későbbi módosításában már szabályozták a pénzbeli ellátások rendszerét és szerepel a *normatív finanszírozás* is. A centralizációs folyamat mind a mai napig tart. Időközben kialakult olyan szolgáltatás is,

amelynél a pénzbeli támogatás feltétele személyes szolgáltatás igénybevétele (*Net1, Győri – Mózer, 2006*).

A szociális szolgáltatások megszervezése 2011. december 31-ig a települési és a megyei önkormányzatok feladata volt. Az ún. önkormányzati törvény (1990. évi LXV) határozta meg a helyi, települési önkormányzatok feladat- és hatáskörét. Eszerint a települési önkormányzatok kötelező feladata, hogy gondoskodjanak a szociális alapellátásról, a gyermek- és ifjúságvédelmi feladatok ellátásáról, a megyei (fővárosi) önkormányzatok azokat a törvényben előírt feladatokat kötelesek ellátni, amelyek megoldására a települési önkormányzat nem kötelezhető, végül, általában a területi önkormányzatok kötelező feladata a térségi foglalkoztatás összehangolása, valamint, hogy területileg összehangolja a kötelezően ellátandó szociális feladatokat. E feladatok ellátása történhet „kiszereződés” formában is, természetesen ilyenkor a megállapodás egyik alapfeltétele a szükséges működési engedély megléte.

Az Sztv. szerint a kötelezően biztosítandó ellátás típusa a települések lakosságszámától függött. A legalább 2000 lakosú települési önkormányzat, illetve a megyei önkormányzat a településen illetve a megyében élő szociálisan rászorultak ellátásának megszervezése érdekében szolgáltatástervezési koncepciót volt köteles készíteni. Ez az ágazati stratégiai koncepció a megye egészére kiterjedően fenntartja a szociális szolgáltatások helyzetét és meghatározza a fejlesztés irányait. Az Sztv. céljaként a szociális biztonság megteremtését és megőrzését határozza meg, melynek érdekében megfogalmazza az egyes szociális ellátások formáit, szervezetét, a szociális ellátásokra való jogosultság feltételeit, valamint érvényesítésének garanciáit. A szociális gondoskodás Magyarországon a rászorultság elvére épül. Az állam és az önkormányzatok részére azonnali, egyszeri vagy folyamatos segítségnyújtást, az állampolgárok részéről támogatási igényt, illetve stigmát jelent. A szociális biztonság megteremtése szempontjából, azonban nélkülözhetetlen feltétel az egyének, a családok és a helyei közösségek aktivizálása. A szociális rászorultság valaminek a hiánya vagy elégtelensége miatt van jelen a társadalomban élő egyén életében (Sztv.).

A központi állami irányítás korábbi direkt utasításos rendszere helyébe 1993 után ezzel a törvényi szabályozás lépett, majd elkezdődött a központi irányítási rendszer törvényi és jogszabályi kötelezéseken keresztüli újraépülése. Nem az önkormányzatok túlzott önállósága okolható emiatt, hanem az a hibás rendszer, mely a demokratikusan megválasztott, önálló testületekre próbál hárítani olyan feladatokat, melyeket az állam nem tudott, vagy nem akart végrehajtani. Az elmúlt évtizedekben ahelyett, hogy folya-

matos, konstruktív munkálatok folytak volna a központi állam decentralizált és átlátható működési módjának a kialakítására vonatkozóan továbbéltek az alkotmányos jogállamban már nem tartható tévhitek és tendenciák (Győri – Mózer, 2006).

Az Sztv. elfogadását a rendszerváltás után végbement gazdasági-társadalmi változások tették szükségessé, hiszen a társadalom széles rétegét érintette a munkanélküliség és az elszegényedés. A népesség előregedési folyamata ráadásul az 1990-es évektől felgyorsult, ez is hozzájárult a társadalomban meglévő egészségügyi és szociális gondok fokozódásához. Manapság a többgenerációs családmódel egyre kevésbé jellemző, különösen súlyos az egyedül élő idősök helyzete, akik fokozott közösségi gondoskodásra szorulnak. Az Sztv. hatálybalépése óta kiépült a szociális szolgáltatások köre, valamint újabb állami, non-profit és egyházi szolgáltatók is színesítik a szolgáltatói palettát. Magyarország – az Sztv. alapján kiépített magyar szociális ellátórendszerével – a konzervatív jóléti államok közé sorolható, melynek alacsony hatékonysága elsősorban abból fakad, hogy az ellátások csökkentik a munkavállalási hajlandóságot, így a juttatások magas szintjét egyre kevesebb foglalkoztatott (adófizető) finanszírozza, melynek hosszú távú fenntarthatósága kérdéses (NSZK, 2011).

A rendszerváltozást követően szociális kistérségi válságkezelő program keretében indított szociális földprogramok is jelentős szerepet kívánnak betölteni a szociálpolitikai intézkedések között. A program hazánk három régiójában, Észak-Magyarországon, Észak-Alföldön és Dél-Dunántúlon vált elterjedtté, mely összefüggésbe hozható azzal a ténnyel, hogy az ország ezen térségeinek kistelepülésein él a kirekesztettek legnagyobb hányada (Szarvák, 2005).

A szociális földprogram célja a helyi munkanélküliség kezelése, a foglalkoztatás elősegítése, különösen a hátrányokkal sújtott társadalmi csoportok esetében, valamint a feketegazdaság visszaszorítása (Net7). A program olyan hátrányos helyzetű családoknak kíván segítséget nyújtani, akik mezőgazdasági termelésre alkalmas vagyonnal nem vagy csak kis mértékben rendelkeznek. Az állam kedvezményes szolgáltatásokat és egyéb juttatásokat kínál a program résztvevőinek háztáji jellegű kistermelés, illetve állattartás folytatásához. Mindez az egyéni, a közösségi és a települési erőforrások felhasználásával történik. A földprogram, mint természetbeni támogatás, az általános értelemben vett természetbeni juttatásoktól abban különbözik, hogy míg azok többsége egyszeri vagy néhány alkalomra korlátozódó támogatást biztosít a rászorulóknak, addig e program keretében a folyamatosságon van a hangsúly (Jász – Szarvák, 2005).

A szociális földprogram hozzájárul a fenntarthatóság megteremtéséhez, a kedvezményezettek aktivizálásához, a foglalkoztathatósági szintjük javításához, a termelési és értékesítési folyamat tervszerű kialakításához,- beleértve az önellátási képességet, a piaci értékesítést, mely fokozza a helyi társadalom együttműködését és összetartozás tudatát. Számos, a környezeti fenntarthatóságot elősegítő tevékenységet támogat a program, mint például erdészeti és mezőgazdasági fahulladékok, melléktermékek összegyűjtése, feldolgozása; bio- és megújuló energiafelhasználás elősegítése; alternatív fűtési anyagok (pl. biobrikett) és háziipari kézműves és iparművészeti termékek előállítása. Támogatás igényelhető egyebek mellett korszerű és házas ételek készítésére, kiszállítására; szociális bolthálózat működtetésére; bioélelmiszerek előállítására; száraztészta készítésére; gyümölcsfeldolgozásra; gyümölcsle-készítésre és értékesítésre; fűszernövények termelésére és feldolgozására (*Net7*).

A Szarvák Tibor (2008) a szociális földprogramok kapcsán készült tanulmánya is megerősíti, hogy „a program a rurális területeken élő helyi társadalmak megújulási képességét igyekszik katalizálni, vagyis összességében bővíti a vidéki Magyarország szociális és foglalkoztatottsági potenciálját”. A program keretében végzett rendszeres munka a (tartós) munkanélküli rehabilitációjában és a szociális problémák kezelésében nélkülözhetetlen (*Szarvák, 2008, 298*).

A szociális törvény konkrétan is nevesíti azokat az ellátásokat, melyeket ma a jogosultak igénybe vehetnek. A következő részben ezek az ellátások kerülnek bemutatásra.

2.2.3.1. Szociális pénz- és természetbeli ellátások

A jóléti ellátórendszerben megkülönböztetjük a szociális ellátások rendszerében a pénzbeli (időskorúak járadéka, rendszeres szociális segély, ápolási díj, lakásfenntartási támogatás, átmeneti segély, temetési segély) és természetbeni ellátásokat (lakásfenntartási támogatás, átmeneti segély, temetési segély, élelmiszer segély, tankönyv segély, tüzelő segély, közüzemi díjak térítési díjának kifizetése, gyermek intézmények térítési díjának kifizetése, családi szükségletek kielégítését szolgáló, gazdálkodást segítő támogatás, köztemetés, közgyógyellátás, egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság, adósságkezelési szolgáltatás) (Sztv.). Ezen ellátásoknak alapvetően három fajtája van:

- univerzális támogatások, amelyek bizonyos élethelyzetben mindenkinek automatikusan, vagyis alanyi jogon járnak jövedelmi helyzettől függetlenül (közgyógyellátás);

- biztosítási típusú támogatások, azaz általában előzetes járulékfizetéshez kötött adható, igényelhető ellátások (például nyugdíj, gyed);
- rászorultság alapján járó, többnyire jövedelemvizsgálathoz kötött, célzott támogatások, amelyek a szegény vagy egyéb szempontból hátrányos helyzetű társadalmi csoportok helyzetének javítását szolgálják (például lakásfenntartási támogatás, rendszeres szociális segély) (Krémer, 2009).

2.2.3.2. Szociális szolgáltatások

Az Sztv. meghatározza a személyes gondoskodást nyújtó (intézményes) ellátások körét, amelyeket szociális szolgáltatásoknak hívunk. A személyes gondoskodást nyújtó intézmények tevékenysége rendkívül szerteágazó, magában foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat. Az egyes szolgáltatások megszervezhetik önálló formában és integrált szervezeti formában is. Ez történhet egy intézmény keretein belül, illetve az alap, nappali és bentlakásos intézményi formák egymásra épülésével. Az alapszolgáltatásokat minden településen biztosítani kell, míg a szakosított ellátási formákat a 2000 főnél nagyobb lakosságszámú helységekből kell kötelezően fenntartani. A szolgáltatásokat az önkormányzatok, illetve ellátási szerződés keretében az egyházak és civil szervezetek biztosítják, nagyrészt az állami normatíva felhasználásával.

Szociális alapszolgáltatások

Az alapszolgáltatások megszervezésével a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulóknak részére saját otthonukban és lakókörnyezetükben önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáik megoldásában, az alábbi ellátások valamelyikének nyújtásával:

- Falugondnoki, tanyagondnoki szolgálat.
- Szociális információs szolgáltatás.
- Étkeztetés.
- Házi segítségnyújtás.
- Családsegítés.
- Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás.
- Községi ellátások.
- Támogató szolgáltatás.

- Utcai szociális munka.
- Nappali ellátás.

Szociális szakosított ellátások

A szakosított ellátásokat az veheti igénybe, aki kora, egészségi állapota vagy más ok miatt átmenetileg vagy tartósan nem képes ellátni önmagát, nem képes önmagáról gondoskodni vagy egyedül nem képes alapvető biológiai és társas funkcióit ellátni. Ha az idős emberek életkörülményeiben, egészségi állapotukban bekövetkezett változások nem teszik lehetővé, hogy otthonukban maradjanak, azaz állandó felügyeletre, rendszeres gondozásra szorulnak, akkor szociális otthonba kerülhetnek. A törvény alapján a szakosított ellátás keretében a következő szolgáltatásokat biztosítanak a rászorulóknak részére.

I. Tartós bentlakásos intézmények

I.1. Ápolást-gondozást nyújtó intézmény

Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben az önmaguk ellátására nem vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek napi legalább háromszori étkeztetéséről, szükség szerint ruházattal, illetve textíliával való ellátásáról, mentális gondozásáról, egészségügyi ellátásáról, valamint lakhatásáról gondoskodnak. *Ide tartozó intézmények fajták:*

- az idősek otthona,
- a pszichiátriai betegek otthona,
- a szenvedélybetegek otthona,
- a hajléktalanok otthona.

I.2. Rehabilitációs intézmény

A rehabilitációs intézmények a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálják. A Szociális törvény ide sorolja:

- a pszichiátriai betegek,
- a szenvedélybetegek,
- a fogyatékos személyek és
- a hajléktalan személyek rehabilitációs intézményeit.

I.3. Lakóotthon

A lakóotthon 8–12 fő, illetve 14 fő pszichiátriai beteget, vagy fogyatékos személyt – ideértve az autista személyeket is –, illetőleg szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybe vevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít. *Típusai a következők:*

- pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona,
- fogyatékos személyek lakóotthona,
 - fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona
 - fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthona,
- szenvedélybetegek rehabilitációs célú lakóotthona.

II. Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények ideiglenes jelleggel, legfeljebb egy év időtartamra teljes körű ellátást, illetve éjszakai bent tartózkodást biztosítanak. Az ilyen típusú intézmények különösen:

- időskorúak gondozóháza,
- fogyatékos személyek gondozóháza,
- pszichiátriai betegek átmeneti otthona,
- szenvedélybetegek átmeneti otthona,
- éjjeli menedékhely,
- hajléktalan személyek átmeneti otthona.

2.2.4. Szociális ellátó- és intézményrendszer 2012. január 1. és 2012. december 31. között

Az intézményfenntartói rendszer átalakításának 2012 januárjától gyakorlatilag is megvalósított reformját sajátosan és jelentős mértékben meghatározza az a magyarországi regionalizálási folyamatban bekövetkezett új hangsúlyeltolódás, amely a nagyrégiók mellett és/vagy helyett a területfejlesztési feladatokat, jórészt gazdasági megfontolásokból is a megyei önkormányzatokhoz helyezi át, miközben azokat igyekszik tehermentesíteni az intézményfenntartói jogkörök és feladatok alól.

A közigazgatási tartalmuktól és intézményfenntartói szerepüktől tehermentesített megyei önkormányzatok egyre inkább a területi fejlesztések és a területi politika regio-

nális főszereplői lesznek, miközben a hajdan volt közigazgatási funkciók, illetve a korábbi regionális (nagyregiós) jellegű intézmények és intézményfenntartói feladatok egy része a 2011. január 1-jével életre hívott megyei kormányhivatalokhoz, a megyei önkormányzatok kezében lévő intézményfenntartói feladatok pedig a 2012. január 1-jétől megszerveződő megyei intézményfenntartói központokhoz kerültek át a novemberben elfogadott 2011. évi CLIV. törvény és a 258/2011. (XII.7) Kormányrendelet alapján. A törvény célja a törvényesen és átláthatóan működő, a közszolgáltatásokat maradéktalanul biztosító állam működési feltételeinek a megteremtése. A jogalkotó a területi és helyi közigazgatási rendszer megújításával magasabb hatékonyságot, átlátható struktúrát, az ellátási színvonal egységességét, valamint az intézmények hatékonyabb, költségtakarékosabb fenntartását kívánta elérni.

Ilyen előzmények után a korábbi szélesebb hatáskörű önkormányzatok kezelésében tulajdonképpen csak a megyei szintű területfejlesztési feladatok tervezése és végrehajtása maradt. A megyei önkormányzatok feladatainak funkcióváltását elrendelő nemrég született kormánydöntés szerint a területi tervezés teljes mértékben a megyei önkormányzatok feladata lesz, hiszen e szervezetek tudnak megalapozott stratégiát alkotni a saját térségükben, amellyel elkerülhető, hogy a korábbi évekre jellemző módon öletszerű fejlesztések valósulhassanak meg. Így a megyei önkormányzatok a területi fejlesztések főszereplőivé válnak, mert ezáltal helyezhetők ki a források a legeredményesebben és a leggyorsabban az egyes térségekbe. A megyei önkormányzat az elkészített megyei területi terv alapján projektgazdákat kutat fel és segíti azokat mind a tervezésben, mind a projektmegvalósításban.

Kiemelkedő koordinációs szerepet visz a térségben zajló fejlesztési projektekkel kapcsolatban, ezek végrehajtását nyomon követi és értékeli. A közelgő 2014–2020-as tervezési időszak előkészítése keretében szükségessé vált a hazai tervezési környezet újragondolása, egyszerűsítése, összhangban a kohéziós politika uniós szinten zajló megújításával. Az elfogadott koncepció nemcsak a jelenleg rendelkezésre álló források leghatékonyabb hasznosítását célozza, hanem megfelel a következő programozási ciklus stratégiai megalapozása által támasztott igényeknek is (Verdó, 2011).

2.2.4.1. Az intézményfenntartás regionális átszervezésének feltételrendszere

Ami az átszervezést, többek között az új típusú megyei szintű regionalizálás gazdasági és jogi környezetét illeti, nagyon fontos döntést jelentett a 2011. évi CLIV. törvény, az ún.

konszolidációs törvény, amely révén az állami szerepvállalás megerősítésével a megyei önkormányzatok és intézményeik lehetőséget kaptak arra, hogy megszabaduljanak az adósságcsapdától és a mindennapi működési gondoktól. Magyarország versenyképességét az önkormányzati rendszer eddigi működése, az önkormányzatok felhalmozott adósság-állománya ugyanis nagymértékben csökkentette az államadósság újratermelődésével.

Az állam a megyék konszolidációja keretében a megyei önkormányzat fenntartásában lévő egészségügyi, oktatási, szociális, ifjúságvédelmi, közművelődési intézményeket és gazdasági társaságokat, alapítványokat, azok adósság állományával együtt átvette 2012. január 1-jétől. A megyei önkormányzatok hivatalának működéséhez szükséges ingó és ingatlan vagyon továbbra is az önkormányzatoknál maradt a megyei önkormányzat fenntartásában lévő színház és előadóművészeti szervezet mellett. A novemberben elfogadott 2011. évi CLIV. törvény célja a törvényesen és átláthatóan működő, a közszolgáltatásokat maradéktalanul biztosító állam működési feltételeinek a megteremtése. A jogalkotó a területi és helyi közigazgatási rendszer megújításával magasabb hatékonyságot, átlátható struktúrát, az ellátási színvonal egységességét, valamint az intézmények hatékonyabb, költségtakarékosabb fenntartását kívánta elérni (Baranyi, 2008a).

A nagyszabású intézményreform keretében Magyarországon összesen mintegy 475 oktatási, 132 szociális és ifjúságvédelmi, 74 közművelődési és 25 egyéb intézmény, gazdasági társaság, alapítvány működtetését, és 187 milliárd forint adósságot vállalt át az állam. Az állam a fővárosban 13 egészségügyi intézményt és egy gazdasági társaságot vett át az fővárosi önkormányzattól. Ez utóbbi az egészségügyi intézmények beszerzéseit végzi. A végrehajtásról szóló 258/2011. (XII.7.) kormányrendelet tavaly december 7-én jelent, amely rendelkezik a megyei intézményfenntartó központok (a továbbiakban: MIK-ek) felállításáról.

A törvény értelmében a megyei önkormányzatok vagyona és vagyoni értékű joga, a megyei önkormányzatok fenntartásában lévő intézmények, azok vagyona és vagyoni értékű joga, valamint a megyei önkormányzatok tulajdonában lévő jogi személyiséggel rendelkező vagy jogi személyiség nélküli gazdasági társaság 2012. január 1-jén állami tulajdonba kerültek. A költségvetési szerveket az állam a szállítói tartozásukkal együtt vette át. Az átvett egészségügyi intézmények működtetését a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) háttérintézményének, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) látja el. Az egyéb átvett intézmények vagyona tekintetében a kormány által a 258/2011. (XII.7.) Kormányrendeletben meghatározott megyei intézményfenntartó központok kerültek kijelölésre. A vagyonkezelői jog-

viszonyra az MNV Zrt. által kötött vagyonkezelési szerződésekre vonatkozó jogszabályi rendelkezéseket kell alkalmazni.

Az állam 2011. december 30-ai hatállyal átvállalja a megyei önkormányzatok 2011. december 30-án fennálló adósságát és annak járulékait, amelyek kifejezetten és nevesítetten az átvételre kerülő intézményekhez, az általuk ellátott feladatokhoz kapcsolódóan keletkeztek. Az állam összesen, 187 milliárd forint adósságot vállalt át, Hajdú-Bihar megyében 4,2 milliárd forintos adósságállomány került átadásra. Az átvett adósságok kezelését az államháztartásért felelős miniszter az Államadósság Kezelő Központ Részvénytársaság útján végzi el. Az átvételt nem befolyásolta a megyei önkormányzatokkal szemben folyamatban lévő adósságrendezési eljárás (Verdó, 2011).

Az állam és a megyei önkormányzatok az átvételhez kapcsolódó intézkedések végrehajtása során kölcsönösen együttműködve jártak el. Az átadás-átvétel végrehajtása érdekében megyénként intézmény átadás-átvételi bizottság, valamint egészségügyi intézmény átadás-átvételi bizottság működött.

A bizottság vezetője a megyei kormányhivatal kormány megbízottja, tagjai a megyei kormányhivatal főigazgatója, a megyei közgyűlés elnöke, a megyei önkormányzat főjegyzője, a Magyar Államkincstár területi szervének vezetője, illetve az intézményi biztos. Az egészségügyi bizottság vezetője a kijelölt szerv képviselője, tagjai a megyei közgyűlés elnöke, a megyei önkormányzat főjegyzője, valamint a Kincstár területi szervének vezetője. A bizottság és az egészségügyi bizottság feladata a megyei intézményekre vonatkozó átadás-átvételi megállapodás és annak mellékleteinek előkészítése. A feleknek az átadás-átvételi megállapodásokat 2011. december 31-ig kellett megkötönniük. A határidő elmulasztása az intézmények átvételét nem akadályozta. Az átvételre kerülő egészségügyi intézményeket a törvény 1. melléklete tartalmazza. Az egyéb átadásra kerülő intézményeket az átadás-átvételi megállapodás melléklete rögzíti.

2.2.4.2. Megyei intézményfenntartó központok feladat- és hatáskörei

A megyei intézményfenntartó központ ellátja az egyes ágazati jogszabályokban, valamint az átvett intézményekkel összefüggő vagyongazdálkodási, intézmény-fenntartási feladatokat, így mindenekelőtt gyakorolja a Törvény alapján az állam fenntartásába, illetve tulajdonába került nem egészségügyi intézmények felett az egyes fenntartói, valamint a hatáskörébe tartozó költségvetési szervek tekintetében irányítási, illetve középírányítói jogokat és feladatokat, a gazdasági társaságok tekintetében a tulajdonosi

jogokat, valamint az alapítványok, közalapítványok esetében az alapítói jogokat, vagyongazdálkodóként pedig ellátja az intézményi vagyon tekintetében a vagyongazdálkodói feladatokat.

A megyei intézményfenntartó központ vezetője a középírányítói hatásköreit, jogait és feladatait a kormány megbízott egyetértésével gyakorolja. A megyei intézményfenntartó központok az átvett intézmények felett az alábbi középírányítói hatásköröket gyakorolják:

- javaslatot tesz az irányítása alá tartozó költségvetési szervek éves költségvetésére és azt megküldi a miniszternek;
- meghatározza az irányítása alá tartozó költségvetési szervek gazdálkodásának részletes rendjét;
- meghatározza az irányítása alá tartozó költségvetési szervek előirányzatainak felhasználására vonatkozó irányelveket;
- előkészíti és jóváhagyásra a miniszternek megküldi az irányítása alá tartozó költségvetési szervek alapító, megszűntető okiratát, illetve az alapító okirat módosítását;
- előkészíti és az ágazati illetékes miniszternek felterjeszti a költségvetési szervek vezetőjének, gazdasági igazgatójának kinevezését vagy megbízását és felmentését vagy a megbízásának visszavonását;
- jóváhagyja az irányítása alá tartozó költségvetési szervek engedélyezett létszámát, ha annak megállapítása nem a kormány hatáskörébe tartozik;
- kezdeményezheti a kormány megbízott útján a miniszternél a kormány hatáskörébe tartozó költségvetési átcsoportosítást;
- beszámoltatja az átvett intézmény vezetőjét a belső kontrollrendszer működtetéséről;
- vagyongazdálkodóként ellátja az átvett vagyon tekintetében a vagyongazdálkodói feladatokat.

A megyei intézményfenntartó központ az átvett intézményeket érintő feladatok közül mindenekelőtt az alábbiak koordinálásában és végrehajtásában vesz részt:

- szervezi, irányítja és ellenőrzi a szakmai feladatok végrehajtásához szükséges pénzügyi feltételeket;
- összegyűjti, ellenőrzi az intézmények gazdálkodására vonatkozó kötelező, rendszeres és ad hoc jellegű adatszolgáltatásokat, szükség szerint összesítve továbbítja azokat a minisztériumba;

- ellenőrzi az államháztartással összefüggő közérdekű és közérdekből nyilvános adatok kötelező közzétételének, illetve igényre történő szolgáltatásának végrehajtását;
- érvényesíti, illetve – módszertani segítséget is nyújtva – érvényesítteti a költségvetési szervek tevékenységében a közfeladatok ellátására vonatkozó követelményeket, és az erőforrásokkal (így különösen: az előirányzatokkal, a létszámokkal és a vagyonnal) való szabályszerű és hatékony gazdálkodás követelményeit, továbbá számon kéri, ellenőrzi e követelmények érvényre juttatását;
- megállapítja a költségvetési szervek kincstári költségvetését, valamint jóváhagyja az elemi költségvetését, illetve – gazdálkodó szervezet esetében – az üzleti tervét;
- gyakorolja a hatáskörébe utalt előirányzat-módosítási, -átcsoportosítási, -zárolási, -törlési és -felhasználási jogköröket;
- rendszeresen figyelemmel kíséri az intézmények költségvetésének (üzleti tervnek) végrehajtását, a jóváhagyott költségvetési előirányzatok, illetve az azokból ellátandó feladatok teljesülésének veszélye esetén a hatáskörébe tartozó előirányzatoknál, intézményeknél megteszi a szükséges intézkedéseket, illetve kormányzati hatáskörbe tartozó ügyekben a kormány megbízott útján a miniszternél intézkedést kezdeményez;
- felülvizsgálja, értékeli és jóváhagyja a költségvetési szervek költségvetési beszámolóit;
- megállapítja, illetve jóváhagyja a költségvetési szervek pénzmaradványát, előirányzat-maradványát, egyidejűleg meghatározva a kötelezettségvállalással nem terhelt előirányzat-maradvány felhasználásának célját, rendeltetését;
- megszervezi a saját vagy az intézmények feladatkörébe tartozó egyes szakmai, támogatási, illetve európai uniós vagy más nemzetközi forrásból származó támogatásból megvalósuló programok végrehajtását, lebonyolítását.

2.2.4.3. Megyei intézményfenntartó központok létesítése – a Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ

A 2011. december 7-én megjelent kormányrendelet megyei intézményfenntartó központok (a továbbiakban: MIK) felállításáról döntött, amelyeket a közigazgatási és igazságügyi miniszter a megyei kormány megbízottak útján irányít. A MIK-ek önállóan működő és gazdálkodó szervek, a MIK ellátja az átvett intézményekkel összefüggő

vagyongazdálkodási, intézmény-fenntartási feladatokat. Gyakorolja az állam fenntartásába, illetve tulajdonába került nem egészségügyi intézmények felett az egyes fenntartói, valamint a hatáskörébe tartozó költségvetési szervek tekintetében irányítási, illetve középírányítói jogokat és feladatokat, a gazdasági társaságok tekintetében a tulajdonosi jogokat, valamint az alapítványok, közalapítványok esetében az alapítói jogokat, és ellátja a vagyonkezelői feladatokat. A megyei intézményfenntartó központ az átvett – irányítása alá tartozó – intézmények tekintetében számos egyéb szakmai feladatot ellát, amiről a kormányrendelet rögzít.

A közigazgatási feladatok nem láthatók el teljes mértékben központosítottan, számos olyan feladat- és hatáskör van a közigazgatásban, amelyek ellátása sem országosan, sem helyi szinten nem hatékony, ezért épülnek ki a helyi-területi államigazgatási szervek. A MIK-be kerülnek át a megyei önkormányzati hivatalok köztisztviselői, valamint a megyei gazdasági ellátó szervezetek munkavállalói, akik jogállása kormánytisztviselővé változik (Verdó, 2011).

A foglalkoztatotti állományába kerülnek a megyei önkormányzati hivataloknál és gazdasági ellátó szervezeteinél a fenntartott intézmények működtetését, irányítását végző köztisztviselők, közalkalmazottak és munkavállalók. Az egészségügyi intézmények működtetését, irányítását ellátó foglalkoztatottak a GYEMSZI állományába, az egyéb megyei intézmények működtetését, irányítását, valamint az átvett intézményekkel és az intézmények feladataival összefüggésben szakmai feladatokat ellátó foglalkoztatottak a megyei intézményfenntartó központ állományába kerültek át. A megyei önkormányzatok hivatalaiból és gazdasági ellátó szervezeteiből az átvett egészségügyi intézmények fenntartásával összefüggésben funkcionális feladatokat ellátó köztisztviselők és munkavállalók a GYEMSZI, az egyéb átvett intézmények ezen feladatokat ellátó köztisztviselői és munkavállalói a intézményfenntartó központ állományába kerültek.

A tulajdonjog és fenntartói jog átszállása nem érinti az intézmények által foglalkoztatottak közalkalmazotti jogviszonyát, illetve munkaviszonyát. A megyei önkormányzatok gazdasági ellátó szervezeteinél foglalkoztatott munkavállalók tekintetében megvalósuló jogviszonyváltás esetén a Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény 86/B-86/E. §-ait megfelelően alkalmazni kell. A törvény 1. sz. melléklete megénként sorolja fel az átvett egészségügyi intézményeket. Hajdú-Bihar Megyében a Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. átvétele történt meg.

A Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ feladata, hogy az eddig a megyei önkormányzat által fenntartott gazdasági társaságok és intézmények működését, költséghatékony gazdálkodását biztosítsa. A Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ (a továbbiakban: HBMK) 65 főt foglalkoztat.

Mintegy húsz gyermekvédelmi, kulturális, közművelődési és oktatási intézmény működéséről gondoskodnak. A látássérültekkel foglalkozó Kettesy Aladár Általános Iskola és a Győrffy István Kollégium mellett a Pedagógiai Szakszolgálat és a Kós Károly Szakképző Iskola tartozik még a Központhoz. Speciális ellátást nyújt a rászorulóknak Hajdúszoboszlón az Éltés Mátyás, Hajdúböszörményben pedig a Dr. Molnár István Szakiskola. Gyermekvédelmi szervezet a Szakszolgálaton kívül a berettyóújfalui Arany János Gyermekotthon és a Komádi Gyermekotthon. A megyei intézményfenntartóhoz tartozik még a Múzeumok Igazgatósága, a Méliusz Központ és a levéltár, valamint a több telephellyel működő Hajdúsági és Bihari Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft-k. Több százan dolgoznak és több ezer embert látnak el ezek az intézmények a megyében.

A Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ ennek megfelelően 2012. január 1. napjától az állami tulajdonba került Bihari Szociális Nonprofit Kft. és a Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. fenntartásában működő szakosított ellátást nyújtó szociális intézmények útján, ellátási szerződés megkötésével tett eleget a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 88. § (1) bekezdésében előírt kötelező feladatai ellátásának. A társaságok 2007. évet követően a vagyonkezelők, így az intézményfenntartó központok vagyonkezelése alatt is nagyrészt az állami normatíva összegéből és a térítési díjakból fedezik a kiadásokat, de saját üzleti célú bevételeikkel is hozzájárulnak a szolgáltatások nyújtásához.

A Központ önállóan gazdálkodó központi költségvetési szerv, amely viszonylag gyorsan képes döntéseket hozni. A Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium (KIM) alá rendelt középirányítói központi költségvetési szerv vezetőjének egyes intézkedéséhez, döntéséhez a Megyei Kormányhivatal megbízottjának egyetértése is szükséges. Ez a döntési folyamatot nehezíti, illetve meghosszabbítja. A központ költségvetése rugalmatlanabb és „keményebb” költségvetési korlátokkal rendelkezik a korábbi önkormányzati költségvetéshez képest, de egyúttal ez biztosítja az államháztartási hiánycélok tarthatóságát. A költségvetés rugalmatlanságát mutatja, hogy a központ éves költségvetésében szereplő költségvetési típusok (személyi, dologi, felhalmozási) közötti közvetlen átcsoportosíthatóság nem biztosított. A személyi jellegű kiadások előirányzatából lehetséges átcsoportosítani a dologi kiadásokra, de fordítva már nem lehetséges. Ezért tapasztalható, hogy a költségvetési

szerveknél a személyi jellegű kiadások előirányzata gyakran túltervezett, a dologi kiadások előirányzata alultervezett.

A Központ költségvetése ugyanakkor a kiadások feszebb ellenőrzésére és nagyobb pénzügyi fegyelemre tanítja a szervezetet. A központi költségvetési szerv állami vagyont felett gazdálkodik, amelynek gazdaságossága, hatékonysága jobb az önkormányzati működéstől, hiszen kevesebb forrásból ugyanazon feladatokat látja el. A költségvetések egy részének év közbeni zárolása a költségek ismételt átgondolására, végső soron kényszerű megtakarításra kényszerítik a fenntartókat.

2013. január 1-jén a központ az EMMI irányítása alá tartozott, majd 2013. április 1-jétől a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságba történő beolvadással megszűnt. A korábbi feladat és hatáskör újra elosztása révén az immáron megyei kirendeltségek önállóan működő, de önállóan nem gazdálkodó szervezeti egységgé váltak. Költségvetésük nem különül a budapesti központétól, csupán keretgazdálkodást folytatnak.

A szociális és gyermekvédelmi intézményekhez és feladatokhoz nem kapcsolódó feladatok ellátása és intézmények fenntartása 2012–2013 folyamán több lépcsőben kikerült az intézményfenntartó központok feladatai közül.

Elsőként a muzeális intézményekről, a nyilvános könyvtári ellátásról és a közművelődésről szóló 1997. évi CXL. törvény módosításáról szóló 2012. évi CLII. törvény alapján a Központ fenntartásában működő Hajdú-Bihar Megyei Múzeumok Igazgatóságához tartozó muzeális intézmények és a korábban megyei fenntartású könyvtárak 2013. január 1. napjával a települési önkormányzati fenntartásba kerülnek. A Hajdú-Bihar Megyei Levéltár az Országos Levéltár fenntartásába került.

A Klebelsberg Intézményfenntartó Központról szóló 202/2012. (VII. 27.) Korm. rendelet alapján pedig a köznevelési intézmények és sajnos a többcélú, gyermekvédelmi feladatokat ellátó köznevelési intézmények (Dr. Molnár István Iskola, Éltés Mátyás Iskola) is 2013. január 1-jével a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ illetékes tanterületeinek fenntartásába kerültek.

2.2.5. Szociális ellátó- és intézményrendszer 2013. január 1. után

A megyei intézményfenntartó központok működésével összefüggő egyes kormányrendeletek módosításáról 419/2012. (XII. 29.) Kormányrendelet 1.§. szakasza alapján a megyei intézményfenntartó központot 2013. január 1-jétől az emberi erőforrások minisztere irányítja. Ugyanezen jogforrás 6.§ bekezdésében a Hajdú-Bihar megyében lévő

korábban megyei fenntartású intézmények (ezek gyermekvédelmi intézmények és 2 db gazdasági társaság) alapján a megyei önkormányzatok konszolidációja során átvett intézmények gazdálkodással összefüggő feladatait 2013. január 1-jétől a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (Budapest) látja el, az önállóan működő átvett intézmények gazdálkodással összefüggő feladatait a megyei intézményfenntartó központ látja el. A kormányrendelet értelmében a megyei intézményfenntartó központok 2013. március 31-én a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságba történő beolvadással megszűntnek. A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság a megszűnt megyei intézményfenntartó központok általános és egyetemleges jogutóda lett.

Az egyes szakosított szociális és gyermekvédelmi szakellátási intézmények átvételéről és egyes törvények módosításáról szóló 2012. évi CXCV. törvény, amelynek értelmében 2013. január 1-jétől a fogyatékos, a pszichiátriai és a szenvedélybeteg személyek átmeneti és tartós bentlakást nyújtó ellátásának megszervezése és az intézmények fenntartása is állami kötelezettséggé vált. Az átvett intézmények állami fenntartói és módszertani támogató feladatait a 316/2012. (XI. 13.) Kormányrendelet alapján, 2013. január 1-jétől a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság látja el (*Net1*).

Az intézményrendszer átszervezésével kapcsolatos problémák és az új helyzetnek megfelelő szakmai feladatok megoldásának igénye konkrétabb formában mindenekelőtt 2013. április 1-jétől merültek fel, főként a gazdasági társaságok működtetésében. Ami felmerülő problémákat illeti, a megyei önkormányzatok konszolidációja eredményeként a Megyei Intézményfenntartó Központok ideiglenes Szervezeti és Működési Szabályzatáról kiadott 78/2011. (XII. 30.) KIM utasítás szerint a MIK gyakorolja a tulajdonost megillető jogokat az átvett gazdasági társaságok tekintetében. Az MNV Zrt. a társasági részesedés vagyonkezelésbe adásáról 2012. március 26-án írta alá az SZT-37363 számú szerződést a HBMIK-kel. Ennek megfelelően 2013. március 31. napjáig a tulajdonosi döntések meghozatala a következő formában történik.

A Bihari Szociális Nonprofit Kft. és a Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. alapító okirata szerint 2012. január 1. napjától a társaságok alapítója a Magyar Állam. A vagyonkezelői jog gyakorlója a Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ (4024 Debrecen, Piac u. 54.) képviseletében Verdó György, a központ vezetője. Az alapító okirat 9. pontja határozza meg az alapító döntéseit. Ennek megfelelően a taggyűlés hatáskörébe tartozó kérdésekben az alapító határozattal dönt és erről a vezető tisztségviselőt írásban értesíti. Az alapító kizárólagos hatáskörébe tartoznak mindazok a kérdések,

amelyeket a törvény a taggyűlés kizárólagos hatáskörébe utal. Az alapító kizárólagos hatáskörébe tartozik továbbá:

- az éves üzleti terv elfogadása,
- a közhasznúsági jelentés elfogadása,
- bármilyen összegű és típusú hitelfelvétel engedélyezése.

Az alapító üléseinek összehívására a Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ vezetője jogosult. A gazdasági társaságokról szóló 2006. évi IV. törvény 168. § (1) bekezdése szerint az egyszemélyes társaságnál a taggyűlési hatáskörbe tartozó kérdésekben az egyedüli tag – jelen esetben a HBMIK vezetője – dönt. A HBMIK vezetője az egyesülési jogról, a közhasznú jogállásról, valamint a civil szervezetek működéséről és támogatásáról szóló 2011. évi CLXXV. törvény 37. § (4) bekezdése és az alapító okirat 9. pontja alapján a döntéshozatalt megelőzően köteles a felügyelő bizottság írásos véleményét is megkérni.

Az egyes szakosított szociális és gyermekvédelmi szakellátási intézmények állami átvételéről és egyes törvények módosításáról szóló 2012. évi CXCV. törvény 9. § (3) bekezdése értelmében az átvett vagyonba tartozó – az átvett feladat ellátását végző vagy az átvett feladat ellátásában közreműködő – gazdasági társaságokban fennálló tulajdoni részesedések tekintetében az MNV Zrt. megbízási szerződést köt a kijelölt szervvel a tulajdonosi jogok gyakorlására. Kérdéses, hogy

- 2013. március 31. után a Főigazgatóság látja el a gazdasági társaságok vagyonkezelői feladatait, vagy átadja azt a Hajdú-Bihar Megyei Kirendeltségnek. Ez érinti a gazdasági társaságok vonatkozásában a tulajdonosi döntések (alapítói határozatok) meghozatalának jogosultságát. Pl.: alapító okirat, ellátási szerződés módosítása, intézményi térítési díj, pénzügyi beszámoló, üzleti terv elfogadása stb.
- A 2012. évi CXCV. törvény 9. § (3) bekezdésében utalt megbízási szerződés megkötésére – a tulajdonosi jogok gyakorlása vonatkozásában – mikor kerül sor? Amennyiben ez áthúzódik 2013. április 1. utáni időpontra, a köztes időszakban ki jogosult tulajdonosi döntést hozni?

A 78/2011. (XII. 30.) KIM utasítás az átvett gazdasági társaságok vonatkozásában több feladatot is meghatározott. A 316/2012 (XI. 13.) Korm. rendelet azon kívül, hogy a gazdasági társaságokat átveszi, nem határoz meg feladatot kizárólag a költségvetési intézmények vonatkozásában. Azt a speciális működési formát, amely értelmében a szo-

ciális törvény szerinti intézmények fenntartója állami tulajdonban lévő gazdasági társaság, amely a MIK vagyonkezelésében működik, a jogszabály egyáltalán nem kezeli.

2.3. A szakosított szociális ellátórendszer helyzete, nehézségei és megoldásra váró feladatai a rendszerváltás után

Az 1989–90-es rendszerváltozás után olyan kedvezőtlen társadalmi-gazdasági folyamatok indultak el és erősödtek meg, amely az emberek nagyon nagyfokú biztonságvesztésével jártak. A jóléti kiadások GDP arányos mértéke csökkent (NSZK, 2011–2020, 9).

A jelenlegi szolgáltatási rendszer működésével kapcsolatos egyik legfontosabb hiányosság, hogy az *számos diszfunkciót tartalmaz* a hozzáférés megállapítása, valamint igazgatási, szabályozási és finanszírozási megoldások vonatkozásában is. A jóléti szolgáltatások terén az egyik legjelentősebb probléma, hogy a vonatkozó jogszabályokból nem derül ki egyértelműen, hol húzódik a piac, a család/kisközösség, valamint a központi és a helyi, az állam ellátási kötelezettségének határa. A szociális szolgáltatási rendszer a szabályozásából és szerkezeti felépítéséből adódóan nem éri el az egyik legfőbb célját, nevezetesen az egyenlő hozzáférést, ráadásul belső logikájából következően folyamatosan *túlszabályozást* indukál, mivel nincsenek elhatárolva, pontosítva a felelősségi szintek a három szereplő, a közösség, a piac és az állam között. Az igazgatási, szabályozási és finanszírozási megoldások egységes rendszerbe történő integrálása nem történt meg, a különböző funkciók összehangolása csupán esetenként megoldott (NSZK, 2011–2020, 26–27).

A szociális szolgáltatásokat egyre részletesebben szabályozta a központi szabályzórendszer. Mind a normatív finanszírozás kialakult rendszeréből, mind a kötelező feladatellátás kialakult szabályozási rendszeréből logikusan következik, hogy a központi állami szabályozás egyre elburjánzóbbá vált. A tapasztalat azt mutatja, hogy az egyre részletesebb központi állami szabályozás:

- „Egy öngerjesztő folyamattá válik. Újabb és újabb szabályozást indukál, nő az elkövetett hibák száma, azok korrekciója, majd a korrekciók korrekciója, nő a szabályozási ellentmondások előfordulási gyakorisága, a követhetőség és átláthatóság helyett olyan átláthatatlan és ellentmondásos szabályozási-jogi környezet kialakulásához vezet, mely rontja mind a szolgáltatók, mind a rászorulóknak jogbiztonságát, a hozzáférés kalkulálhatóságát.
- Egyre jobban elbürokratizálja a szociális szolgáltatók működését.

- A szociális szolgáltatók körében is egyre szélesebb körben elterjeszti a megkerülés, kijátszás, „kiskapu keresés” mechanizmusait.
- Egyre részletesebb sémákba, előírásokba szorítja a szolgáltatási formákat, egyre kevésbé engedi azok egyedi, problémaorientált kialakítását, működtetését.
- Fokozatosan és jól nyomon követhetően kiszorítja mindazon szolgáltatókat, szolgáltatásokat, melyek az újabb és újabb előírásokhoz nem tudnak (vagy esetleg nem is akarnak) alkalmazkodni.
- Ugyan kivédheti a helyi bürokráciák esetleges döntéseinek káros következményeit, de ezzel párhuzamosan leépíti a helyi szükségletek és érdekek artikulálásának, kifejezésének és érvényesítésének a fontosságát, szerepét, infantilizálja a szükségletek köré szerveződő érdekérvényesítési mechanizmusokat – miközben felerősíti ezek centralizálódását. Ennek is köszönhető, hogy jelenleg nagyon sokan nem értik, vagy teljesen félreértik az Európai Unió helyi, nem-állami szervezetekre irányuló erős támogatási gyakorlatát. Habár e szervezetek jelentős megerősítése a nyitott állam működtetésének és a szabad szolgáltatásvásárlásnak egyik alapfeltétele.
- Egyre több kapcsolódó tevékenység és intézmény kiépülését indukálja, mely egyre jelentősebb kapacitásokat, forrásokat von el a szolgáltatásoktól és a rászorulóktól.
- Az összehangolatlan túlszabályozás további negatív következménye, hogy csökken az ellátásokhoz való hozzájutás átláthatósága, ezzel sérülnek az ellátottak jogai és e jogok érvényesítésének lehetőségei is” (Győri – Mózer, 2006, 7–8).

A következő probléma, hogy a magyar szociális *ellátórendszer nagymértékben decentralizált*, ezért a szolgáltatások sok térségben szétaprózódtak, hiányzik a kapacitások területi összehangolása, nem kapcsolódnak egymáshoz a különféle szolgáltatások. A szociális szféra és igazgatás középírányító szervezeti rendszere sem volt jelen 2012-ig.

A szociális ellátórendszer alig húsz éven keresztül többé-kevésbé kiépült, ugyanakkor sok olyan település, főleg kistelepülés van az országban, ahol nem jutnak érdemi szociális védelemhez a rászorulóknak. Az elaprózott önkormányzati rendszer, valamint a települési lakosságszámtól függő szolgáltatásbiztosítási kötelezettség azt eredményezte, hogy a szolgáltatások éppen a legelmaradottabb térségekbe nem jutnak el („ellátási fehér foltok”). Így sérül a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés elve, amely egyértelműen strukturális okokkal magyarázható (NSZK, 2011–2020, 27–28).

Az önkormányzati törvényt követően megalkotott szociális törvény még csupán megengedő (bővíthető) formában felsorolta a szociális alapellátás körébe tartozó ellátási típusokat, ezt követően terjedt el az újabb és újabb konkrét feladatokra kötelezés rendszere. Az önálló költségvetéssel rendelkező helyi önkormányzatok kötelezése újabb és újabb konkrét szolgáltatási forma létrehozatalára és működtetésére alkotmányossági szempontból is aggályos lehet, nem véletlen, hogy e törvényi kötelezések jogi úton, alkotmányos berendezkedésben nem számonkérhetőek, végre nem hajtásuk nem szankcionálható. A helyi önkormányzatok egy része számára ezek a kötelező előírások nem teljesíthetőek, ezért a kötelező szabályozás ellenére kialakultak ún. ellátási fehér foltok. Ez a látszattmegoldás bizonyíthatóan növelte a települések közötti egyenlőtlenséget, az ellátási hiányok éppen a legszegényebb településeken maradtak fenn, vagy alakultak ki, ahol a leginkább rászoruló népesség lakik. A Szociális törvény az egyes szolgáltatási feladatokat a településen élő népességszámhoz köti, de például vannak olyan kistérségek – pl. az Alföld egyes térségeiben –, ahol nincs olyan népességszámú település, amelynek kötelező lenne a törvényben előírt szolgáltatást biztosítani (Győri – Mózer, 2006).

Újabb problémát jelent a magyar szociális ellátórendszerben, hogy az *alapszolgáltatások és a szakellátás rendszere nem épül egymásra*, nincs kellően rendszerbe integrálva, nincs kapcsolat a különböző rendszerek, szociálpolitikai ágazatok között. A rendszer nem ösztönzi, hogy az egyén és a szűkebb közösség megfelelően gondoskodhasson a rászorulókat ellátásairól. A szociális intézményrendszer egyik legnagyobb problémája a mai napig az, hogy a család minden gondját, krízisét más-más intézmény próbálja „kezelni”, sokszor egymástól függetlenül. Ezáltal az ellátórendszer alacsony hatékonyságúvá válik.

Az elmúlt 20 évben a feladatot ellátók az otthonközeli, olcsóbb alapellátások helyett inkább a drágább szakellátásokat fejlesztették, így a jelenlegi rendszerben az indokoltól nagyobb szerepe van a bentlakásos elhelyezési formának (NSZK, 2011–2020, 28).

Súlyos gazdasági-társadalmi és regionális problémákat vetnek fel a területi, térségi egyenlőtlenségekből származó hátrányok. A társadalmi egyenlőtlenségek ugyanis erős kölcsönhatásban vannak a területi, térségi különbségek növekedésével, amelyek erősödtek a rendszerváltozás óta. Mindennek van egy erőteljes területi szegregáltsága és egyre erőteljesebb etnicizálódása is. A szegény emberek egyre inkább koncentrálnak a hátrányos helyzetű, leromló település(rész)eken. Nőnek a Nyugat- és Kelet-Magyarország, valamint a város-falu közötti egyenlőtlenségek. A szegénység okai között meghatározható az iskolai végzettség, a munkaerő-piaci státusz, a gyerekszám, az et-

nikai státusz, a települési hierarchiában elfoglalt hely. *A szegények 40%-a olyan tartós és mély szegénységben él, ahová a szociálpolitikai eszközrendszer megfelelő módon nem ér el.*

Az ellátórendszerhez való hozzáférés, valamint a szakemberekkel való ellátottság mind a területi megoszlás, mind az erőforrások biztosíthatósága szempontjából nagyon egyenlőtlen, amelyek tovább növelik a társadalmi egyenlőtlenséget (NSZK, 2011–2020, 7–26).

Ugyancsak problémaként jelentkeznek a *kedvezőtlen népesedési folyamatokból* eredeztethető hátrányok. A 2.4.1. pontban leírtak alapján a mai társadalom jelenségei közül a népesség előregedése a legkevésbé vitatható. A demográfiai változások vizsgálatakor szembetűnő, hogy a hazai népesség folyamatos csökkenése a születéskor várható élettartam meghosszabbodásával, a lakosság idősödésével párhuzamosan zajlik. Az időskorúak arányának növekedése nagy kihívás nemcsak az egészségügy számára, de a társadalom egészének is a szociális gondoskodás szempontjából (NSZK, 2011–2020, 6). A csökkenő születésszám mellett az idősek létszámarányának növekedése a 2020. év körül igen súlyos problémát okoz. Magyarországon a „Ratkó-generáció” szülőttei, több százezren mennek majd nyugdíjba a következő 4–5 évben, így a magyar nyugdíjban, illetve nyugdíjszerű ellátásban részesülők száma minden bizonnyal hárommillió fölé ugrik (Krémer, 2009, 332–333). 2010-ben a magyar nyugdíjban, illetve nyugdíjszerű ellátásban részesülők száma 2 921 129 fő, az öregségi nyugdíjban részesülő 1 700 800 fő (Net5).

Nem kis gondot jelent a szociális ellátórendszer működtetésében a *szociális szolgáltatások finanszírozásának* megoldása. A központosítási folyamat során a pénzbeli ellátások egy igen szűk, jól meghatározott körére vonatkozóan fokozatosan kiterjedt a központi állami felelősségvállalás. Megjelent e pénzbeli ellátások központi szabályozása és egyben központi állami, normatív finanszírozása. Szemben a jóléti (pénzbeli) transzferek normatív finanszírozásával, a szociális szolgáltatások terén e gyors és egyre burjánzó központosított szabályozási, finanszírozási folyamatot igencsak problematikus (Győri–Mózer, 2006).

A normatívák mindvégig kötetlen felhasználású normatívák, vagyis amelyik szervezet kapja, bármire használhatja. A normatívák összegének alakulásáról megállapíthatjuk (ismerve az érintett szolgáltatásokra vonatkozó előírások változásait is, valamint az infláció alakulását), hogy a tényleges átlagköltségek alakulásával semmiféle összefüggés nem mutatható ki, ezek az összegek sokszor kimondva is csak kiegészítő támogatásként

működnek, de arra is találunk példákat, hogy túlffinanszíroznak szolgáltatás-csoportokat, nyereségképzés sem kizárt ezekben az esetekben. Mindezzel folyamatosan torzítva a teljes ellátás-szerkezetet. Az önrész (személyi térítési díj) nem haladhatja meg az ellátást igénybe vevő havi jövedelmének:

- 20%-át a házi segítségnyújtásnál,
- 25%-át az étkeztetésnél,
- 30%-át ha a házi segítségnyújtás keretében étkezést is biztosítanak,
- 30%-át a támogató szolgáltatásnál,
- 30%-át a nappali ellátásnál,
- 50%-át a rehabilitációs célú lakóotthoni elhelyezésnél,
- 60%-át az átmeneti elhelyezésnél,
- 80%-át az egyéb tartós elhelyezésnél.

A személyi térítési díj nem haladhatja meg az intézményi térítési díjat, az intézményi térítési díj nem haladhatja meg az egy ellátottra jutó tervezett működési költségeket. Vagyis jelenleg bármekkora is az ellátottak jövedelme, bármekkora az szolgáltatás önköltsége, az állami támogatás összege egységes.

Az alapellátás és a szakellátás finanszírozási rendszere – mely férőhelyeket finanszíroz – nem megfelelő, mert a szakellátások finanszírozása magasabb összegű, mint az alapellátásoké. Ezért a feladatot ellátók az otthonközeli, olcsóbb alapellátások helyett inkább a *drágább szakellátásokat fejlesztették*, így a jelenlegi rendszerben nagyobb szerepe van a bentlakásos elhelyezési formának, mint ami indokolt lenne (NSZK, 2011–2020, 28).

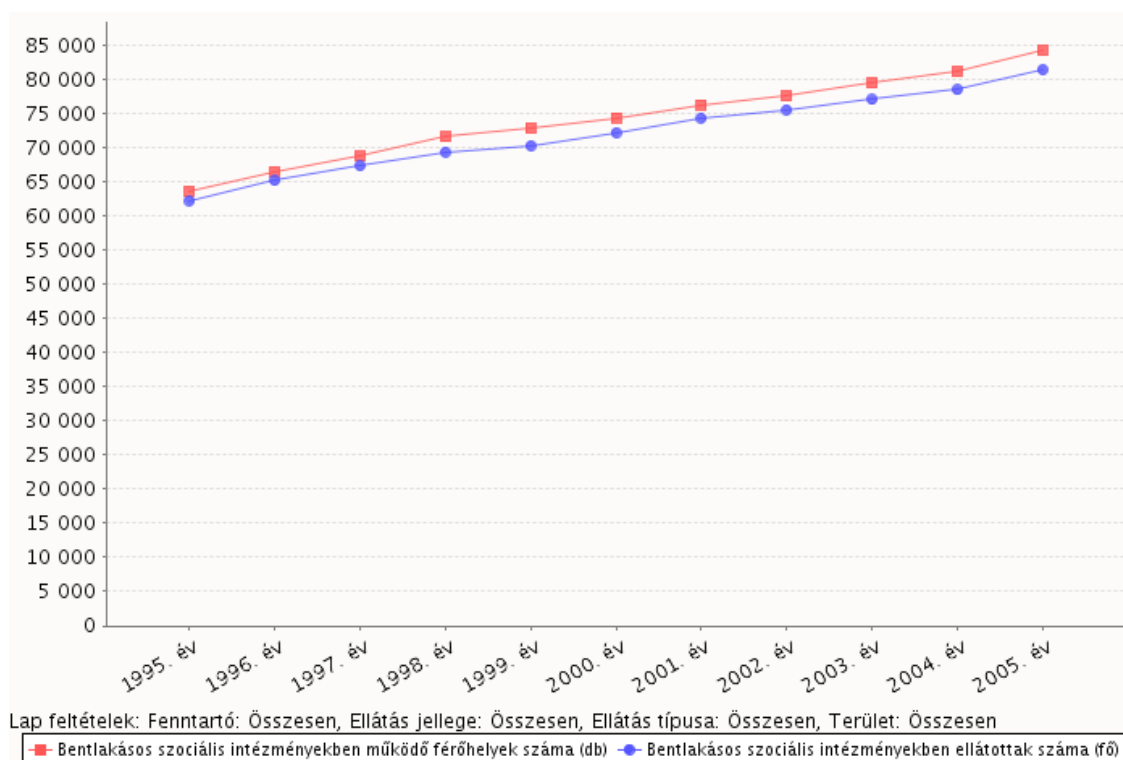
A bentlakásos tartós és átmeneti szociális ellátások keretében az ellátottak létszáma 1995–2005 között 62 265 főről 81 425 főre, azaz 19 160 fővel nőtt. Ez 2,7% éves átlagos növekedési ütemnek felel meg, összesen 30,8%-kal nőtt a vizsgált időtartam alatt. A bentlakásos intézményekben működő férőhelyek száma meghaladta az ellátottak számát. Az 1995. évi 63 570 db-ról 2005 évre 84 224 db-ra, azaz 20 654 db-bal nőtt a férőhelyek száma. Ez 2,85% éves átlagos növekedési ütemnek felel meg, összesen 32,5%-kal nőtt a vizsgált időtartam alatt (*1. ábra*).

A bentlakásos tartós és átmeneti szociális ellátások keretében az ellátottak létszáma 2006–2011 között 84 133 főről 88 886 főre, azaz 4753 fővel nőtt. Ez 1,11% éves átlagos növekedési ütemnek felel meg, összesen 5,65%-kal nőtt a vizsgált időtartam alatt. A bentlakásos intézményekben működő férőhelyek száma meghaladta az ellátottak szá-

mát. A 2006. évi 87 479 db-ról 2011. évre 93 079 db-ra, azaz 5600 db-bal nőtt a férőhelyek száma. Ez 1,25% éves átlagos növekedési ütemnek felel meg, összesen 6,4%-kal nőtt a vizsgált időtartam alatt (2. ábra).

1. ábra

Bentlakásos intézményi ellátás 1995–2005 között



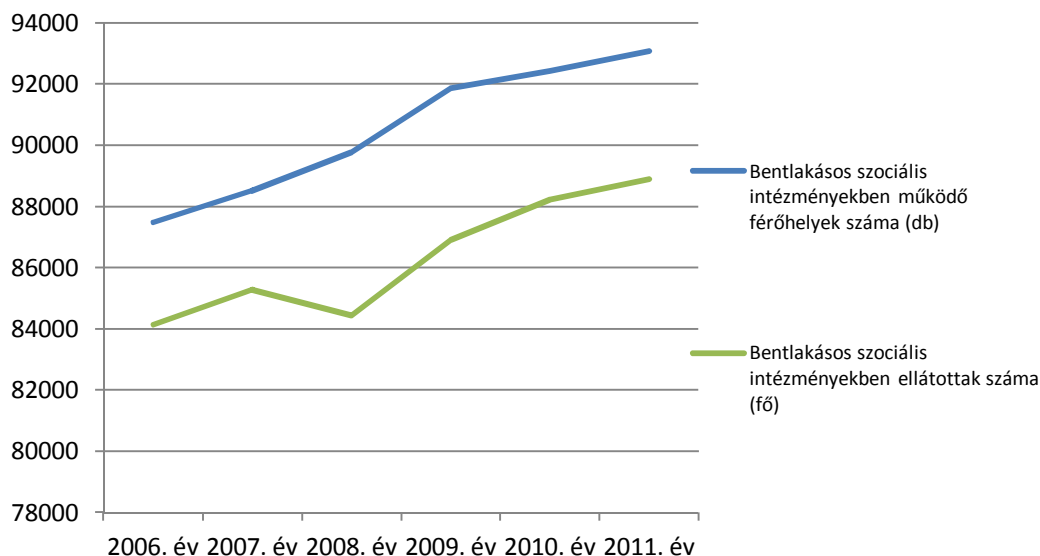
Forrás: Net5.

A finanszírozási feltételek nem ösztönözik a szükségletek figyelembe vételére, hiszen a normatívák sok esetben nem fedezik a tényleges szolgáltatási költségeket. A normatíva összege pedig kiszámíthatatlanul évről-évre változik. A normatív támogatás nem differenciál a szolgáltatások minősége szerint, minden esetben ugyanannyi. Az *alacsony és állandó összegű, kiszámíthatatlanul változó normatívát* az önkormányzatoknak pótlólagos forrásokkal kell kiegészíteniük, de az előbbieket miatt a legszegényebb és leghátrányosabb helyzetű települések önkormányzatai nem tudják en hiányoznak a szociálpolitikai szolgáltatások. Így a szükségletek regionális és területi eltéréseire nem tudott megfelelően válaszolni a szolgáltatási rendszer.

A jelenlegi rendszerben a rendkívül széleskörű jogosultsági kritériumok miatt a potenciális igénybevevők köre meglehetősen tág, ezt finansziális oldalról nem lehet teljes mértékben kielégíteni (NSZK, 2011–2020, 28).

2. ábra

Bentlakásos szociális intézményi ellátás, 2006–2011



Forrás: Net5.

Végül, de nem utolsó sorban rendkívül érzékeny, éppen ezért sürgős megoldást igénylő társadalmi probléma a *szociális ellátórendszerben a működés hatékonyságának és színvonalának a javítása*. Egyre inkább elterjedt a szociális szolgáltatások egyre részletesebb szabályozásához kapcsolódó tevékenységek és intézmények kiépülése. Ilyen a részletes feltételek meglétét ellenőrző állami és módszertani szervezetek valamint a részletes személyi feltételeket biztosító legkülönbözőbb képző szervezetek kialakulása. Ezen kapcsolódó tevékenységek és intézmények nem a szerves fejlődés eredményeként alakultak ki, ezért működésük sokszor a formalizált. Feladatuk nem a szolgáltatások színvonala emelésének elősegítésében, hanem a szabályoknak történő megfelelés erőltetésében merültek/merülnek ki (az ellenőrök nem tudják, mit ellenőriznek; a képzők felkészületlenebbek a képzendőknél stb.).

A központi szabályok gyakori és sokszor ellentmondásos változásai miatt ugyan felduzzad e szervezetek létszáma, ez mégsem tud sem volumenében, sem minőségében lépést tartani az elvégzendő tevékenységek volumenével – ezért hatékonyságuk nem javul. Mindez nem csupán e kapacitásokon keresztül von el egyre jelentősebb forrásokat, hanem maguktól a szolgáltatóktól is alig számszerűsíthető mértékű kapacitásokat köt le e szervezetek és tevékenységek kiszolgálására. Ráadásul e kapcsolódó intézmények és a bennük dolgozók alapvetően érdekeltek nem csak a kialakult finanszírozási, szabályozási mechanizmusok fenntartásában, hanem azok további elmélyítésében is.

Végül, az emberi erőforrás kapacitások korlátozott volta miatt sokszor e kapcsolódó intézmények és tevékenységeik, dolgozóik összefonódnak magukkal a szolgáltató intézményekkel (Győri – Mózer, 2006).

A szociális szolgáltatások rendszeréből hiányoznak a teljesítményre vonatkozó indikátorok. Nem látszanak az eredmények sem a szolgáltatásokhoz, sem a komplex fejlesztési programokhoz kapcsolódóan. Nincsenek olyan átfogó vizsgálatok és hatás-vizsgálatok, amelyek megmutatnák a szolgáltatások beavatkozásának, valamint a szabályozás változtatásának eredményét. A fennálló finanszírozási rendszer nem ösztönöz sem eredményességre, sem hatékonyságra, sem szükségletorientált szolgáltatásokra.

Az esetek döntő részében, forrásszűke miatt az önkormányzatok abban érdekeltek, hogy az ellátások után járó normatívákhoz a lehető legkisebb mértékű forrást biztosítsák. A szolgáltatások egy részénél mivel a hozzáférési feltételek nincsenek kellő egyértelműséggel meghatározva, ezért sok esetben nem azok jutnak hozzá az adott szolgáltatáshoz, akiknek azokra leginkább szükségük van, hanem olyan személyeket von be az ellátásokba, akik képesek lennének öngondoskodásra, vagy akik maguk is meg tudnák fizetni az öngondoskodás képességét pótló szolgáltatásokat.

Ráadásul a jogszabályok csak a szolgáltatások indítási feltételeit határozták meg személyzet és infrastruktúra vonatkozásában. A szolgáltatási kapacitások és tartalmak szükségletekhez való igazítása nem történik meg (NSZK, 2011–2020, 26–27). A települések egyre több központilag meghatározott szolgáltatás létesítésére, működtetésére kötelezése nem számol a tényleges helyi szükségletek struktúrájával, az abból adódó prioritásokkal, elvonja a forrásokat a helyi szükségletek kielégítésére irányuló szolgáltatásoktól. A települések kötelezése egyre több olyan – központilag meghatározott – szolgáltatás létesítésére, működtetésére, amelyek szükségletorientált jellege, helyi fontossága megkérdőjelezhető egyben igen drága is, fokozatosan kiszorítja az egyéb potenciális szereplők részvételét a szociális szolgáltatások területéről (Győri – Mózer, 2006).

2.4. Demográfiai folyamatok főbb tendenciái Magyarországon

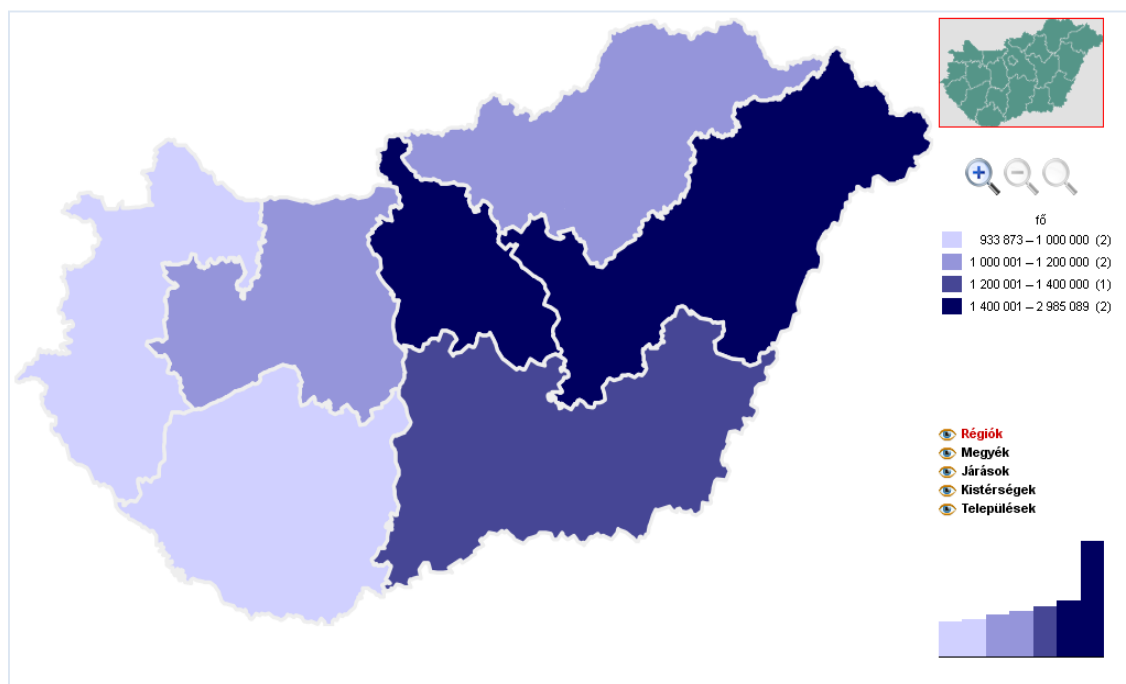
2.4.1. Demográfia folyamatok területi aspektusai

2011. október 1-jén Magyarország lakónépessége 9 937 628 fő volt, amely 261 ezer fővel csökkent 2001. évi adatokhoz képest. A természetes fogyásból eredő 387 ezer fős csökkenésnek mindössze egyharmadát tudta ellensúlyozni a nemzetközi vándorlás 10

éves időszakra számított egyenlege. A népesség nagymértékben az ország középső részére, kisebb mértékben pedig az ország nyugati területeire koncentrálódott (3. ábra).

3. ábra

Lakónépesség regionális megoszlása, 2012. január 1.



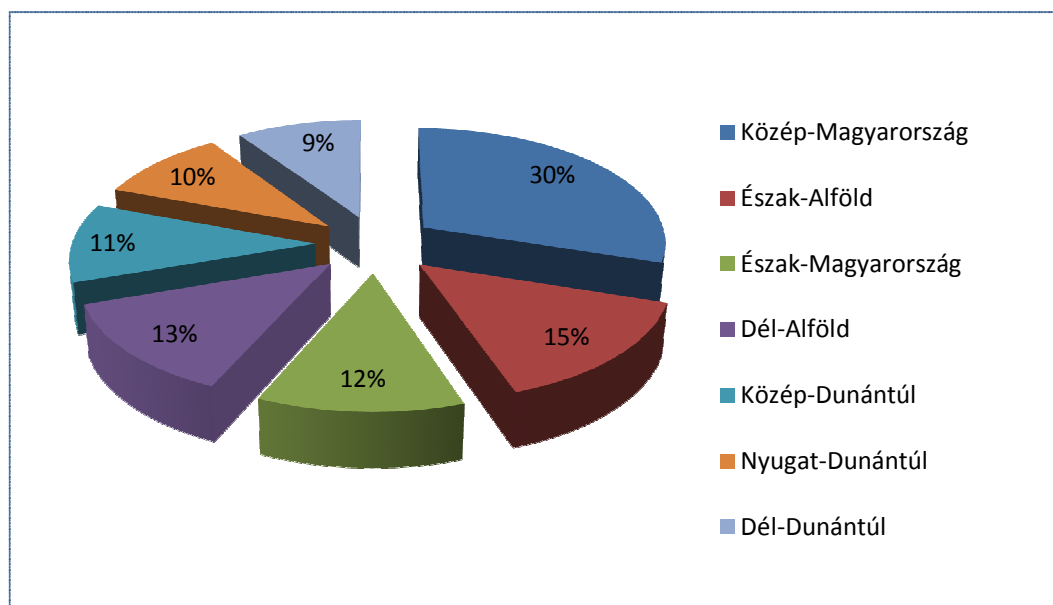
Forrás: Net2.

A 4. ábrán látható, hogy a magyar lakosság 30%-a a Közép-Magyarországi régióban, 1 473 036 fő pedig az Észak-Alföldön él, amely a magyar lakosság 15%-a. Ezt követi a Dél-Alföldi, az Észak-Magyarországi, a Közép-Dunántúli, a Nyugat-Dunántúli és legvégül a Dél-Dunántúli Régió a lakosságszámot tekintve (Baranyi, 1985; KSH, 2013a).

Az elmúlt évtizedben a korábbinál kevesebb gyermek születése, a halálozások mérséklődő trendje, a várható élettartam növekedése együttes eredményeképpen idősödött az ország népessége, amelyet a lenti 2001. évi és a 2011. évi korfák szemléltetnek. 2011. október 1-jén csaknem 250 ezerrel kevesebb gyermekkorú, 171 ezerrel kevesebb 15–39 éves ún. fiatal aktív korú, 92 ezerrel kevesebb 40–59 éves, ún. idősebb aktív korú élt Magyarországon, mint tíz évvel korábban. A legjobb munkavállalási korú 20–59 éves lakosság száma 188 ezer fővel kisebb, mint 2001-ben volt (5. ábra).

4. ábra

Magyarország lakosságának megoszlása a régiók között



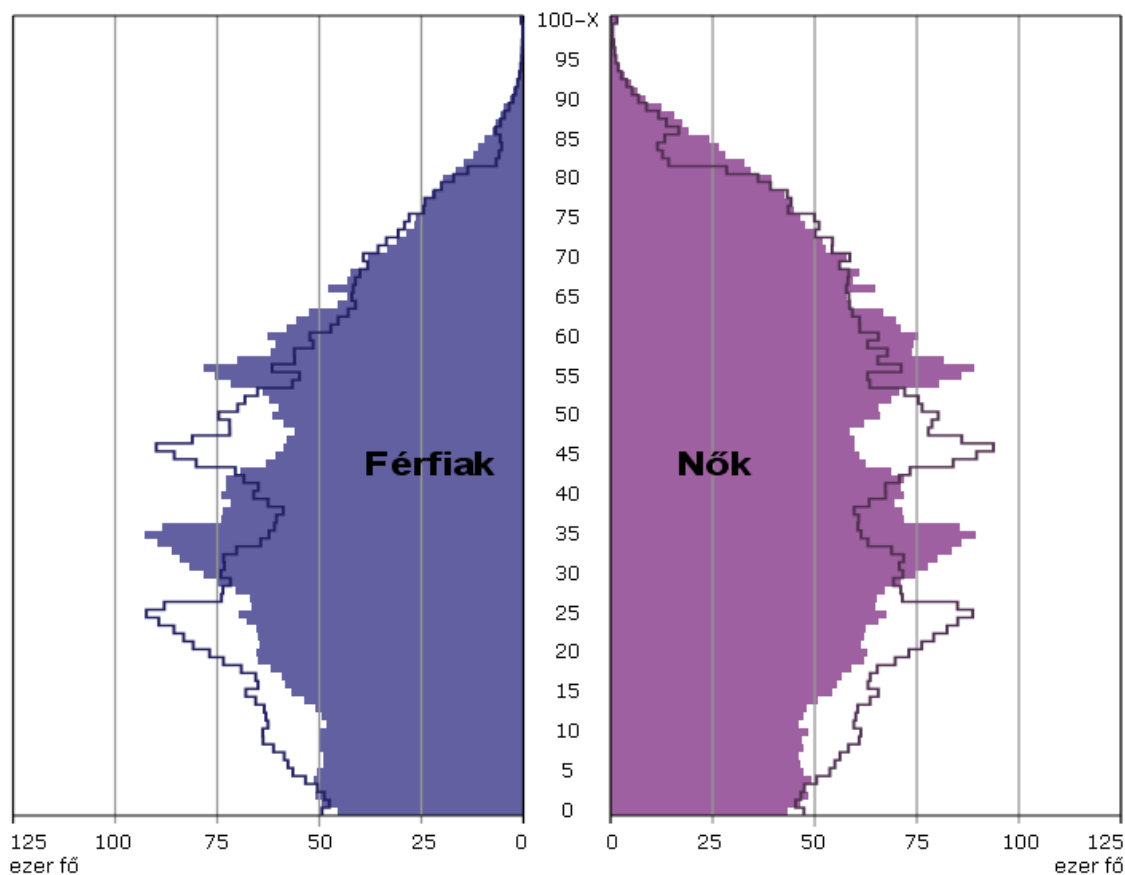
Forrás: Net2 alapján saját szerkesztés.

Az időskorúak közül különösen nagymértékben növekedett a 60–69 éves korosztály létszáma. A 70–79 évesek mintegy 21 ezer fővel kevesebben vannak, mint 10 éve, a 80 évnél is idősebbek száma pedig csaknem 120 ezerrel több, mint 2001-ben, és a növekedés túlnyomó része a nőknél következett be. Az ország lakosságából minden tizedik lakos 70 éves vagy idősebb. *Az elmúlt 10 év alatt az időskorúak száma csaknem 250 ezer fővel több lett (KSH, 2013a).*

A népesség nagy korcsoportjainak létszámváltozása nyomán a felnőttkorúakra jutó eltartási teher az elmúlt tíz évben valamelyest növekedett, száz aktív korúra 2011-ben 61 gyermek- és időskorú társadalmi értelemben vett eltartása hárult, aminek nagyobb részét az időskorúak adják (6. ábra). Az idős népesség eltartottsági rátája az időskorú népességnek (65–X éves) az aktív korú (15–64 éves) népességhez viszonyított arányát fejezi ki. Az indikátor a népesség korösszetételéről nyújt információt, amelynek a társadalmi ellátó rendszerekben van jelentősége. A száz aktív korúra jutó időskorúak száma Pest (21,2%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (20,2%) és Hajdú-Bihar (22,0%) megyében a legalacsonyabb, Budapesten (27,4%), Békés (28,1%), Nógrád (27,2%) és Heves (27,1%) megyében a legmagasabb. A magyarországi időskorú népesség 2000–2012 közötti eltartottsági rátájának változása a 4. mellékletben található. Esetünkben az idősor az jelenti, hogy az időskorúak eltartása növekvő terhet jelent a munkavállalási korú népesség számára, hiszen a vizsgált időtartam alatt 21,4%-ról 24,6%-ra nőtt (Net2).

5. ábra

Magyarország népességének száma nemek és életkor szerinti korfája 2001-ben és 2011-ben



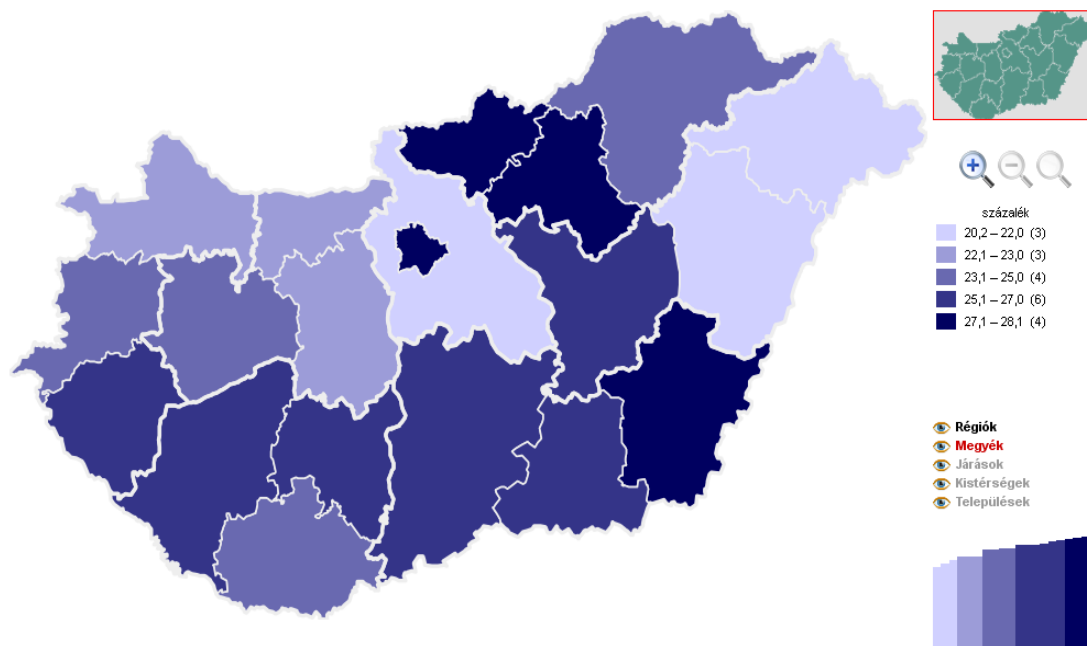
Forrás: Net3.

A főváros népessége hagyományosan az országos átlagnál idősebb korösszetételű: a gyermekkorúak aránya mindössze 12, az időskorúaké kiemelkedően magas, 25 százalékos. Ebben a vándorlási folyamatok, valamint az országos átlagnál magasabb várható élettartam is szerepet játszik. A megyék közül a növekvő népességű Pest megyén kívül Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében magas a gyermekkorúak aránya.

Az aktív korúak Fejér, Győr-Moson-Sopron és Hajdú-Bihar megyében a népességnek több mint 63 százalékát adják, ugyanakkor ez az arány alig több mint 60 százalék Békés, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Nógrád és Somogy megyében. Az időskorúak legnagyobb arányban Békés, Heves, Nógrád és Zala megyékben vannak jelen, ezekben a megyékben minden negyedik lakos 60 éves vagy idősebb. A népesség nemek szerinti megoszlása időről időre csak kismértékben változik. Időskorban a férfiak magasabb halandósága miatt a nők aránya magasabb.

6. ábra

Idős népesség eltartottsági rátája 2012. január 1.



Forrás: Net4.

Ugyanakkor több fiú születik, mint lány, de az életkor előrehaladtával a születéskor kialakult „férfitöbbség” mérséklődik. A 2011. évi népszámlálás adatai szerint a nemek aránya a 43. életévben egyenlítődik ki, az ennél magasabb életkorú lakosság körében már „nőtöbbség” van. Ennek megfelelően az idősebb korösszetételű területi egységekben az átlagosnál magasabb a nők aránya. 2011-ben a megyék közül a Fejér és Győr-Moson-Sopron megyében volt a nemenkénti arány a legkiegyenlítettebb, a legnagyobb „nőtöbbség” pedig Budapesten és Heves megyében. Ezer férfira 2011-ben 1106 nő jutott. A nő-többség növekedésének üteme az elmúlt évtizedben kisebb volt, mint korábban, a nemek szerinti megoszlás kiegyenlítettebb lett, az idős korosztályokban – a férfiak halandósági viszonyainak javulásával párhuzamosan – csökkent a nők létszámtöbblete (5. ábra).

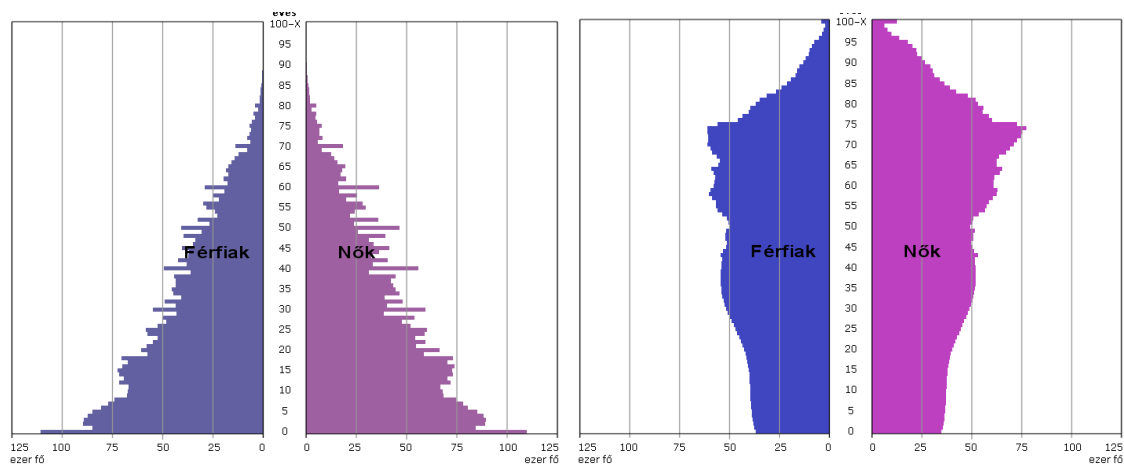
A demográfiai előrejelzések azt mutatják, hogy társadalmunk idősödése tovább folytatódik, nőni fog az idősek száma és aránya is. 2050-re várhatóan a 15 év alatti népesség kevesebb mint hetedét adja, míg a 60 év felettiak a több mint egy harmadát teszik ki a teljes népességnek. Ezt mutatja a következő 7. ábra.

A kedvezőtlen gazdasági viszonyok között végbemenő demográfiai folyamatok, a népesség korösszetételének megváltozása, a lakosság öregedése és az alacsony termékenység mellett megnyilvánuló alacsony foglalkoztatás, magas inaktivitás miatt a csök-

kenő erőforrásokból kell a mindinkább növekvő szükségleteket kielégíteni. Ha a jelenlegi tendenciák megmaradnak, az eltartottak száma 2030-tól meghaladhatja a munkavállaló korosztály létszámát (KSH, 2013b, 2).

7. ábra

Magyarország népességének száma nemek és életkor szerinti korfája 1900-ban és 2050-ben



Forrás: Net3.

Az bentlakásos intézményekben ellátottak számára és a férőhelyekre vonatkozó idősorok elemzés a 2.3. fejezetben található. Míg a 11. mellékletben látható, hogy az átmeneti és a tartós szociális szolgáltatásokra 2000 és 2010 között több mint 20–20%-os emelkedés volt tapasztalható.

2.4.2. Hajdú-Bihar megyei demográfiai adatok

2.4.2.1. A megyei földrajzi elhelyezkedése

Hajdú-Bihar megye Magyarország keleti részén, az Észak-alföldi régióban helyezkedik el, 6211 km² területén 2011. október 1-jén az ország népességének 5,5% élt. Természetföldrajzi szempontból tekintve nem egységes szerkezetű, északkeleti részét a Nyírség déli tája, és az Érmellék, a közepét a Hajdúság, nyugati, északnyugati részét Hortobágy és Borsodi-ártér, déli részét a Berettyó-Körösök vidék kistájai, a Sárrét, Bihari-sík alkotják. A megye teljes egészében az Alföldhöz tartozó jellegzetes síksági táj, ásványkincsekben szegény, de a kiváló termőtalaj és a termálvíz értékes természeti adottságok (Baranyi, szerk. 2008).

Hajdú-Bihar megye székhelye Debrecen, az ország második legnagyobb városa. A megye mai formája viszonylag új keletű, jelenlegi közigazgatási kereteinek kialakítására alig több mint fél évszázada, az 1950-es megyerendezés során került sor. Hajdú-Bihar megyében az átlagosnál kevesebb a településszám, mindössze 82 település található, amelyből 21 város, 11 nagyközség és 50 község. A megye három legnépesebb és legnagyobb kiterjedésű városa Debrecen, Hajdúböszörmény, és Hajdúszoboszló. Településeinek területarányai azt mutatják, hogy a 20 város területe (a megyeszékhely nélkül) összességében nagyobb, mint a községek és nagyközségek területe. A népességszámokkal összevetve ez arányosságot mutat, hiszen a megye lakosságának csupán egyötöde lakik a falvakban (*Baranyi, 1998; 2008b*).

A települések kilenc kistérségre tagolódnak. A kilenc kistérség közül egy (Berettyó-újfalui) az ország leghátrányosabb helyzetű (LHH) 33 kistérsége közé tartozik (*Gazdasági Program, 2011*).

2.4.2.2. A megye demográfiai mutatói

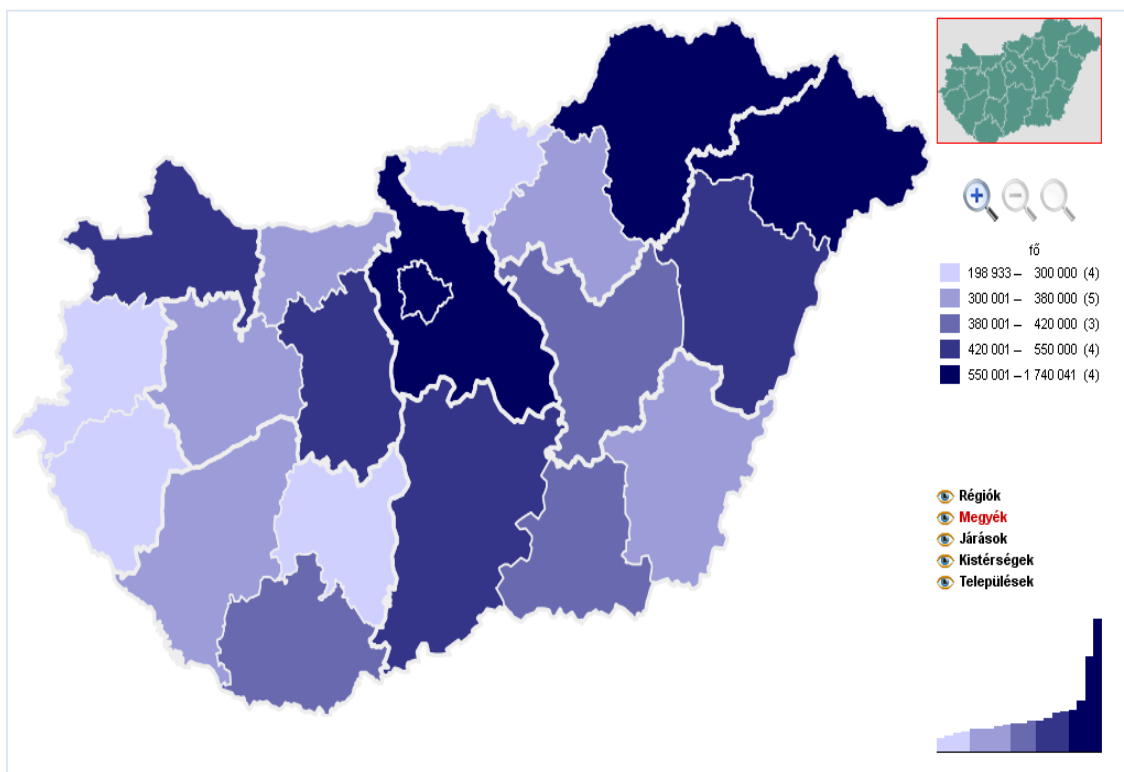
A legnépesebb régiókban találhatóak természetesen a legnépesebb megyék is (8. ábra). A legutóbbi népszámlálás szerint Hajdú-Bihar megye lélekszáma és népességaránya alapján Pest, Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéket követően a negyedik legnépesebb megye. Népsűrűségét (88 fő/km^2) tekintve azonban már a megyék rangsorában a 8. helyen áll.

2011. október 1-jén Hajdú-Bihar megyében 546,7 ezer fő élt, 1,1 százalékkal kevesebb, mint a 2001. évi népszámláláskor, de Hajdú-Bihar megye így is Magyarország negyedik legnagyobb megyéje maradt. A népességszám csökkenésének egyik és leglényegesebb befolyásoló tényezője, hogy a halálozások száma 10,9 ezer fővel meghaladta az élveszületések számát. Ezt a természetes fogyást 4,6 ezer fővel mérsékelte a megye vándorlási nyeresége, amely nagyjából a nemzetközi vándorlásból eredt (*1. táblázat*) (*KSH, 2013b*).

A népesség természetes fogyása országosan már 1981 óta tart, Hajdú-Biharban ez a folyamat csak az 1990-es években kezdődött. A 2001. évi népszámlálás adatai szerint a megye azon kevés térségek közé tartozott, ahol az országos tendenciával ellentétben még emelkedett a népességszám. A megye 2001–2011 közötti népességfogyása az országosan mért 2,6 százaléknál mérsékeltebb, és a megyék között a legkisebb ütemű volt (*1. táblázat*). Népességnövekedést mindössze Pest és Győr-Moson-Sopron megyében regisztráltak.

8. ábra

Lakónépesség száma megyei bontásban, 2012. január 1.



Forrás: Net4.

1. táblázat

Hajdú-Bihar megye lakónépessége változásának tényezői

Településtípus	Természetes szaporodás (+), illetve fogyás (-)	Vándorlási különbözet, egyéb változás (+, -)	Lakónépesség, 2011		
			2001 és 2011 között, fő	fő	a 2001. évi százalékában fő/km ²
Megyeszékhely	- 2 750	3 036	211 320	100,1	457,7
Többi város	- 4 389	879	227 444	98,5	79,7
Városok összesen	- 7 139	3 915	438 764	99,3	132,4
Községek, nagyközségek	- 3 746	693	107 957	97,2	37,3
Megye összesen	- 10 885	4 608	546 721	98,9	88,0

Forrás: KSH, 2013b.

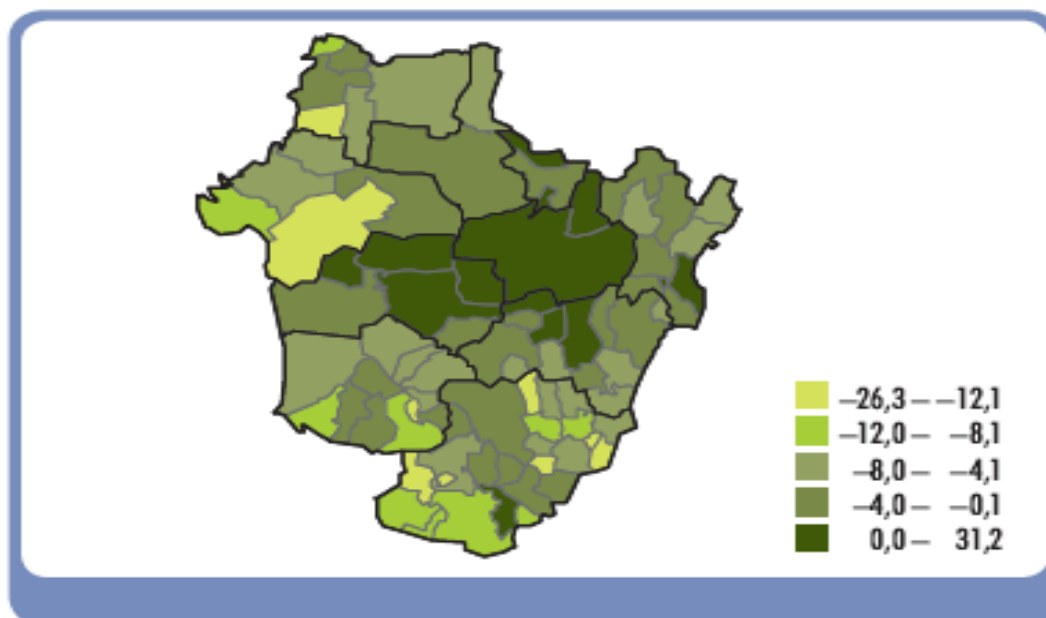
A települések átlagos népességszáma 6561 fő, ami a vidéki átlag több mint kétszerese. Ez egyrészt Debrecen 207 594 fős lélekszámának, valamint a megye középső és keleti részén található nagy népességszámú településeknek (Hajdúszoboszló, Hajdúböszörmény, Hajdúnánás, Püspökladány, Hajdúhadház, Hajdúsámson, Tiszavasvári, Bal-

mazújváros, Nádudvar, Karcag) köszönhető. A városok átlagos népessége 21 ezer fő körül, a községek lakóinak átlagszáma 1700 fő körül alakul. A megyeszékhelyen koncentrálódik a megye népességének közel 40%-a, ami egyúttal a legnépesebb járás is. A megye teljes népességének 20%-a él nagyközségben, községben.

Az egyes település csoportok közül egyedül a megyeszékhely népessége (211,3 ezer fő) nem csökkent 2001–2011 között (9. ábra), a megye többi városában – kivéve Hajdúhadház járás – és községeiben kevesebben éltek, mint 2001-ben. A természetes fogyás ütemét a vándorlási pozitívum a Debreceni, a Derecskei és a Hajdúszoboszlói járásban ellensúlyozta, így e járások népessége összességében nőtt. Ugyanakkor a Nyíradonyi járásban a migrációs többlet csak mérsékelni tudta a lakónépesség csökkenését, a többi járásban pedig a negatív vándorlási egyenleg fokozta a népesség fogyását. 2011. október 1-jén a megye lakosságának 39 százaléka Debrecenben, további 41 százaléka a többi városban, 20 százaléka községekben élt. Összességében egy km²-re 88 fő jutott. A megyeszékhely népsűrűsége az átlagos 5,2-szerese, 458 fő/km² volt (KSH, 2013b).

9. ábra

A lakónépesség változása 2001. február és 2011. október 1. között, %

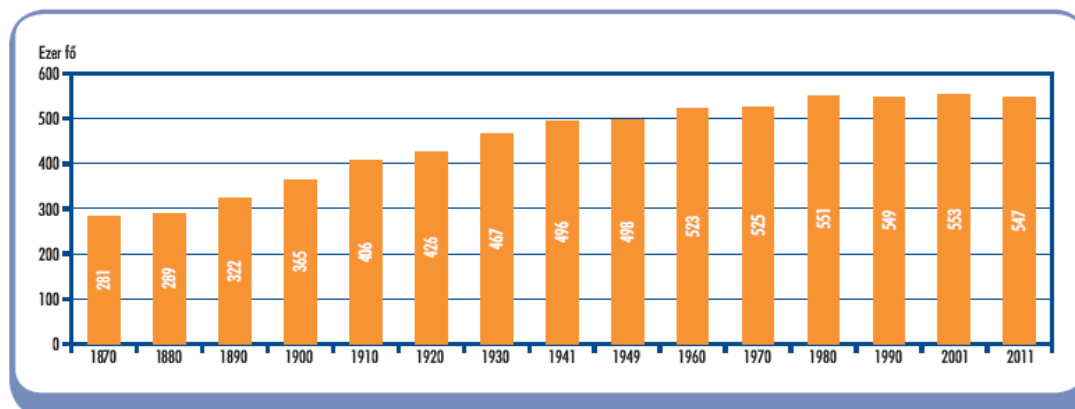


Forrás: KSH, 2013b.

A megye lakónépessége 1990-től 1999-ig nőtt, azóta lassan csökken (10. ábra). A megye népsűrűsége 88 fő/km², ez az országos értéknek (110 fő/km²) mindössze 80,0 százaléka. (HBMÖ Gazdasági Programja; KSH Népszámlálás, 2011).

10. ábra

A népesség alakulása Hajdú-Bihar megyében 1999 és 2011 között



Forrás: KSH, 2013b.

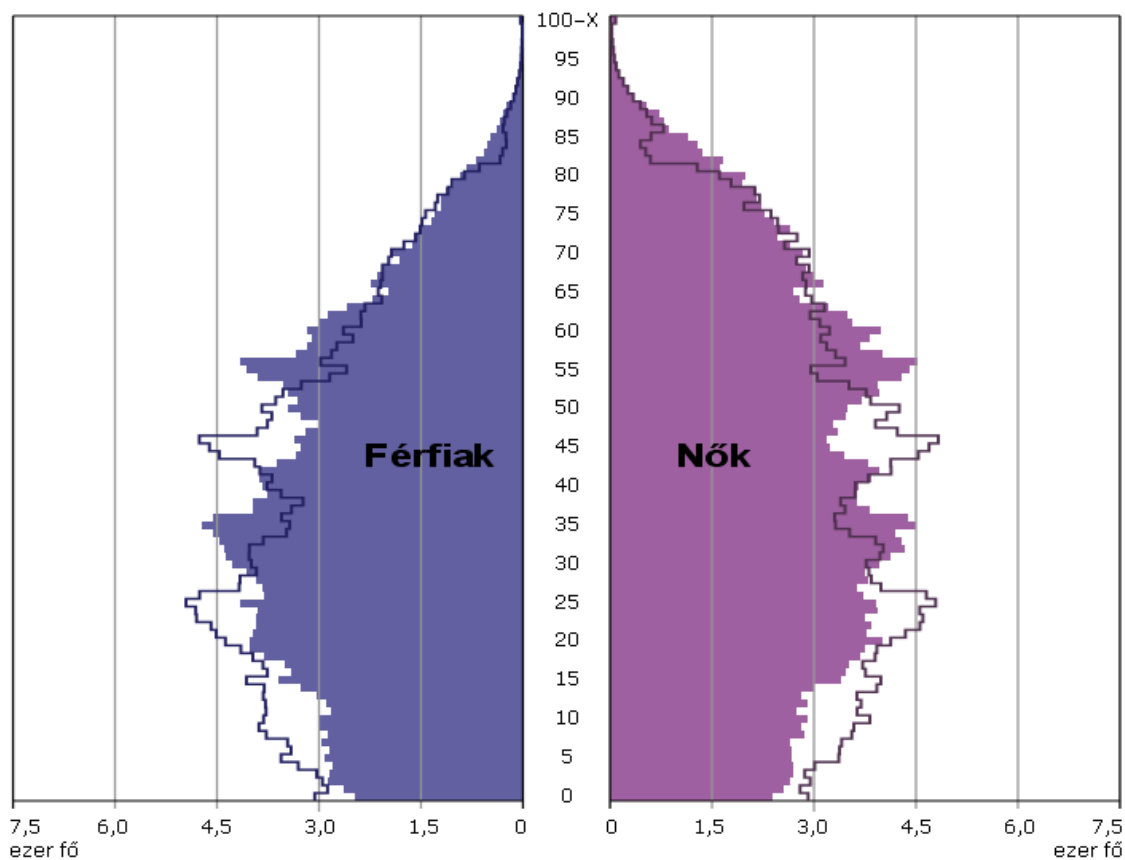
A 11. ábrán Hajdú-Bihar megye 2001. évi korfájának fekete kontúrja és 2011. év korfája látható. A népesség *nemek* szerinti megoszlásában a nőtöbbség 2001–2011 között nagyobb lett, így 2011. október 1-jén ezer férfira 1092 nő jutott, 3-mal több, mint a 2001. évi népszámláláskor. A nemi arálynak az életkor emelkedésével fokozódó torzulását a férfiak és a nők halandóságának különbözősége magyarázza, mindazonáltal mindkét nem életkilátásai javulnak.

A népesség *korösszetételének* változása leginkább a fiatalok, illetve a gyermekkorúak arányának csökkenésében, valamint az időskorúak arányának növekedésében nyilvánult meg (2. táblázat). A főbb korcsoportokat tekintve 2001 óta a legjelentősebb visszaesés a 6–14 évesek körében történt, számuk 20%-kal maradt el a tíz évvel korábbtól. Az ennél fiatalabbak (0–2 és 3–5 évesek) száma szintén jelentősebb mértékben, 12–13 százalékkal csökkent. A 15–39 évesek létszáma kevésbé, 2,5%-kal mérséklődött 2001-hez képest. Az e feletti korcsoportok lélekszáma azonban rendre magasabb volt a 10 évvel korábbinál. Kiugró ütemben (28 százalékkal) a 60–62 évesek száma bővült, a 70 évesnél idősebbeké pedig 14 százalékkal haladta meg a 2001. évit.

Az eltartottsági ráták és az öregedési index komplex módon tükrözi a korstruktúrát, illetve annak változását. Az öregedési index, a száz gyermekkorúra jutó időskorúak száma 2001-ben még 100, 2011-ben 138 fő volt. A megye egyes térségei, illetve járásai viszonylatában ez a mutató jelentősen eltér. A település típusa szerint az öregedési index a megyeszékhelyen volt kiugróan magas (159).

11. ábra

Hajdú-Bihar megye népességének korfája 2001. és 2011. években



Forrás: Net3.

2. táblázat

A férfiak és a nők száma kiemelt korcsoportonként, 2011

Korcsoport, éves	Férfi	Nő	Együtt	A 2001. évi százalékában	Ezer férfira jutó nő
		fő			
– 2	7 830	7 479	15 309	87,1	955
3–5	8 648	8 157	16 805	88,2	943
6–14	26 980	25 651	52 631	79,6	951
15–39	99 256	96 232	195 488	97,5	970
40–59	72 512	77 130	149 642	101,7	1 064
60–62	9 603	11 626	21 229	127,9	1 211
63–65	7 669	9 408	17 077	110,2	1 227
66–69	8 670	11 873	20 543	105,0	1 369
70–	20 111	37 886	57 997	113,8	1 884
Összesen	261 279	285 442	546 721	98,9	1 092

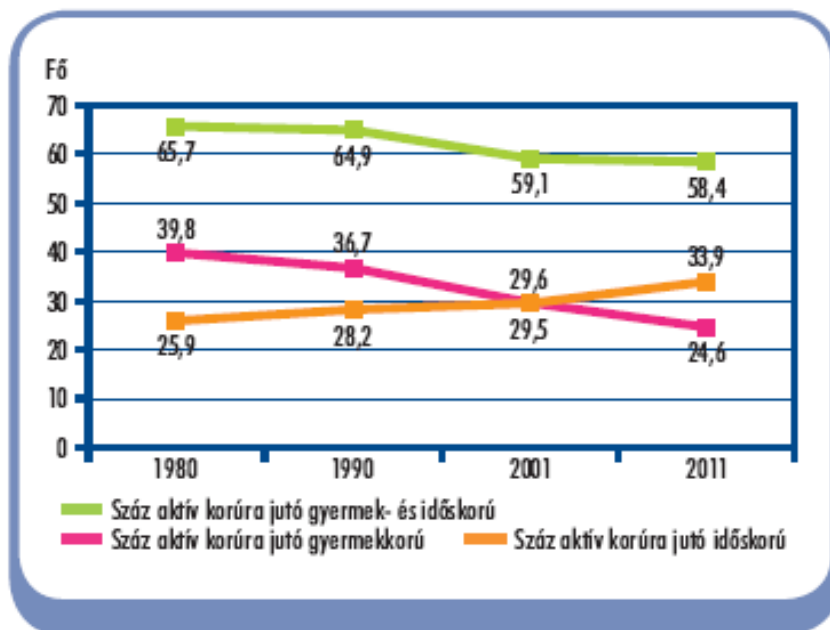
Forrás: KSH, 2013b.

Említésre érdemes a Hajdúhadházi járás igen alacsony mutatója (78) is. Ez utóbbi alacsony érték a településen a roma népesség megyei átlagnál nagyobb arányával magyarázható, akiknél magas a születési arányszám. A népesség korösszetételének válto-

zása befolyásolja az aktív korú népesség eltartási terhét, azt hogy – társadalmi értelemben – mennyi gyermek-, illetve időskorú eltartása hárul rá. A gyermeknépesség eltartottsági rátája – összefüggésben az élveszületések csökkenésével – folyamatosan mérséklődik, és 2011-ben száz aktív korúra már csak 26 gyermekkorú jutott (12. ábra).

12. ábra

Száz aktív korúra jutó gyermek és időskorú Hajdú-Bihar megyében



Forrás: KSH, 2013b.

Az idős (59 év feletti) népesség eltartottsági rátája (34) ugyanakkor folyamatosan emelkedik, és 2011-ben a korábbiaktól eltérően meghaladta a gyermeknépességét is. A teljes eltartási teher a megyében összességében alig változott; a 2001. évi 59-ről 2011-re 58-ra mérséklődött. A mutató értéke a megyeszékhelyen alacsonyabb, a többi város és a községek átlaga magasabb a megye egészére jellemzőnél. A mutató a települések népességszámának csökkenésével többnyire növekszik. A 200 főnél kisebb településeken száz aktív korúra már 123 gyermek és időskorú jutott. Az időskor határa népszámlálási terminológia szerint a 60. életév, azonban egyre elterjedtebben a 65. életévet tekintik annak, összefüggésben az átlagéletkor emelkedésével. Az időskorú népességben belül megfigyelhető a legidősebbek számának és arányának a csoport egészére jellemzőnél intenzívebb növekedése. Így 2001 óta az időskorú népesség felét a 70 évesek és idősebbek adják.

Korösszetételét tekintve a megyei népesség fiatalabb az országosan jellemzőnél. A férfiak (38 év) átlagos életkora mintegy másfél, a nők (41 év) pedig két évvel alacsonyabb az országos átlagnál. A népesség átlagosnál kedvezőbb korösszetételét az is jelzi, hogy a megyében száz gyermekkorúra lényegesen kevesebb (138) időskorú jutott, mint országosan. Ennél alacsonyabb értéket csak Szabolcs-Szatmár-Bereg (114) és Pest (126) megyékben regisztráltak. A mutató értéke országosan 161 volt. A száz aktív korúra jutó gyermek- és időskorúak együttes száma (58) szintén alacsonyabb az országosan kialakultnál (61). Ez egyben azt is jelenti, hogy a megyei aktív korúak úgynevezett eltartási terhe még valamivel alacsonyabb, mint országosan (KSH, 2013b)

2.4.2.3. Gazdasági aktivitás Hajdú-Bihar megyében

A 2011. évi népszámlálás adatai szerint Hajdú-Bihar megyében a gazdaságilag aktív népesség – a foglalkoztatottak és a munkanélküliek együttes – száma 236 ezer főt tett ki, amely a 2001. évihez képest 14 százalékos bővülés. A gazdasági aktivitás fokozódásához mind a foglalkoztatottakhoz, mind a munkanélküliekhez tartozók számának emelkedése hozzájárult. A foglalkoztatottak száma 13 százalékkal, a munkanélkülieké 19 százalékkal haladta meg a 2001. évi népszámláláskor mértet. A munkanélküliek tábora 2001–2011 között a nők körében bővült kiemelkedő ütemben, 48 százalékkal. A férfiak 49 százaléka, a nők 38 százaléka számított gazdaságilag aktívnak. Az aktivitás fokozódásával párhuzamosan egyaránt tíz százalékkal mérséklődött az inaktív keresők és az eltartottak száma. Így az inaktív keresők a népesség 29 százalékát, az eltartottak pedig 28 százalékát adták (3. táblázat).

3. táblázat

A népesség gazdasági aktivitás szerint, korcsoportonként Hajdú-Bihar megyében, 2011

Korcsoport, éves	Aktív	Inaktív kereső	Eltartott	Összesen	a 2001. évi százalékában			
					Aktív	Inaktív kereső	Eltartott	Összesen
–14	–	–	100,0	100,0	–	–	82,5	82,5
15–39	59,0	9,6	31,4	100,0	101,2	62,4	108,8	97,5
40–59	75,7	20,0	4,3	100,0	125,7	60,6	84,5	101,7
60–	6,0	93,0	1,0	100,0	314,2	112,6	31,5	113,9
Összesen	43,1	28,8	28,1	100,0	114,2	89,4	90,1	98,9

Forrás: KSH, 2013b.

A gazdaságilag aktívak száma valamennyi főbb korcsoportban emelkedett, a foglalkoztatottaké épp úgy, mint a munkanélkülieké. Főleg a 40–59 év közöttiek és a jóval kisebb gyakoriságú 59 év felettiak foglalkoztatása élénkült, és a munkanélküliek száma is ezekben a korcsoportokban nőtt leginkább. Az inaktív keresők száma elsősorban a 15–39 és 40–59 éveseknél csökkent, az 59 év felettiéknél ugyanakkor nőtt, döntően a nőknél, a 40 év szolgálati idővel való nyugdíjba vonulás lehetőségével összefüggésben.

Csökkent az eltartott réteg. Ezen belül a gyermekkorúak száma jelentősen, 17 százalékkal visszaesett az élveszületések mérséklődéséből adódóan. A 15–39 éves eltartottaké viszont 8,8 százalékkal gyarapodott, és az összes eltartottak négytizedét adták. A növekedést a tanulmányi idő hosszabbodása magyarázza (KSH, 2013b).

3. ANYAG ÉS MÓDSZER

Az elemzések során a választott téma korábban kifejtett szakirodalmának témaspecifikus feldolgozása után következnek az empirikus módszerek eszköztárába tartozó primer kutatások (személyes adatgyűjtések, mérések, terepmunkák és intézménylátogatások), amelyek kérdőíves megkérdezések, különféle esettanulmányok elkészítésére is kiterjed. A hajdú-bihar megyei szakosított szociális ellátások helyzetének bemutatása érdekében a szakosított szociális intézmények vezetői, az intézményeket fenntartó gazdasági társaságok ügyvezetője, valamint a vagyonkezelő szervezet pénzügyi főosztályvezetőinek körében elvégzett interjúk vizsgálat keretében prominencia vizsgálatokat is végeztem.

Ami a *primer kutatásokat* illeti ahhoz igen széles körben állnak rendelkezésre statisztikai adatforrások, mindenekelőtt a KSH 2011. évi Népszámlálás országos és területi adatai, a KSH interaktív térképei és grafikonjai, tematikus feldolgozásai. További elsődleges forrásokat jelentek az Észak-alföldi régió, a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat, a Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ, nem utolsó sorban pedig a Bihari és a Hajdú-sági Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft-k szakmai jelentései, a rendelkezésre álló rendszeres kimutatások, nyilvántartások, illetőleg a szolgáltatásra és a gazdálkodásra vonatkozó beszámolók, egyéb adatok révén.

3.1. A kutatás előzményei

A XXI. század elején a globalizált világ – és így Magyarország – gazdaságának és politikai berendezkedésének válsága közepette a társadalmi problémák és egyenlőtlenségek is egyre erőteljesebben jelennek meg. Az Európa Tanács Szociális Chartája (1961), mint az EU tagállamok által követendő munkavállalói és szociális jogok egyik fő hivatkozási forrása az 1997-ben aláírt Amszterdami Szerződésben is megjelent. Magyarország még az Európai Unióhoz való csatlakozása előtt 1999-ben ratifikálta a Chartát az 1999. évi C. törvénnyel (Ferge, 2000, 113–134). Az Európai Unióhoz történő csatlakozásunkkor (2004) Magyarország nem tette egyértelművé az Európai Szociális Modellhez fűződő viszonyát. Megtehetette, mivel közösségi szinten az előcsatlakozási időszakban nem fordítottak kellő figyelmet arra, hogy az újonnan csatlakozni kívánó országokban hol tart a szociális modell megvalósítása. Pedig a magyar szociális kiadások GDP-n belüli aránya több mint 7 százalékponttal az EU-arány alatt maradt, ami igen jelentős távolság volt.

Az áldozatvállalás fokozása, a szolidaritás erősítése minden szereplő esetében elengedhetetlen. A feladatok megvalósításában és az elért eredmények kontrolljában meghatározó feladat vár még ránk (Ferge, 2004).

Ennek is köszönhető, hogy a társadalmi problémák fokozódásával az állam, az önkormányzatok is egyre nagyobb szerepet vállalnak a szociális problémák kezelésében (Ferge, 2000, 113–134), amelyet nemcsak a fejlesztési koncepciókban (antiszegregációs tervvel kiegészített Integrált Városfejlesztési Stratégia), szolgáltatástervezési koncepciókban való terjedelmesebb megjelenés bizonyít, hanem a szociális szakterületet érintő gyakorlati intézkedések is.

A kutatás közvetlen előzményeként a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat által a megyei szakosított szociális intézmények integrált működésének 2007. évi kialakítása, a 2011–2012. évre szóló szociális szolgáltatás tervezési koncepció és szükségletfelmérés, a 2011. évi népszámlálás országos és területi statisztikai adatai, a megyei és a települési önkormányzatok konszolidációja jelölhetők meg.

3.2. Az empirikus vizsgálatok célcsoportjának kiválasztása

A vizsgálat célcsoportja a korábban megyei önkormányzat által fenntartott szakosított szociális ellátást végző szociális intézmények, amelyek általános bemutatása, illetve a gazdaságos működés lehetőségeinek feltárása érdekében az empirikus vizsgálatok célcsoportjai:

- a nyolc szociális intézmény vezetői,
- a gazdasági társaság ügyvezetője,
- a gazdasági társaság pénzügyi vezetője,
- és a vagyonkezelő szervezet pénzügyi főosztályvezetője.

A további kutatás további célcsoportja az elégedettség és a ki nem elégített vagy nem megfelelően kielégített szükségletek meghatározása végett maguk az ellátottak:

- 43 fő időskorú ellátott, mind a Hajdúnánási Humán Szolgáltató Otthon lakói.

3.3. A vizsgálatok és az értékelés során alkalmazott módszerek

Az interjú a társadalomtudományokban alkalmazott olyan jól kidolgozott módszer, amelyet a kutatásomban is adatok, ismeretek megszerzésére használok. Egyik megkö-

zelítésben az interjúkat magas mértékben strukturált (formailag szerkesztett), másokban a kevésbé strukturáltság jellemzi.

A *prominencia* kutatások során olyan szakértőket, szakmabeli vezető tisztségviselőket kerestem meg, akiknek speciális tudása és rálátása van a témára, továbbá, akiknek véleménye, ismeretei, értékítélete fontos lehet a kutatás szempontjából. Ezek jellemzően olyan megkérdezéses vizsgálatok, amelyek során a mélyinterjúk szolgáltatják az elemzésre alkalmas információkat, adatokat. A prominencia vizsgálat módszertana lényegében hasonló a különböző primer módszerekhez. A kiválasztott mintasokaság sajátos, a kutatásba bevont személyek, valamilyen szempontból a „csúcson lévő” vezetők és a „vélemény-elit.”

Az intézményi ellátottak közül – tekintettel a fogyatékkal élő ellátottak interjúba vonási korlátaira – elsősorban az *időskorú ellátottak strukturált, illetve kevésbé formalizált megkérdezése* adott lehetőséget az elégedettség és a ki nem elégített vagy nem megfelelően kielégített szükségletek vizsgálatára. A 43 fő idős ellátotti körben végzett vizsgálatot 2012. október és 2013. január közötti időszak alatt folytatattam le a Hajdúnánási Humán Szolgáltató Otthon Fürdő utcai székhelyén, az alábbi kérdések mentén:

- Milyen tényezők befolyásolják leginkább az elégedettség érzését?
- Mennyire elégedettek az intézmény által nyújtott szolgáltatásokkal?
- Igénylik-e a szolgáltatások bővítését?

A vizsgálat során a mérhetőség szempontjából kvantitatív eszközökre támaszkodva kérdőíves felmérés készült. Az adatgyűjtés 2012. október hónapban zajlott. A válaszadás önkéntes volt. A kérdőíveket önállóan vagy az intézmény mentálhigiénés munkatársainak segítségével lehetett kitölteni név megadása nélkül. A kérdőív három részből állt:

- Statisztikai adatok (nem, életkor, mióta él az intézményben, kitől hallott róla).
- 17 állítás, amelyek mindegyikéhez egy ötfokú skála tartozott.
- Lehetőség észrevétel, javaslat megfogalmazására.

A megkérdezettek 17 attitűdállításra válaszoltak ötfokozatú Likert-skálán, ahol megjelölhették az egyetértésük mértékét.

3.4. A mintaterület társadalmi-gazdasági sajátosságai

3.4.1. Modell értékű megyei szociális intézményrendszer kistérségi szintű kialakítása

Hajdú-Bihar megyében 2011. december 31-ig a szociális szakellátások fenntartói közül a megyei önkormányzat működtette a legtöbb ellátási formát a legtöbb férőhelyszámban. A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat a jogszabályokban kötelezően előírt szociális feladatainak 11 telephelyen bentlakásos (idős, fogyatékos, pszichiátriai, szenvedélybeteg) szakellátást nyújtó intézményrendszer működtetésével tett eleget. A szociális szakellátás normatívája mind nominál, mind reálértéken jelentősen csökkent 2005-től, ami folyamatos bevételkiesést jelentett az intézmények számára a működési költségek inflációval növelt emelkedése mellett. A szociális szakellátást nyújtó költségvetési intézmények a 2005–2007. évig terjedő időszakban, az intézményi finanszírozás tekintetében kiadásait nem tudták az állami normatívából és saját bevételeikből biztosítani, a zavartalan működéshez jelentős mértékű 32% önkormányzati támogatás volt szükséges.

A helyi önkormányzatokról szóló módosított 1990. évi LXV. törvény 91. § (1) bekezdésében foglalt kötelezettségnek eleget téve a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Közgyűlése 125/2007. (V. 31.) MÖK határozatával elfogadta a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat 2007–2010 közötti időszakra vonatkozó gazdasági programját, amely a közgyűlés 264/2007. (X. 26.) MÖK határozatával bővítésre került az egyes feladatok megvalósítását biztosító projektek meghatározásával. A gazdasági program tartalmazza az önkormányzat pénzügyi, költségvetési helyzete, partnerségi kapcsolatait, vagyongazdálkodása alapján meghatározott cél- és eszközrendszert.

A megyei közgyűlés 2008-ban a lakossági igényeket, szükségleteket és a szociális intézményrendszer sajátosságait figyelembe véve elfogadta a szociális szolgáltatás tervezési koncepció felülvizsgálatát. A cél az volt, hogy a szociális szolgáltatásoknak egy olyan rendszere jöjjön létre, ahol a minőségi szolgáltatások középpontjában az egyén áll, amely összehangoltan működik és lefedi a szociális szükségleteket. A megyei szinten újragondolt szakosított szociális ellátórendszer átalakításakor a program kidolgozói figyelembe vették a fejlesztés irányait illetően a korszerű szervezeti integráció megvalósulását, a meglévő szolgáltatások szakmai feltételeinek és színvonalának emelését, valamint a dolgozók szakmai felkészültségének növelését. Ilyen előzmények után a területi kiegyenlítődés, a szakmai és finanszírozási szempontok figyelembevételével a sze-

mélyes gondoskodást nyújtó intézmények működésének összehangolása eredményeként megtörtént a szociális ellátórendszer átalakítása 2007–2008-ban.

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat 2007-ben, az országban egyedülálló módon, megkezdte a szociális intézményrendszere teljes átalakítását a megtakarítás szemléletű, gazdaságos működtetés érdekében. A megyei önkormányzat először a tulajdonában lévő meglévő négy fenntartó gazdasági társaságot vonta össze két gazdasági társaságba, majd a jogutód gazdasági társaságok fenntartásába helyezte a még önkormányzati fenntartású intézményeit. A két nonprofit kft. összesen nyolc intézmény fenntartását látja el. A megyei önkormányzat ezzel végrehajtotta a hatékonyabb feladatellátás érdekében az intézmények által nyújtott szolgáltatások racionalizálásával a szociális intézmények szervezeti integrációját a meglévő gazdasági társaságok rendszerébe (Verdó, 2011).

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat a 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: szociális törvény) 120–121. §-ai alapján ellátási szerződést kötött az általa alapított szociális ellátást nyújtó nonprofit gazdasági társaságokkal a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 70. § (1) bekezdés b) pontja és a szociális törvény 88. § (1) bekezdés a) és b) pontjainak előírásai szerint kötelező szakosított szociális feladatainak biztosítására. A Dermák és a Hahuszo Közhasznú Társaság az ellátási szerződések alapján évente beszámoltak az alapító önkormányzatnak a szerződésben vállalt és elvégzett szakmai tevékenységekről. A szociális intézmények vonatkozásában a szociális törvény és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet (továbbiakban: SzCsM rendelet) alapján a fenntartó feladata az intézmények működési feltételeinek javítása, az integrált, szakszerű gondozás feltételeinek megteremtése, minőségi szolgáltatási rendszer kialakítása, valamint az európai uniós normáknak való megfelelés biztosítása.

A gazdasági társaságokról szóló 2006. évi IV. törvény 365. § (3) bekezdése értelmében 2009. évben a társaságok átalakítására, vagyis formaváltásra volt szükség, így a közhasznú társaságok 2009. július 1-től nonprofit korlátolt felelősségű társaságként működtek tovább.

A szociális intézményrendszer átszervezését követően a társaságok, mint fenntartók Hajdú-Bihar megye két nagy területi egységét fedik le, a hajdúsági és a bihari részt. Ezért indokolt volt a cégformaváltás mellett ezt a területi lefedettséget a társaságok nevében is megjeleníteni. A DERMÁK NKft. elnevezése Bihari Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft-re, míg a HAHUSZO NKft., Hajdúsági Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft-re módosult.

A Nonprofit Kft-k a gazdasági társaságokról szóló 2006. évi IV. törvény előírásainak megfelelően önállóan működő és gazdálkodó szervek. A társaságok vállalkozási tevékenységet csak közhasznú céljaik megvalósítása érdekében, azokat nem veszélyeztetve végeznek.

3.4.2. A Hajdú-Bihar megyei szociális intézményrendszer bemutatása és jellemzői

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat által működtetett Bihari Szociális Nonprofit Kft. és Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. 4–4 szociális intézmény fenntartását végzi. A Bihari Szociális Nonprofit Kft. lényegesen magasabb számban lát el fogyatékos személyeket és pszichiátriai betegeket. Szenvedélybeteg ellátás pedig kizárólag ennek a társaságnak a fenntartásában működő bárándi intézményben történik. A Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. ezzel ellentétben idősek és idős pszichiátriai betegek ellátását végzi nagyobb arányban, kisebb számban pedig fogyatékos személyek és pszichiátriai betegek ellátásáról gondoskodik. Az ellátottak nem hasonló módon történő megoszlása elsősorban abból adódik, hogy az intézmények a területi elhelyezkedés szempontjai szerint kerültek elosztásra a társaságok között (4–5. táblázat).

4. táblázat

A Bihari Szociális Nonprofit Kft. intézményei

<i>Intézmény</i>	<i>Ellátási forma és a férőhelyek száma</i>	<i>működési engedély hatálya</i>
Szakosított Ellátást Végző Központ, Derecske	fogyatékos személyek otthona: 81 fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye: 11 pszichiátriai betegek otthona: 65 pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye: 3	határozatlan
Idősek Otthona, Hajdúszoboszló	idősek otthona: 190 pszichiátriai betegek otthona: 50	2012. december 31.
Pszichiátriai Betegek és Értelmi Fogyatékosok Otthona, Báránd	fogyatékos személyek otthona: 3 pszichiátriai betegek otthona: 23 szenvedélybetegek otthona: 82	határozatlan
Pszichiátriai Betegek és Értelmi Fogyatékosok Otthona, Hosszúhát	fogyatékos személyek otthona: 95 pszichiátriai betegek otthona: 35 pszichiátriai betegek átmeneti otthona: 20	2012. december 31.
Fogyatékosok Otthona, Komádi	fogyatékos személyek otthona: 137 fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona: 48	határozatlan

Forrás: Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ belső anyagai, 2012.

A Bihari Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft. részt vesz a regionális módszertani feladatok ellátásában, ezáltal teljes képet kap arról, hogy a regionális módszertanok működése mennyire nem szolgálja ki a szociális intézmények – legyen az szakosított vagy alapellátás – igényeit. Jelenleg legfontosabb feladatuk a konferenciák szervezése, amelyek pénzbe kerülnek és a szakma számára megfizethetetlenek, illetve a szociális és gyámhivatali ellenőrzésekben való részvétel. A módszertani intézményeknek legfontosabb feladat lenne a szociális intézmények összefogása, tájékoztatása, különböző módszerek kidolgozása a hatékony intézményi munka érdekében, a dolgozók továbbképzése, a minisztérium, illetve a szakma között információs hídként való működése. Mindez addig működött hatékonyan Hajdú-Bihar megyében, míg megyei szinten volt kijelölve a módszertani központ. A jövőben a regionális módszertani működést ismételten megyei szintre kellene visszaállítani, ezáltal hatékonyabban lehetne segíteni az intézmények szakmai működését megszüntetve a módszertan hatósági jellegű fellépését.

5. táblázat

Hajdúsági Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft. intézményei

<i>Intézmény</i>	<i>Ellátási forma és a férőhelyek száma</i>	<i>Működési engedély hatálya</i>
Hajdúnánási Humán Szolgáltató Otthon	idősek otthona: 109 fogyatékos személyek otthona: 45 pszichiátriai betegek otthona: 36	határozatlan
Nyíradonyi Ápolási Otthon	pszichiátriai betegek otthona: 150 pszichiátriai betegek átmeneti otthona: 12	határozatlan
Mikepércsi Humán Szolgáltató Otthon	idősek otthona: 191	határozatlan
Balmazújvárosi Humán Szolgáltató Otthon	fogyatékos személyek otthona: 100 fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye: 40 idősek otthona: 50	2012. december 31.

Forrás: Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ belső anyagai, 2012.

A Bihari Szociális Nonprofit Kft. hét éve – a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzattal kötött ellátási szerződés alapján – vállal szerepet az Esélyek Háza működtetésében. 2012. évtől a Szakminisztérium közvetlenül a Nonprofit Kft-t bízta meg – szerződés alapján – az Esélyek Háza működtetésével.

A demográfiai adatok tükrében a hajdúszoboszlói Idősek Otthona működésére továbbra is nagy szükség van, hiszen a rohamosan öregedő társadalomban az idős emberek ápolását az alapszolgáltatás és a család csak egy bizonyos pontig tudja ellátni, vál-

lalni. A tapasztalatok alapján az ellátást igénybevevők 80–85%-a önként dönt az intézményi elhelyezés mellett. A fennmaradó 15–20% olyan súlyos fokú demenciában szenved, illetve rossz egészségi állapotban van, a bekerülés a család kezdeményezésével történik. Az intézmény 2012. december 31. napjáig az intézmény ideiglenes működési engedéllyel rendelkezik. Ennek oka, hogy a tárgyi feltételek hiányosak, pl. közművezetékek elavultsága, burkolatok hiánya, omladozása, hideg-melegvizes blokk hiánya stb. A működés általános feltételei csak részben adottak, az épület állaga folyamatos felújítást, karbantartást igényel. Az intézmény a lakószobák, közösségi helyiségek kialakításánál nagy hangsúlyt fektet a barátságos családias kivitelezésre, lehetőség szerint a szobák felújítására, festésére.

A bárándi intézményben nyolc szenvedélybetegek átmeneti ellátását biztosító férőhely átminősítése történt meg ápoló-gondozó férőhelyekké. Az intézmény a teljes körű ellátás feltételeit biztosítja, az igények és a lehetőségek szerint megvalósítandó cél a meghitt, otthonos légkör megteremtése a szolgáltatást igénybe vevő személyek számára, a közösségi élet szabályainak figyelembe vételével. Folyamatosan nagy igény van az elhelyezésre, ezt bizonyítja a várakozók nagy száma. Gondozási tevékenység keretében a cél a gondozás elemeinek egységes alkalmazása úgy, hogy az ellátottakat az állapotuk és képességeik szintjén segítse az intézmény a mindennapi tevékenységek végzésében.

Az intézmény 2008. július 1. napjától az Észak-alföldi Regionális Módszertani Központ konzorciumi partnere. Szendélybeteg ellátás területén módszertani feladatokat végez. Módszertani feladatként az Észak-alföldi régió területén, 2011. évben is a megyei önkormányzatok, illetve települési önkormányzatok által működtetett, továbbá a régió területén székhellyel rendelkező nem állami fenntartású szenvedélybeteg ellátást nyújtó szociális intézmények szakmai munkájának segítségét látta el.

Báránd esetében az intézmény tárgyi feltételei a törvényi előírásoknak minden szempontból megfelelnek. Hosszúhátan ezzel ellentétben a 6–8–10 ágyas hálósobákban történő elhelyezés továbbra is zsúfolt, nincs megfelelő számú vizesblokk, mellékhelyiség és az épületek teljes körű akadálymentesítése sem megoldott. Az intézmény kiváltására lenne szükség. 2011. évben új feladatként jelentkezett a *szakápolási tevékenység* végzésére jogosító működési engedély megszerzése.

A 185 férőhelyes Komádi Fogyatékosok Otthona feltöltése 2011. évben megtörtént. Hajdú-Bihar megyében nagy problémát jelent a halmozottan fogyatékkal élők ellátása, otthoni ápolása. A családok aggasztóan nehéz helyzetben vannak a súlyos fogyatékkal élő hozzátartozók ellátását illetően, hiszen a munkahely megtartása mellett, gyakran

nem tudják azt felvállalni. A családi kapcsolatokkal rendelkező, súlyos értelmi fogyatékos gyermekeket ellátó intézményben élő, 18. életévét betöltött sérült fiatal felnőttek gondozása a család feladatává válik. Ezen családok támaszaként is szerepet vállal a Komádi Fogyatékosok Otthona. Áttekintve a jelenlegi intézményi várólistát, megállapítható, hogy a kérelmezők 90%-a súlyos fogyatékkal élő személy, ezért szükséges a férőhelyek bővítése. Az intézmény folyamatosan kezeli a jelentkező problémát és az intézményben elhelyezést biztosít a kérelmezők számára.

Mind a két társaság a szakosított szociális feladatain túl önként vállalt feladatként alapellátási tevékenységeket (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősök nappali ellátása, fogyatékosok nappali ellátása, pszichiátriai betegek nappali ellátása, szociális étkeztetés, otthoni szakápolás) végez településen belül, illetve kistérségi szinten is.

Az ellátottak egy részét a budapesti Kézmű Nonprofit Kft. helyben foglalkoztatja, másrészt az ellátottak nagy részének az NKft-k intézményen belüli szociális foglalkoztatást nyújtanak. Az intézményekben élő ellátottak rendszeresen részt vesznek kulturális és sportrendezvényeken is, ahol magas színvonalon képviselik otthonukat, országhatáron belül és külföldön is egyaránt.

Az intézményekben összesen 1576 engedélyezett férőhelyen idős, fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybetegek ellátása történik Hajdú-Bihar megyében, összesen 559 dolgozó foglalkoztatásával. A HBMK vagyonkezelésében lévő, teljes egészében állami tulajdonban működő Bihari Szociális Nonprofit Kft. és Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. között ez az alábbi formában oszlik meg (6. táblázat).

6. táblázat

Szociális szakosított ellátások férőhelyei a két gazdasági társaságban 2012-ben

<i>Fenntartó</i>	<i>Engedélyezett férőhely</i>	<i>Dolgozók száma összesen (fő)</i>	<i>Szakdolgozók száma (fő)</i>
Bihari Szociális Nonprofit Kft.	843	293	193
Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft.	733	266	195
<i>Összesen</i>	<i>1576</i>	<i>559</i>	<i>388</i>

Forrás: Bihari Szociális Nonprofit Kft. és Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. 2012. évre vonatkozó beszámoló.

Az intézményekben a személyi jellegű kiadások teszik ki az összköltség legnagyobb részét. Ezért az elmúlt években az önkormányzati kiegészítő támogatás megszűnéséből

és a normatíva összegében és reálértékében történő folyamatos csökkenésből adódó bevétel kiesést a személyi létszám minimalizálásával, ebből adódóan a személyi jellegű kiadások lefaragásával igyekezett a fenntartó kompenzálni. Az alábbi táblázatban intézményenként lebontva látható, hogy ez a csökkenés az elmúlt években hogyan ment végbe (7. táblázat).

7. táblázat

Dolgozói létszám alakulása a két gazdasági társaságban 2006–2012 között, fő

<i>Szociális intézmények</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<i>Hajdúsági NKft.</i>	<i>371</i>	<i>330</i>	<i>317</i>	<i>303</i>	<i>275</i>	<i>281</i>	<i>266</i>
Hajdúnánás	95	93	91	86	83		
Nyíradony	72	72	73	69	66		
Balmazújváros–Nagy- hát	99	92	80	87	66		
Mikepércs	105	73	73	61	60		
<i>Bihari NKft.</i>	<i>416</i>	<i>385</i>	<i>390</i>	<i>345</i>	<i>299</i>	<i>335</i>	<i>293</i>
Derecske	82	88	86	76	69		
Hajdúszoboszló	113	109	100	86	76		
Báránd–Hosszúhát	158	128	128	104	87		
Komádi	63	60	76	79	67		
<i>Összesen</i>	<i>787</i>	<i>715</i>	<i>707</i>	<i>648</i>	<i>574</i>	<i>616</i>	<i>559</i>
Ellátottak száma	1505	1505	1590	1590	1590	1576	1576

Forrás: Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ kimutatása, 2012.

A szakosított szociális ellátást nyújtó bentlakásos intézmények az elmúlt időszakban az egyre csökkenő finanszírozás és dolgozói létszám ellenére is igyekeztek szükséglet alapokon nyugvó ellátást biztosítani. A teljes körű ellátást jól képzett, megfelelő kompetenciával rendelkező szakemberek végzik, akik biztosítják az egyénre szabott bánásmódot. A cél a szolgáltatások komplex biztosítása mellett a szociális ellátórendszer biztonságos működtetése és továbbfejlesztése volt, amelyben az intézmények teljes kihasználtsággal működnek.

A Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ az idős, fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg ellátásokban elsősorban ápoló-gondozó célú férőhelyeket működtet. Kisebbségi arányban rehabilitációs célú és lakóotthoni ellátást nyújtó férőhelyeket is. A lakóotthoni ellátás alacsony arányának az oka, hogy szakmailag teljes mértékben indokolt, családias gondozási körülményeket teremt, azonban az alacsony normatív finanszírozás mellett ennek az ellátási formának a fenntartása nagyon költséges. 2010. évtől a felmerülő igényeknek megfelelően újonnan bevezetett ellátási formaként átme-

neti férőhelyeket is létrehozott a megyei önkormányzat. Az ellátórendszerben az idősek és a fogyatékos személyek vannak a legnagyobb arányban. Az idős ellátáshoz kapcsolódnak még a súlyos demens, idős pszichiátriai betegek, akikkel együtt az ellátottak 47%-át teszik ki.

A 2008. évi gondozási szükséglet bevezetését követően elmondható, hogy egyre több és súlyosabb betegségben szenvedő idős ember kerül a szociális ellátórendszerbe.

A 8. táblázatban jól látszik a két NKft. között az ellátási formák egyenlőtlen megoszlása, ami a gazdaságos működtetést is nehezíti a Bihari NKft. számára. Az intézményrendszer jövőbeni átszervezésével az ellátási formák kiegyenlítődnének, ezzel együtt megvalósul az intézményrendszer egységes szemléletű szakmai és gazdasági irányítása, kiegyensúlyozottabb finanszírozása.

8. táblázat

Ellátási formák megoszlása az intézményekben, 2012, fő

Ellátási formák	BIHARI NKft.		HAJDÚSÁGI NKft.		Összesen
Fogyatékos	375		185		560
Pszichiátria	146	603	36	221	182
Szenvedélybeteg	82		-		82
Idős	190		305		495
Idős pszichiátria	50	240	207	512	257
Összesen	843		733		1 576

Forrás: Gt. szakmai beszámoló, 2011.

Jelenleg a vagyonkezelő a gazdasági társaságok fenntartásában összesen 11 telephelyen működtet szakosított szociális ellátást nyújtó intézményt. Ebből nyolc intézmény rendelkezik határozatlan működési engedéllyel, három intézménynek pedig határozott idejű (2012. december 31. napjáig érvényes) működési engedélye van. Határozott idejű működési engedéllyel a következő telephelyeken működő intézmények rendelkeznek:

Hajdúszoboszló, Szerep-Hosszúhát, Balmazújváros–Nagyhát.

- *Hajdúszoboszló:* Magas ellátotti létszáma miatt az elmúlt években nem lehetett rá pályázatot benyújtani, mivel nem felelt meg a pályázati feltételeknek. Leromlott állapota miatt hosszú távon költséges felújítása helyett felmerülhet a teljes kiváltása.
- *Szerep–Hosszúhát:* Az intézmény épületeinek állapota és a tárgyi feltételek hiánya miatt teljes kiváltása szükséges.
- *Balmazújváros–Nagyhát:* Az intézmény épületeinek állapota és a tárgyi feltételek hiánya miatt teljes kiváltása szükséges.

A Bihari Szociális Nonprofit Kft. és a Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. intézményeiben 2011. évben több strukturális átalakítás történt az ellátotti igényeknek megfelelően, illetve a normatíva bevételek és a működési költségek racionalizálása érdekében. Ezek a következők voltak:

- A rehabilitációs férőhelyek egy részének átminősítése ápoló-gondozó férőhelyekké.
- Az átmeneti férőhelyek átminősítése ápoló-gondozó férőhelyekké.
- A Hajdúnánás, Magyar utcai telephelyen férőhelycsökkentés a határozatlan idejű működési engedély kiadása céljából.

A *Bihari NKft.* vonatkozásában mindez az alábbi módosításokat jelentette:

- Derecske, Sas utcai telephelyen a 60 rehabilitációs férőhelyből 46 férőhely (26 fogyatékos rehabilitációs férőhely + 20 pszichiátriai rehabilitációs férőhely) átminősítését ápoló-gondozó férőhelyekké.
- A bárándi telephelyen nyolc szenvedélybeteg átmeneti férőhely átminősítését, szenvedélybeteg ápoló-gondozó férőhelyekké.

A *Hajdúsági NKft.* vonatkozásában mindez az alábbi módosításokat jelentette:

- A Hajdúnánás, Magyar utcai telephelyen nyolc pszichiátriai rehabilitációs célú lakóotthoni férőhely átminősítését és 12 pszichiátriai ápoló-gondozó férőhelyre történő bővítését.
- A Hajdúnánás, Magyar utcai telephelyen az 53 fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthoni férőhelyének 45 férőhelyre történő csökkentését.
- A Hajdúnánás, Magyar utcai telephelyen az 50 pszichiátriai betegek ellátását nyújtó férőhely 36 ápoló-gondozó férőhelyre történő csökkentését.

A fenti módosításokkal a Hajdúnánás, Magyar utcai telephelyen a jelenleg engedélyezett 103 férőhely lecsökkent 81 férőhelyre. Ezáltal az intézmény megkapta a határozatlan idejű működési engedélyt.

A szolgáltatások átalakításánál a fenntartók figyelembe vették, hogy az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben ideiglenes jelleggel legfeljebb 1+1 évig biztosítható ellátás, rehabilitációs intézményben pedig az ellátás időtartama nem haladhatja meg a 3+2 évet.

A tapasztalat azt mutatja, hogy az ellátottak egészségi és mentális állapota többnyire nem teszi lehetővé a meghatározott idő letelte után a társadalmi visszailleszkedést. Ezért a gyakran előforduló állapotromlás miatt a felülvizsgálatok eredményeként indokolt ápoló-gondozó otthoni ellátás biztosítása. Ily módon tehát megoldódott azoknak az ellátottaknak a további elhelyezése, akik a társadalomba nem integrálhatóak és más módon az elhelyezésük nem volt biztosított.

A tapasztalatok alapján megállapítható, hogy folyamatosan nagy igény van a szociális szakellátásokra. A legtöbben a fogyatékos, pszichiátria és szenvedélybeteg ellátásokra várakoznak. Ebből adódóan, még indokolt, soron kívüli elhelyezés igénye esetén is több hónapot, vagy akár éveket kell várni az elhelyezésre.

A fogyatékos ellátásban a súlyos, halmozottan fogyatékos ellátást kérelmezők száma továbbra is magas. Komoly nehézséget jelent az ellátórendszernek a kiskorú fogyatékosokat ellátó intézményekből nagykorúvá váló fiatal, súlyos fogyatékos személyek elhelyezése. Az intézmények országos szinten telítődtek, új felvételre ritkán van lehetőség, ezért a várakozóknak több évet kell várni az intézményi felvételre.

A megyei önkormányzat által működtetett intézményekben az ellátottak életkor szerinti megoszlása alapján megállapítható, hogy az ellátottak nagy többsége, 64%-a a 40–79 éves korosztályba tartozik. Viszonylag magas azonban az ellátórendszerben a 18–39 éves korosztály, 17%, akik többnyire a fogyatékos ellátásban élnek, illetve a 80 év feletti korosztály, 19%, akik pedig elsősorban az idős ellátást veszik igénybe. A szenvedélybetegek többnyire 40–59 éves korban, kisebb hányaduk 60–79 éves korban jelennek meg a szakellátás rendszerében.

Az idős ellátást nyújtó bentlakásos intézmények fenntartására, jelenleg is és a demográfiai adatok ismeretében egyre nagyobb szükség lesz, hiszen öregszik a társadalom. Az idős betegek ápolását az alapszolgáltatás és a család egy bizonyos gondozási szükségletig tudja csak ellátni. Az intézményeken belül a jövőben fontos további gondozási egységek (demens részleg) kialakítása, bővítése a finanszírozás tekintetében, illetve a növekvő igények miatt. Az idős ellátásban 2011. évben a várakozók száma átlagban 31 fő volt.

A Bihari Szociális Nonprofit Kft. hajdúszoboszlói telephelyén 2009. évben sikerült ellátotti létszámnövekedést elérni, így közel teljes ellátotti létszámmal működött az intézmény, amely eredményesen ellensúlyozta a tárgyévben bekövetkezett gazdasági válság okozta működési problémákat. Az idős ellátottak általában igen rossz egészségi állapotban kerülnek be az intézménybe, így körükben az elhalálozási arány nagyon ma-

gas. Az idős ellátásban egyre több súlyos betegségben szenvedő idős ember kerül a rendszerbe. Továbbra is magasabb a demenciában szenvedők aránya és ebből kiemelkedik a súlyos demens idősök aránya. Az ily módon megnövekedett ápolási, gondozási szükségletek a szakmai feladatokat ellátó személyzet felkészültségét, speciális ismeretek megszerzését teszik szükségessé. Minden szakosított ellátást végző intézmény rendelkezik szakápolási tevékenységre vonatkozó működési engedéllyel, amely után nem jogosult magasabb finanszírozásra vagy kiegészítő támogatásra.

A két társaság által fenntartott szociális szakellátást nyújtó intézményekben az elmúlt időszakban a jogszabályváltozások és a pályázati támogatásokból megvalósuló fejlesztések eredményeként a hatékony szakmai munka megvalósítása, az intézmények által nyújtott szolgáltatások racionalizálása és a tárgyi feltételek javítása folyamatosan történt. Ennek érdekében a Komádiban átadott új Fogytékos Otthon részeként létrehozott 4x12 férőhelyes ápológondozó célú lakóotthonok kerültek átadásra címzett támogatásból, Bárándon és Hosszúháton a megyei önkormányzat korábban hiányzó kötelező szolgáltatásai kerültek kialakításra, Hajdúszoboszlón és Balmazújvároson a szolgáltatások átszervezésre kerültek, Mikepércsen és Hajdúnánáson tovább folytatódott az akadálymentesítés, több telephelyen pedig kisebb felújításokat hajtottak végre a fenntartó társaságok.

Olyan szolgáltatási rendszer kialakítása volt a cél, ahol a különböző ellátási formák egymásra épülnek. Járulékos cél az alapellátó rendszer erősítése, támogatása, hogy csak azok vegyék igénybe a szakellátást nyújtó szolgáltatásokat, akiknek saját környezetében az alapellátás már nem tud az igényeknek megfelelő szolgáltatást nyújtani. Továbbá meg kell teremteni annak a lehetőségét az alapellátással történő szoros együttműködés eredményeként, hogy a szakellátásból visszakerülhessen saját környezetébe az az ellátott, akinek állapota és önálló képessége ezt lehetővé teszi. A naprakész információ-áramlás megvan az intézmények között, de az átjárhatóságot nehezíti, a nagy létszámú várólisták megléte és a bentlakásos intézmények telítettsége. Az intézmények nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy a mindennapi munka során megvalósuljanak a szakmai értékek. A szociális intézmények célja a szakmai értékek megvalósulása mellett a kliensközpontú ellátás, a humán és tárgyi erőforrások megteremtése, a lehetőségekhez mérten magas színvonalú szolgáltatás nyújtása. Az ellátottak számára nagyon fontos, hogy milyen körülmények között tudják igénybe venni az adott szolgáltatásokat. A magas szakmai színvonal elérése érdekében az intézményekben biztosítottak a dolgozók számára a továbbképzési kötelezettség teljesítéséhez szükséges jogszabályban előírt

feltételek. Mindezek mellett az önálló képzési rendszer is hatékonyan működik, amely különböző módszerek alkalmazásával segíti a dolgozók szakmai fejlődését.

Az intézmények folyamatos és közvetlen szakmai kapcsolatban állnak a megye területén működő minden szociális szolgáltatást nyújtó intézménnyel, illetve azok fenntartóival, a civil szervezetekkel, valamint az egészségügyi szolgáltatókkal.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény – nem állami – fenntartójának feladat- és jogköre (Szt. szabályai szerint):

- A társaság mint fenntartó köteles biztosítani a szociális intézmények folyamatos működésének feltételeit.
- Meghatározza az intézményi térítési díjat.
- Az intézmények vezetői és alkalmazottjai tekintetében gyakorolja a munkáltatói jogokat.
- Kikéri az ellátottak országos érdek-képviselői szervezete területileg illetékes szervének véleményét az intézmények működését érintő lényeges döntés meghozatala előtt. Lényeges döntéshozatalnak minősül különösen az intézmény megszüntetése, az intézményi típus, forma megváltoztatása.
- Gondoskodik az intézmények szervezeti és működési szabályzatának, szakmai programjának, szakosított ellátást nyújtó intézmény esetében házirendjének elkészítéséről.
- Biztosítja az intézmény gazdálkodásának és működésének törvényességét.
- Gondoskodik a szakemberek képzéséről, továbbképzéséről.

Az intézmények számára meghatározott feladatoknak és hatásköröknek az intézmény szervezeti egységei, munkavállalói közötti megosztásáról az intézményvezetők gondoskodnak, a szervezeti és működési szabályzatában foglaltak szerint. A feladatellátás során a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM. rendelet szabályait kell a szociális alapszolgáltatás, illetve szakellátás területén alkalmazni. A feladatok és hatáskörök megosztása nem lehet ellentétes a jogszabályok és a fenntartó által az intézmény egyes szervezeti egységeire, vezetőire és munkavállalóira kötelezően előírt feladatokkal, hatáskörökkel.

3.5. Összegzés

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat fenntartásában már a 2009. és 2010. években átszervezésre kerültek az intézmények szakmai munkáját segítő technikai feltételek, valamint egyéb kiegészítő szolgáltatások. (A dolgozói létszám racionalizálása, a technikai személyzet és az intézményi működést kiegészítő feladatok kiszervezése, konyhai ellátás kiszervezése, gépkocsipark létrehozása, gazdasági feladatok egy főigazgatóságon keresztül történő irányítása.)

A megyei önkormányzat a szociális szakellátási normatívához kiegészítő támogatást biztosított. A normatív támogatást kiegészítette a fenntartó önkormányzat. Az előrelátó tervezés és intézkedések következtében működőképes maradt az ellátórendszer, azonban ez aránytalanul nagy terheket rakott a megyei önkormányzatra.

A jogszabályokban meghatározott ellátási kötelezettségek teljesítésére a jelenlegi finanszírozási feltételek, nehézségek következtében egyre nagyobb terhet ró a fenntartókra. Ahhoz, hogy a szolgáltatási struktúra minőségi és mennyiségi fejlesztése érdemben megvalósulhasson, stabil és biztonságos finanszírozási, valamint működtetési háttérre van szükség.

4. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK

4.1. Az intézményfenntartás finanszírozásának kérdései

2012. évben az átlagos szintű ápolást, gondozást, teljes ellátást nyújtó tartós, vagy átmeneti bentlakásos szociális intézményekben a központi kormányzat alapesetben minden működési engedéllyel rendelkező szolgáltatónak évi 635 650 Ft/fő, azaz 52 971 Ft/fő/hónap normatív támogatást nyújt gondozottanként (plusz egyházi kiegészítő támogatás stb.) – ez, a fizetendő térítési díjak, a fenntartók támogatása együttesen fedezi a költségeket (Győri – Mózer, 2006).

A normatívák nem fedezik sok esetben a tényleges szolgáltatási költségeket, és több esetben egyik évről a másikra kiszámíthatatlanul alakultak, ezért az önkormányzatoknak, egyéb fenntartóknak pótlólagos forrásokkal kell kiegészíteniük a működési kereteket. A forráshiány számos kedvezőtlen, illetve a szociális szakmai célokat kevésbé szolgáló folyamatot indított el. Az önkormányzatok abban érdekeltek, hogy az ellátások után járó normatívákhoz a lehető legkisebb mértékű saját forrást biztosítsák. Ennek következtében számos szolgáltató elsősorban olyan személyeket von be az ellátásokba, akik képesek lennének öngondoskodásra, vagy akik maguk is meg tudnák fizetni ezeket a szolgáltatásokat. Ráadásul a szakellátások finanszírozása magasabb összegű, mint az alapellátásoké, ezért a fenntartók az otthon közeli, olcsóbb alapellátások helyett inkább a drágább szakellátásaikat fejlesztették, így a jelenlegi rendszerben nagyobb szerepe van a magas költségigényű bentlakásos elhelyezési formának, mint az célszerű lenne.

Az intézmények fenntartó szerinti összetételében egyre nagyobb tért hódít a társulási – önkormányzati intézményfenntartó társulási, illetve még inkább a többcélú kistérségi társulási – forma (a családsegítő szolgálatok közel fele így működik).

A társulás méretgazdaságosabb megoldás, amely által a finanszírozás hatékonyabbá válik (többcélú kistérségi társulás esetén többletfinanszírozás, kistérségi kiegészítő normatíva is jár), hátránya viszont, hogy a gyakorlati megvalósulás során az ellátás helyben elérhetőségének elve sérülhet. A kistérségi feladatszervezés mellett a különböző szolgáltatástípusok integrációja is jellemző. Egyre több helyen jönnek létre a többféle ellátást egyaránt biztosító komplex intézmények. Az önkormányzatok intézményfenntartó képességének korlátai miatt egyre nagyobb szerepet kapnak egyéb, elsősorban egyházi és nonprofit szolgáltatók.

A szociális szolgáltatások központi állami normatív finanszírozási formájának problémái a következők:

- „*Nyílt végű támogatási kasszát feltételez, vagyis mindentől függetlenül, annyi és olyan szolgáltatónak kell folyósítani a normatív támogatást, ahány szolgáltató működési engedélyt kér és kap.*
- *A nyílt végű kassza túlfutásának szabályozását is szolgálják az ellátás szempontjából magyarázhatatlan bürokratikus akadályok, a szabályokba és eljárásokba épített formális és informális gátak.*
- *Nem ösztönöz sem eredményességre, sem hatékonyságra, sem szükségletorientált szolgáltatásokra/módszerekre.*
- *Elsősorban fennmaradásra ösztönöz, illetve a normatív finanszírozás előírásainak és ellenőrzésének való megfelelésre ösztönöz.*
- *Nem differenciál semmi szerint, mindenki ugyanazt az összeget kapja – azt viszont biztosan. Nem differenciál szükségletek szerint, minden szolgáltató megkapja, amely működési engedéllyel rendelkezik (ha mondjuk öt szolgáltató akar feladatot ellátni, bár kettő is elég lenne, akkor mind az öt megkapja a támogatást).*
- *Miközben látszólag „olcsó, egyszerű és igazságos”, aközben óhatatlanul (belső logikájából következően) folyamatosan túlszabályozást indukál, az ehhez kapcsolódó tevékenységeken keresztül – melyek fennmaradásában erős lobbik (benne dolgozók, szabályozók, ellenőrök, erre képzők) érdekeltek – rendkívül drágává válik e rendszer működtetése és ráadásul igazságtalan is.*
- *Nem érte el és mai szerkezetében nem is érheti el egyik legfőbb célját, nevezetesen, hogy egyes (az állami normatívával finanszírozott) szolgáltatások egyenlő esélyekkel hozzáférhetőek legyenek minden, arra a szolgáltatásra rászoruló polgár számára, vagyis megvalósuljon az „országos lefedettség”. Ezzel szemben jelentős ellátatlan területek (fehér foltok) maradtak meg, sőt alakultak ki e forrásallokációs mechanizmus hatására.*
- *Igazságtalan és növeli az egyenlőtlenséget mivel – többnyire jövedelemtől, tehervállaló képességtől függetlenül, vagy majdnem függetlenül – normatív támogatásban részesülnek azok, akik hozzájutnak, miközben semmiben nem részesülnek azok, akik nem jutnak hozzá, függetlenül attól, hogy ez utóbbiak is rászorulnának a szolgáltatásra.*
- *Különösen kirívó „eredmény”, hogy éppen a legrászorultabbak által lakott településeken nem lehet – már magából a szabályozásból adódóan sem – hozzájutni a*

normatívával támogatott szolgáltatásokhoz, illetve hátrányt szenved minden olyan szolgáltatás és szolgáltató, mely a szükségleteket ugyan kielégítené, de nincs benne a normatív finanszírozási körben.

- *Nem kompatibilis az EU-pályázatokkal*, vagyis éppen azokkal a finanszírozási-szabályozási stb. formákkal, melyek irányából a legfőbb források lennének várhatóak az elkövetkező években e területen” (Győri – Mózer, 2006).

4.1.1. A szociális intézményrendszer fenntartása és a központi költségvetés viszonyrendszere

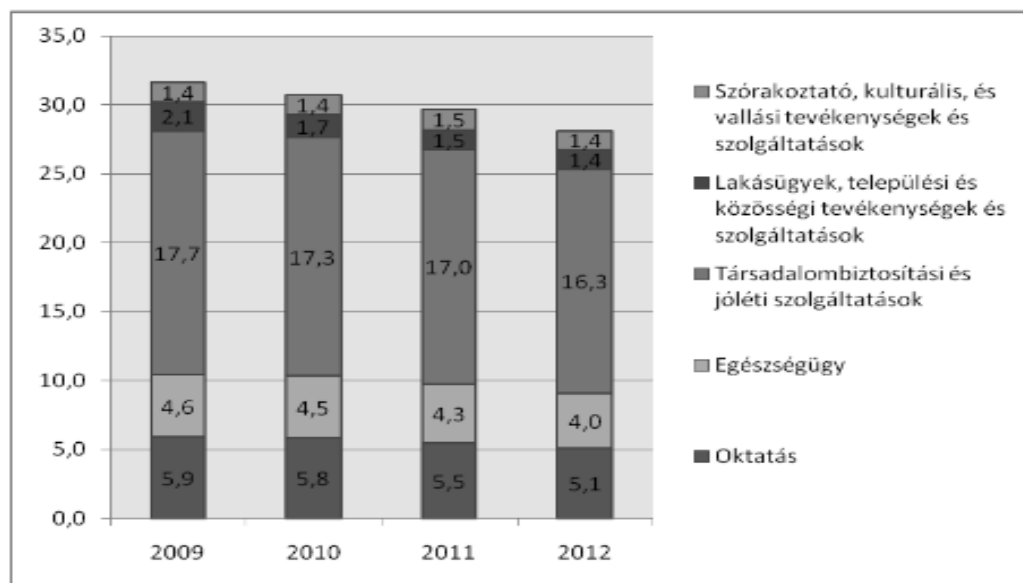
A szakosított szociális szolgáltatások kiadásait 2013. január 1-jéig az állam által részben normatív módon, részben pedig az önkormányzati kiegészítő támogatásból finanszírozták. A központi költségvetésben a normatíva összege évről évre nem nőtt (7. és 8. melléklet), ami reálértéken történő folyamatos csökkenést jelentett. Az egyes évekre meghatározott normatívák kiszámíthatatlan változása is hozzájárult ahhoz, hogy az intézményrendszer fenntartható működéséhez az önkormányzatoknak is jelentős összegű kiegészítő támogatást kellett biztosítaniuk az intézmények számára. Sajnos ez az önkormányzatok eladósodásához nagymértékben hozzájárult. A konszolidációs törvény megalkotásáig, illetve a megyei és a települési önkormányzatok 2012. évi konszolidációjáig a testületek akár működési hitel felvételével is biztosíthatták a kiegészítő önkormányzati támogatást. A folyamatosan deficitessé váló költségvetés már az önkormányzati vagyon létét veszélyeztette, ezért az állam többek között a szakosított szociális szolgáltatás feladatellátási kötelezettségét és az intézmények vagyonát átvette az önkormányzatoktól.

2013. január 1-jét követően az állami tulajdonú intézmények fenntartható működését az emelt összegű normatívával vagy a normatíván felüli támogatással az állami fenntartónak kell biztosítani. Miközben a központi költségvetés bevételeinek növelése korlátozott keretek között valósulhat meg, a kiadási oldalon egyre nagyobb a nyomás a jóléti ellátórendszerek oldaláról (foglalkoztatáspolitikai, nyugdíjrendszer, egészségügy). Ez utóbbit támasztja alá, hogy a költségvetési adatok között a jóléti kiadások az elmúlt években jelentősen nem változtak (13. ábra). A GDP közel harmadát jóléti kiadásokra fordítja a költségvetés, 2009-ben GDP arányosan 31,6% felett volt a mutató értéke, azóta 30% alá csökkent. A jóléti kiadások magukba foglalják többek között az oktatás, az egészségügy, a társadalombiztosítás és a szociális ellátások forrásait. A szűkebben értelmezett szociális kiadásokat érintő („Társadalombiztosítási és jóléti szolgáltatások”

cím alatt lévő) kiadások GDP arányos nagysága 1%-kal csökkenve 17 százalékra csökkent az elmúlt években (Varga, 2012). Ezt a probléma csak erősödni fog a nyugdíjrendszerben 2020-ig jelentkező tömeges nyugdíjba menetellel, az egészségügyi dolgozók bérrendezési igényeinek kielégítésével.

13. ábra

A jóléti kiadások aránya a GDP arányában, 2009–2012



Forrás: Varga, 2012.

A szociális intézményrendszer jelenlegi formájában a 2.4. pontban leírt kedvezőtlen demográfiai és gazdasági körülmények miatt rohamosan növekvő igények kielégítésére következésképpen a rendszer fenntarthatósága bizonytalan. A szakosított szociális szolgáltatások biztosítása érdekében szükség van a normatív finanszírozás mellett további fenntartói támogatásra. Mivel a feladatfinanszírozás rögzíti a korábbi kedvezőtlen költségstruktúrát, és a szükségesnél lényegesen magasabb kiadásokkal terheli meg a szociális ágazatot. Az állami kézbe vétellel a fenntartó többletforrást „teremteni” nem képes, ezért működésbeli, finanszírozási változtatás kell. A hátrányos helyzetűeket (pl. időseket, fogyatékkal élőket) érintő elszegényedés, a rendszerváltás utáni biztonságvesztés területileg mutatózó eltéréseit a jelenlegi szociális szabályozás sajátosságaiából adódóan nem tudja kezelni. Vagy el sem ér a célcsoporthoz (ellátási fehér foltok) vagy nincs biztosítva a pénzügyi háttér a feladat ellátásához. Az öregedő társadalom miatt az eltartók terhei nőnek, egyre több eltartott jut egy aktív keresőre, ennek fokozása korlátokba ütközik.

4.1.2. A jelenlegi szociális intézményrendszer működése a fenntarthatóság és a gazdaságosság szempontjából

A szociális intézményrendszer jelenlegi formájában nem képes fenntarthatóan és gazdaságosan ellátni feladatait, nem alkalmas a specifikus társadalmi problémák kezelésére. A fenti állítás igazolható többek között a hajdú-bihar megyei szociális intézményrendszer 2007. évi átszervezését követően a kistérségi alapon létrejött gazdasági társaságok – melyek modellértékűek az országban – működése fenntarthatóságának bemutatása és a működésének gazdaságosabbá tétele érdekében a szociális gazdaság megvalósítására vonatkozó terveinek megfogalmazása révén.

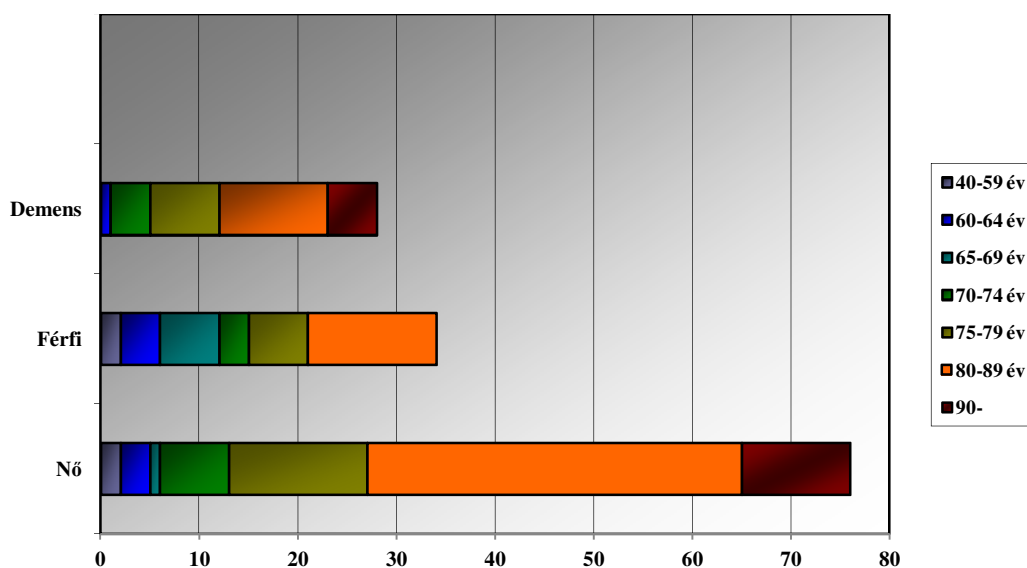
4.1.2.1. Szükségletfelmérés a Hajdúnánási NKft-nél

A 2012. október és 2013. január közötti időszakban a Hajdúsági Humán Szolgáltató Otthonban élő időkorú ellátottak összesen 43 db kérdőívet töltöttek ki, amelyből 43 db értékelhetőnek bizonyult. A kérdőíves adatfelvétel időpontjában, az intézményben 110 ellátott élt, 76 fő nő és 34 fő férfi. Ebből a létszámból a demens ellátott személyek száma 28 fő, akik állapotukból kifolyólag válaszadásra nem voltak képesek (14. ábra).

A válaszadásra képes ellátotti létszámból a (demens ellátottak létszámát leszámítva) a lakók 52% töltötte ki a kérdőíveket (15. ábra).

14. ábra

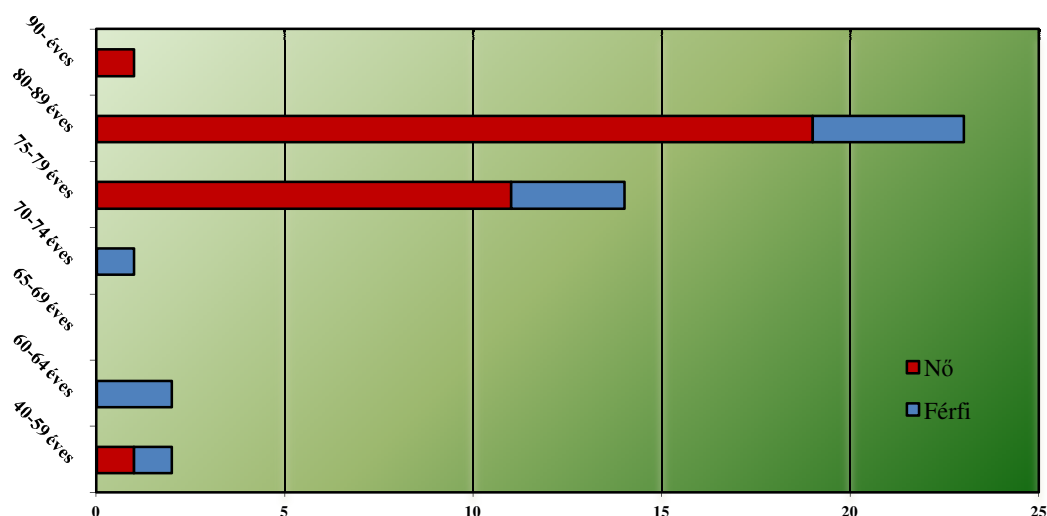
A 110 fős ellátott megoszlása nem, kor és demencia szerint



Forrás: Saját szerkesztés.

15. ábra

A 43 fő megkérdezett nem és kor szerinti megoszlása



Forrás: Saját szerkesztés.

Annak megállapítása, hogy az Otthonban eltöltött idő befolyásolja-e az intézménnyel való elégedettség mértékét a kérdőív első, 1–10 kérdésre adott válaszok alapján történt. Az adott válaszok alapján nem mutatható ki szignifikáns eltérés sem a nemek, sem pedig közöttük, hogy valaki mióta áll kapcsolatban az intézménnyel, tehát ezek a tényezők nem vagy nem lényegesen befolyásolják az elégedettséget. A válaszadók döntő többsége (70%-a) a családjától értesült és/vagy a családja közreműködésével került az intézménybe. Általános elégedettségükre vonatkozó állításokat összevetve nem lehet egyértelműen kijelenteni, hogy elégedettebbek, mint azok, akik egyéb módon informálódtak és kerültek be az intézménybe.

Arra az állításra, hogy „az intézetet az otthonomnak tekintem” a válaszadók 30%-a jelölte a legnagyobb fokozatot a skálán tehát „teljesen”, 16% pedig a másik végletet jelölte meg, hogy „egyáltalán nem” (16. ábra).

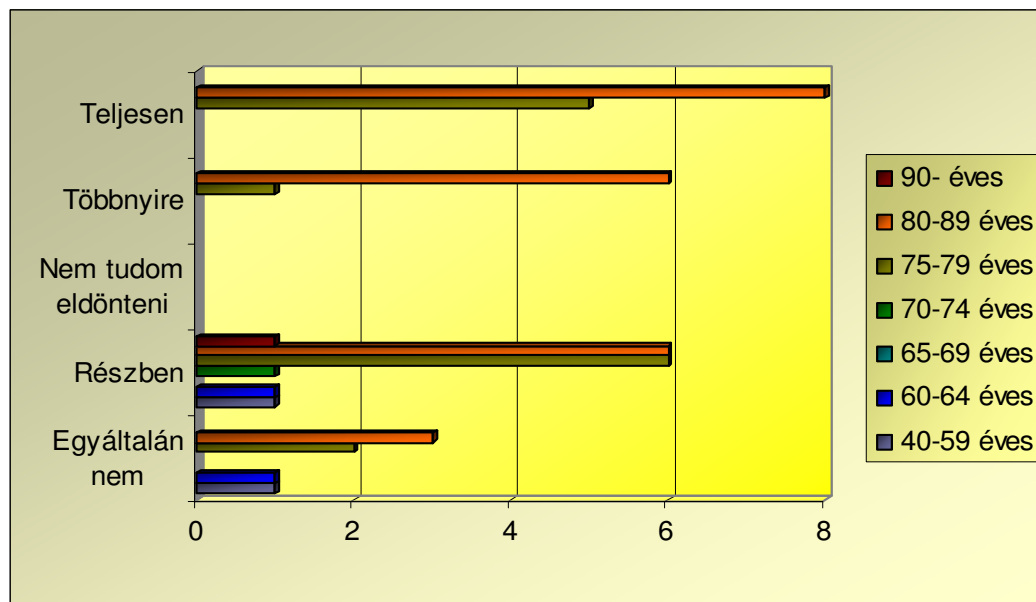
Szignifikáns eltérés adódott az életkor szerint történő elkülönítés során. A válaszadókat életkoruk alapján hét korcsoportba osztottam, amely alapján arra a következtetésre jutottam, hogy ez életkor előrehaladtával nő az elégedettség mértéke és az intézményt egyre inkább az otthonuknak tudják tekinteni. Annak hátterében, hogy miért nem tudják elfogadni otthonukként az intézményt természetesen több ok is meghúzódik. Ezek a személyes interjúk alapján váltak ismertté.

Az egyes szolgáltatásokra vonatkozó elégedettség-értékek összehasonlítása során az ápolók munkáját és hozzáállását érintő, valamint az irodai munka gördülékenységére

vonatkozó állításokhoz tartozó átlagok kiemelkedően magasok voltak, tehát a többség elégedett a szolgáltatással.

16. ábra

Az intézménnyel való elégedettség: „Az intézetet az otthonomnak tekintem”



Forrás: Saját szerkesztés.

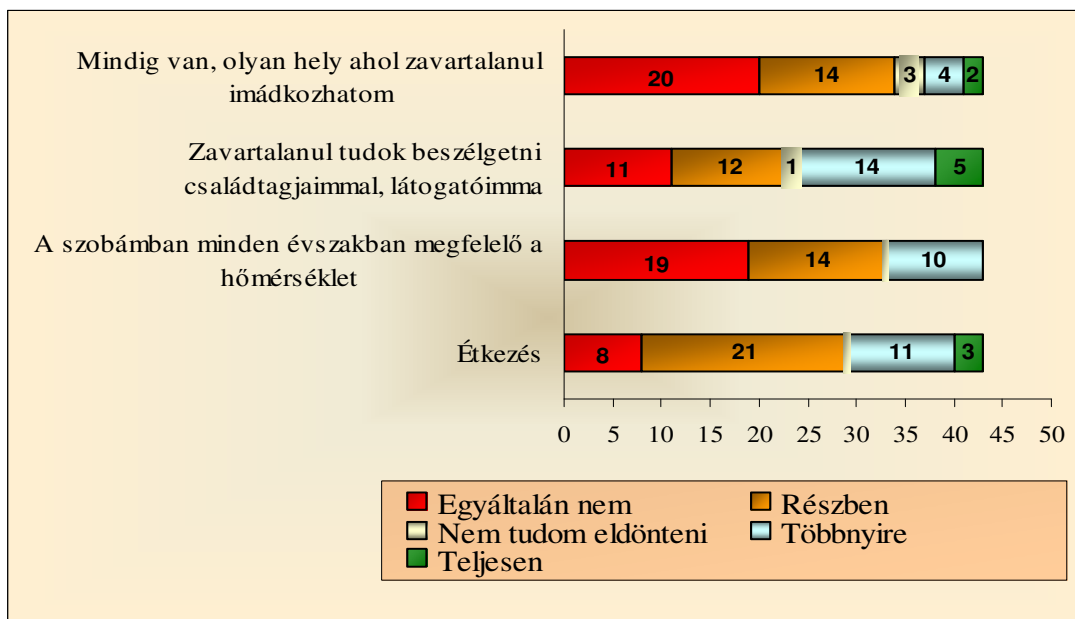
Az intézményi alapkörnyezet és az alapszolgáltatás megfelelősége sarkalatos pontnak bizonyult a felmérés alapján melyre a legtöbben az „egyáltalán nem” vagy a „részben vagyok elégedett” válaszokat jelölték (17. ábra).

A válaszok alapján az ellátottak igénylik a külön helyiségeket ahová nyugodtan elvonulhatnak akár imádkozni akár a családtagjaikkal beszélgetni. Az intézmény épülete korszerűsítésére szorul. A válaszadók leginkább a fűtésre és a szobájuk nem megfelelő hőmérsékletére panaszkodtak. Az étkezéssel a válaszadók 19%-a egyáltalán nincs megelégedve, 49%-a részben míg csupán 7% volt az aki teljesen elégedett. Az intézmény fejlesztése tehát elsődlegesen ezeken a területeken javasolt (18. ábra).

A passzivitás legyőzése az egyik legnagyobb kihívás a foglalkoztatók számára, pedig a tanulás tevékenysége új értelmet adhat az ellátottak intézményi létének, új perspektívát és lehetőséget felvonultatva. A kérdőív harmadik részében a szöveges indoklások szerepeltek, ahol kifejthették véleményüket a válaszadók. Bár elég szűkszavú válaszok érkeztek a legtöbbjük lényeges információt tartalmazott (9. táblázat).

17. ábra

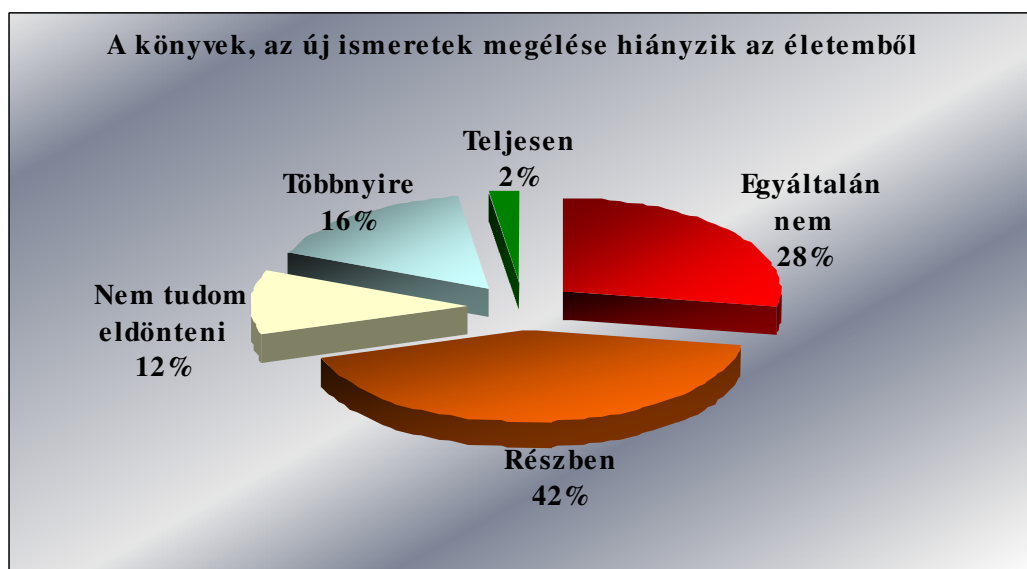
A nem megfelelő szolgáltatások



Forrás: Saját szerkesztés.

18. ábra

Az ismeretek megélése



Forrás: Saját szerkesztés.

A vizsgálat során kiderült, hogy az intézménnyel való elégedettség alapját az ápolók hozzáállása döntően befolyásolja, hogy hogyan és milyen mértékben tudják az itt élők

szimpátiáját és bizalmát elnyerni. Az életkor előrehaladtával nő az elégedettség mértéke és az intézményt egyre inkább tudják az otthonuknak tekinteni.

Az elégedettséget befolyásoló intézményi tényezők közül a működésre és az infrastruktúrára vonatkozó tételekhez alacsonyabb elégedettségi értékek társultak. A válaszadók a leginkább a fűtés nem megfelelő működésével, a közösségi terek hiányával, valamint az ételek ízletességével voltak elégedetlenek.

9. táblázat

Tartalomelemzés eredményei

<i>Kérdések</i>	<i>Válaszok</i>
Miben kellene Ön szerint fejleszteni az intézményt? Mi az, amivel elégedetlen?	Fűtőkorszerűsítés Könyvek, filmek hiánya Ételek minősége, változatossága Rosszul záródó ablakok Elvonulásra alkalmas hely hiánya Büfé
Milyen programokkal színesítené a meglévőket?	Kirándulás, templomlátogatás Több vendéglőadó Színház
Milyen szórakoztató eszközöket hiányol a szabadidő eltöltéséhez?	Számítógép A mozi helyettesítésére külön terem kialakítása, ahol hangosan lehetne nézni régi filmeket. Zenehallgatás

Forrás: Saját szerkesztés.

4.1.2.2. Az integrált intézményi működés új kihívásai

A Szociális Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság a bevételeit átgondolt, megtakarítás szemléletű üzleti tervezéssel és pályázatok benyújtásával tudja biztosítani. A tevékenységéhez a pénzügyi fedezetet az állami normatív támogatás, a megyei önkormányzat által folyósított működést kiegészítő támogatás, az ellátottak által befizetett térítési díjak, a finanszírozási szerződéssel ellátott feladatokra biztosított támogatások, illetve az üzleti tevékenységből származó bevételek biztosították.

Nagymértékben nehezítették a társaságok költséghatékony, gazdaságos működését a költségvetési törvényben jogszabályváltozásaiból eredő normatíva (7. sz. melléklet) és térítési díj csökkenései és az ebből származó bevétel kiesés. Az állami normatíva 2010. évi összege a 2005. évi finanszírozás 84%-a, az inflációt is figyelembe véve vásárló értéken kb. 65%-a. Az állami normatíva 2010. évi összege a szociális ellátást nyújtó nonprofit társaságoknál 133 227 E Ft bevételkiesést eredményezett 2009. évhez viszonyítva.

A szociális szakellátásban az ellátási formák finanszírozás és ebből adódóan a fenntarthatóság szempontjából különbözőek. Normatíva bevétel szempontjából az idős ellátás kapja a legalacsonyabb normatívát: 635 650 Ft-ot ellátottanként, azonban a térítési díj bevétele ennek az ellátási formának a legmagasabb, részben az ellátottak, részben a hozzátartozók befizetései eredményeként, ami kompenzálja a kevesebb normatíva bevételt. A 100 ellátotthoz előírt szakember létszám az idős ellátásban a legkevesebb. A leggazdaságosabban fenntartható ellátási forma az idős ellátás.

Ezzel szemben a szociális szakellátási formák közül kiemelkedően magas költségigényű a fogyatékos ellátás, magas költségigényű a pszichiátriai és a szenvedélybeteg ellátás, annak ellenére, hogy az egy főre jutó normatív finanszírozás összege a fogyatékos, pszichiátria, szenvedélybeteg ellátásban: 710 650 Ft/fő. *Ez a magasabb normatíva sem egészíti ki az ellátottak által megfizetett személyi térítési díjat, amely szükséges lenne ahhoz, hogy működtethetőbb és tervezhetőbb legyen az ellátási rendszer.* Ebből kifolyólag a szociális szakellátó intézmények működtetésére és átszervezésére vonatkozóan, a középírányító szervek koordinálásával az integrált szervezeti formában való hatékony működtetés lehetőségének kiterjesztése megfontolandó, 150% normatív finanszírozás kiegészítésével.

A prominencia vizsgálat során megállapítást nyert, hogy az egyházak számára nyújtott állami kiegészítő támogatás mértékének (94,5%) lényegesen kisebb hányadával is lehetséges a szociális szakellátást a jelenlegi színvonalon, hatékonyan biztosítani, amivel az állam szakfeladataira szánt költségei csökkenthetőek. A Nonprofit Kft-k, illetve állami fenntartás alatt működő szociális intézmények számára a normatívát éves szinten az infláció mértékével szükséges emelni, amely hozzájárulna a még biztonságosabb működtetéshez.

A normatív állami finanszírozás folyamatos csökkenése ellenére a gazdasági társaságok az integrált intézményi kereteken belül történő működésből adódóan az áruk és szolgáltatások nagyobb mennyiségben közbeszerzési eljárással történő vásárlása következtében keletkezett megtakarítások, a vállalkozási bevételek, a személyi létszám minimalizálása, valamint az átgondolt megtakarítás szemléletű költséghatékony gazdálkodás eredményeként – tudnak 2011. évtől *önkormányzati kiegészítő támogatás* nélkül működni. Ezt támasztja alá az a tény, hogy 2005-ben az intézmények átszervezése előtt 369 millió Ft önkormányzati kiegészítő támogatással tudta az önkormányzat az intézményeit működtetni, addig 2010-ben a gazdasági társaságok csak 143,4 M Ft önkormányzati kiegészítő támogatást kapnak. Az átszervezést követő időszakban a nonprofit gazdasági társaságok működési kiadásait az önkormányzat fokozatosan egyre kevesebb összeggel egészítette ki, 2010-ben 6–7% arányban, amely más megyékhez képest (30–40%) lényegesen alacsonyabb összeg. 2011. évtől

kiegészítő támogatást nem kapnak a gazdasági társaságok (*Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. 2008. és 2009. évi beszámolója*) (10. táblázat).

10. táblázat

Szociális intézmények kiegészítő önkormányzati támogatásnak alakulása, 2005–2012, eFt

<i>Intézmények</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
<i>Önkormányzati kiegészítés</i>								
Hajdúsági Szociális NKft. Hajdúnánás	4 000	0	0					
Hajdúsági Szociális NKft. Nyíradony	0	0	0				0 (31 687)	
Hajdúsági Szociális NKft. Bal-mazújváros –Nagyhát	60 589	44 093	46 744	84 492	63 375	63 375	Ingatlanok állagmeg- óvására, felújítá- sára.	0
Hajdúsági Szociális NKft. Mi- kepércs	46 225	51 359	64 157					
Bihari Szo- ciális NKft. Derecske	9 630	0	0					
Bihari Szo- ciális NKft. Hajdúszo- boszló	53 086	52 111	0				0 (40 014)	
Bihari Szo- ciális NKft. Báránd- Hosszúhát	130 254	99 452	104 558	106 705	80 029	80 029	Ingatlanok állagmeg- óvására, felújítására	0
Bihari Szo- ciális NKft. Komádi	57 589	54 503	55 753					
Szociális összesen	361 373	301 518	271 212	191 197	143 404	143 404	0 (71 701)	0

Forrás: Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ, belső szakmai anyag, 2012. április.

A társaság közhasznú tevékenysége ellátásának elősegítése érdekében kiegészítő jelleggel *üzletszerű gazdasági tevékenységet* is folytathat (ebédkészítés és kiszállítás a környező lakosság, valamint más cégek, intézmények részére, gépkocsi szabad kapacitásának kihasználása, mosatás helyi vállalkozók, intézmények, számára, helyiségek bérbeadása), de a tevékenységből származó nyereséget kizárólag a közhasznú

feladat ellátására fordíthatja. A társaságok a bevételeket növelő vállalkozói tevékenységeik tekintetében igyekeznek teljes mértékben kihasználni az adódó lehetőségeket. Minden esetben szakmai és pénzügyi elemzést végeznek az adott szolgáltatás megvalósíthatóságáról, fenntarthatóságáról és csak a pozitív eredményt hozó tevékenységek bevezetését, megvalósítását támogatják. Pályázati források felhasználásával szakmai és tárgyi fejlesztéseket hajtott végre, amelynek eredményeként javított a kötelező szolgáltatások és tevékenységek színvonalát. További kiegészítő forrásként hasznosítható az alapellátásból származó bevétel.

A szociális szakellátásban a feladatok és a hozzá biztosított források között jelentős különbség van. Költségmegtakarítást jelentenek az áruk és a szolgáltatások közbeszerzési eljárással történő beszerzései, valamint a technikai létszám csökkentése és a takarítás, mint szerződéses szolgáltatás beszerzése. Az intézményekben a személyi jellegű kiadások teszik ki az összköltség legnagyobb részét. Ennek ellenére a szervezeti struktúra átalakítása nyomán az intézményi működés hatékonyságának javulásával, a rendelkezésre álló erőforrások átcsoportosításával és okszerűbb felhasználásával a szociális ellátás feltételrendszerei az érintett intézményekben nem romlottak, a minőségi ellátás területén a fenntartható fejlődést sikerült biztosítani.

Az elmúlt évek tapasztalatai alapján a kiszervezés sikeresnek mondható mind gazdaságilag, mind szakmailag egyaránt. Az elért fontosabb eredmények a 4.3. pontban kerülnek kifejtésre.

4.1.2.3. A nonprofit gazdasági társaságok és a költségvetési intézmények összehasonlítása

Az összehasonlító táblázatból látható, hogy a gazdasági társaságok minden szempontból előnyös lehetőséget jelentenek a szociális szolgáltatások működési kereteiként. A három működési forma közül a nonprofit gazdasági forma biztosítja a nagyobb rugalmasságot, gyorsabb, hatékonyabb szakmai együttműködést, gyorsabb kommunikációt, ráadásul a kiegészítő üzleti tevékenység folytatására is csak ezen formában van lehetőség, a költségvetési intézményekben erre nincs mód (11. táblázat)

A 2014. évben a gazdasági társaságokat ismét költségvetési intézményekké kívánja a jogalkotó visszaalakítani. Az átalakítás során megfontolandó lenne a költségvetési intézmények szervezeti integrációja, amely rendelkezik a gazdasági társaságok előnyeivel és ezzel segítik a szociális intézményrendszer jobbá válását.

11. táblázat

A nonprofit gazdasági társaság és a költségvetési intézmények működésének összehasonlítása

Megnevezés	Gazdasági társaság	Költségvetési intézmény	Integrált költségvetési intézmények
egységes, átláthatóbb, rugalmasabb gazdálkodási szemlélet	X	-	-
fokozottabb belső ellenőrzés	X	X	X
gazdasági és szakmai területen megtakarítás szemléletű költségvetés tervezés	X	X	X
szolgáltatások kiszervezése: takarítás, karbantartás, szakorvosi feladatok,	X	X	X
egységes gyógyszer és gyógyászati segédeszköz beszerzés	X	-	X
hatékonyabb szakmai együttműködés az intézmények szakmai egységei között	X	-	X
közvetlenebb és gyorsabb kommunikáció az intézmények és a fenntartó között	X	-	X
lehetőség üzleti tevékenység folytatására	X	-	-
pályázati lehetőségek fokozottabb kihasználása	X	X	X
az áruk és a szolgáltatások beszerzése nagyobb mennyiségben, közbeszerzési eljárással, alacsonyabb áron történhet	X	X	X

Forrás: Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ, belső anyagok, interjúk, 2012.

4.1.2.4. Szociális gazdaság kialakítása intézményi keretek között

A szociális gazdaság, mint a versenyszféra és a közszféra mellett működő gazdasági szektor elsődleges célja nem a nyereség megszerzésére, hanem más közösségi (kulturális, szociális, foglalkoztatási stb.) célok, igények kielégítésére irányul. A magyar szociális intézmények keretei között kialakítható rehabilitációs gazdaságok jogi, gazdasági háttere még nem alakult ki, de a szakosított szociális intézményekben történő modellkísérlet indításához a konkrét elgondolás Hajdú-Bihar megyében már megfogalmazódott. Az állam normatív, illetve feladatfinanszírozási támogatási rendszere mellett az integrált szociális intézmények működése gazdaságosabbá tehető az intézményi állattenyésztés és növénytermesztés újbóli előnyben részesítésével.

A szociális intézményekben korábban a növénytermesztés mellett teljesen evidens volt az állattartás is, amely fedezte az adott intézmény éves húsigényét. Sajnos a jogszabályi,

valamint a társadalmi változások miatt a Hajdú-Bihar megyében működő szociális intézmények több mint 15 éve felhagytak a haszon- és a terápiás jellegű, állatsimogatóként működő állattartással, illetve a növénytermesztéssel is. Utóbbi csak néhány intézményben maradt meg a szociális foglalkoztatás keretei között. Amikor az állattartás megszűnt, a kialakított ólak, terménytárolók „raktár” funkcióként működtek tovább, de a felújításukra, karbantartásukra a fenntartók nem fordítottak különösen nagyobb figyelmet.

A gazdasági társaságok ügyvezetője által elmondottak alapján egyre több intézményben tapasztalható a kutyaterápiás foglalkozások kapcsán, hogy az ellátottak számára fontos az állatok szeretete, közelsége, a róluk való gondoskodás. Ebből adódóan merült fel, hogy újra lehetne indítani az állattartást, valamint bővíteni lehetne a növénykultúra termesztését is, amelyben az ellátottak bevonása az alapvető cél. Az intézmények jelentős részében évek óta sikeresen működik a szociális foglalkoztatás rendszerébe (munka-rehabilitáció és fejlesztő felkészítő foglalkoztatás) így ezen foglalkozásokat is be lehetne vonni.

A gazdálkodás során a munkaerő elsősorban nem jövedelemmé (pénzzé), hanem pénzben nem kifejezhető értékekké transzformálódik. A munka kategóriájába tartozó tevékenységek a gazdálkodó ellátottak életének szerves és elválaszthatatlan részét képezik, amelynek elsődleges haszna a személyiségük épülése, társadalmi pozíciójuk fejlesztése (funkcionális tér nyitása számukra a társadalomban), a gazdaság területén a fizikai életkörülményeik (a szűk határok közé szorult életterük) fölépítése, és másodlagos haszna a jövedelemszerzés.

A megtermelt javakat az intézmények a számukra szükséges részét saját célra használják fel, a többletet pedig a többi intézmény igényei szerint osztják szét. Így a helyi adottságoknak megfelelően számos olyan tevékenység kialakítása a cél, amelynek funkciója segíti a majorok életképességét: legyen az kosárfonás, famegmunkálás, kenyérsütés, szövés, nemezelés, fazekasság, mezőgazdasági termékek feldolgozása stb.

Az értelmes foglalkoztatás aktív fizikai részvételt jelent, ami a szociális gazdaság esetében a manufakturális jellegű tevékenységek biztosítását fedi le. Ez értelmezhető terápiás szinten is, ugyanis itt van biztosítva a munka általi pozitív visszacsatolás. A közösség hasznos tagjává lenni létkérdés minden sérült személy számára.

Ahhoz, hogy ezek a gazdaságok létrejöhessenek, meg kell, hogy előzze egy betanítási/felkészítési időszak az ellátottak és a segítők részére, amely során a munkához kötött betanító jellegű képzéseken, és a munkafolyamatokat kiegészítő, a szociális készségeket szinten tartó és fejlesztő tanfolyamokon vennének részt. Mivel a sérült személyeknek az oktatása gyakorlatorientált szemléltető kell legyen, valamint elegendő időt

kell biztosítani az elsajátításra, a gazdasági környezet talán az egyik leginkább megfelelő a tanulási környezet biztosításának területén.

A foglalkoztatási formák területén is vannak jelentős különbségek, amelyek a bevont személyek állapotától, valamint a foglalkoztató munkaszervezési módozatától és lehetőségeitől függ.

4.2. A közigazgatás átszervezése és a szociális ellátórendszer kapcsolata

4.2.1. A szociális intézményrendszer átszervezésével együtt járó költséghatékonyabb és fenntarthatóbb szociális ellátások Magyarországon

A Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ 2012. január 1. napjától az állami tulajdonba került Bihari Szociális Nonprofit Kft. és a Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. fenntartásában, ellátási szerződés megkötésével működteti a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 88. § (1) bekezdése által előírt szakosított ellátást nyújtó szociális intézményeit.

A megyei önkormányzatok konszolidációja során létrehozott megyei intézményfenntartó központ eddigi működésének tapasztalatai azt mutatják, hogy a pontosan körülhatárolt feladatellátásra szakosított központ a különböző profilú intézmények működtetésére hatékony munkaszervezetet alakított ki. A gazdálkodással kapcsolatos feladatok ellátását ágazattól, intézménytípustól függetlenül, azonos színvonalon és standardok alapján szervezi és végzi.

Ez a szervezetrendszer az egymástól igen különböző ágazati feladatellátás, a széles ellátotti kör, valamint az eltérő személyi és dologi forrásigény ellenére képes az intézményeket költségtakarékosan és hatékonyan működtetni azáltal, hogy egy kézben fogja össze a szakmai és gazdasági teendőket, súlyozza az ellátandó feladatokat, felkutatja és bevonja a pályázati forrásokat.

A működés közép- és hosszú távú tervezésének kiemelt szempontja, hogy az intézmények és a fenntartó személyi állománya, a dologi és felhalmozási szükségletek az ellátandó feladatokhoz és a hatályos jogszabályi környezethez illeszkedjék.

A Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ egységes gazdasági szervezettel és szempontrendszerrel költséghatékonyan képes az intézmények működését biztosítani, a rendelkezésre álló pályázati forrásokat bevonni, a rövid-, közép- és hosszú távú szakmai elképzeléseket egyaránt megvalósítani. A fenntartott intézmények személyi állomá-

nya a feladatellátás teljes körű megvalósításához szükséges mértékű. A HBMIK személyi állománya jól képzett szakemberekből áll, képes a középírányítói feladatok ellátására, rendelkezik azzal a szakmai tapasztalattal és gyakorlattal, amelyet az eltérő ágazati feladatellátás megkíván.

A megyei, illetve országos, átfogó szociális és gyermekvédelmi szakellátást nyújtó intézmények működtetésében – tapasztalataink szerint – az állami szerepvállalás arányát növelni szükséges. Az állam intézményei alkalmasak azoknak a speciális szolgáltatásoknak a nyújtására, amelyek a folyamatosan változó ellátotti igényeket elégítik ki.

A települési önkormányzatok elsősorban a helyi, települési szinten jelentkező alapszükségletek kielégítését tudják biztonságosan megoldani. A finanszírozási nehézségek mellett a szélesebb, megyei és országos, valamint speciális igényeket kielégítő szakellátó intézmények biztonságos működtetése komoly terheket róhat a települési önkormányzatokra.

A szociális és gyermekvédelmi szakellátásban azonos szakmapolitikai elveken nyugvó, állami garanciát nyújtó, minőségi szolgáltatásra kell törekedni. A szociális intézmények elérhetőségét a rászorulóknak számára úgy kell megteremteni, hogy az engedély nélkül működő, szociális szolgáltatásokat nyújtó vállalkozásokat vissza lehessen szorítani. Az illegálisan működő intézményeket, ha nem teljesítik a szakmai követelményeket minél hamarabb szükséges felszámolni. A szolgáltatások mindenki számára elérhetőek, viszont a legálisan működő szociális intézményeknek, illetve gyámhivataloknak, módszertani központoknak minél szélesebb körben és hangsúlyozottabban kellene a legális intézményeket bemutatni, képviselni, hogy a lakosság minden rétegéhez eljusson és ne az illegális intézmény által ajánlott „szolgáltatás” legyen számukra a csábító.

Szociális területen a fogyatékos ellátás, valamint pszichiátriai és szenvedélybeteg ellátás kiemelkedően nagy költségigényű ellátási formák. Alacsony térítési díj bevétellel és – jogszabályokban előírt – magas szakmai létszámnormákkal működnek. Ezek az ellátási formák a piaci szolgáltatók számára nem vonzó szolgáltatások, a rászorulóknak leginkább állami/önkormányzati fenntartású intézményekben nyerhetnek elhelyezést megüresedő férőhely esetén.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni azokat az embereket az ellátás szervezésekor, akik ideológiai vagy egyéb vallási meggyőződés miatt nem akarják, vagy anyagi okok miatt nem tudják az egyházi fenntartók által nyújtott szolgáltatásokat igénybe venni.

A középírányítói szintek megtartását az indokolja, hogy itt valósulhat meg a megyei ellátási igények figyelembe vétele, továbbá az állam egységes szakmai irányító szemléletének alkalmazása. Az állam által elvárt minőségbiztosítás és kontroll középírányítással, a rendelkezésre álló felkészült szakemberekkel biztosítható az intézményekben. Egy megfelelő jogosultsággal rendelkező középírányító szerv megyei szinten gondoskodhatna a szolgáltatások – alap és szakellátások – összehangolásáról (egyházi, civil fenntartók koordinálásáról). Mindez megvalósulhat akár önállóan működő szervezeti formában, vagy már meglévő intézmény részeként.

A szociális szakellátást nyújtó intézményrendszer fenntarthatósága érdekében, szakmai indokok és területi elv alapján átgondolásra került a két fenntartó gazdasági társaság (Bihari Szociális Nonprofit Kft. és Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft.) költségvetési intézmények integrált szervezeti keretek között való működtetése. Az összevonás eredményeként egy integrált intézmény látná el a fenntartói feladatokat mind a nyolc intézményben 11 telephelyen. A fenntartói feladatok között szerepel az intézményi gazdálkodás és működés törvényességének biztosítása, az intézmények szakmai munkájának az irányítása, egységes gazdálkodás kialakítása, pályázatok koordinálása, ellátotti pénzkezelés, munkáltatói jogok gyakorlása, ellátotti érdekvédelem, szakemberek továbbképzése, intézményi dokumentumok (SZMSZ, Házirend, Szakmai Program) elkészítése.

Az intézményi integráció az intézményrendszer további működtetésének a megfelelőbb átláthatóságát, egységes irányítását eredményezheti. Továbbá az egy társaságban való működtetés lehetőséget ad arra, hogy a meglévő két fenntartó által működtetett ellátási formák különböző finanszírozásából adódó működtetési egyenlőtlenségeket megszüntesse:

- A szociális szakellátásban az ellátási formák finanszírozás és ebből adódóan a fenntarthatóság szempontjából különbözőek. Normatíva bevétel szempontjából az idős ellátás kapja a legalacsonyabb normatívát: 635 650 Ft-ot ellátottanként, azonban a térítési díj bevétele ennek az ellátási formának a legmagasabb, részben az ellátottak, részben a hozzátartozók befizetései eredményeként, ami kompenzálja a kevesebb normatíva bevételt. A 100 ellátotthoz előírt szakember létszám az idős ellátásban a legkevesebb. A leggazdaságosabban fenntartható ellátási forma az idős ellátás.
- Ezzel szemben a szociális szakellátási formák közül kiemelkedően magas költségigényű a fogyatékos ellátás, magas költségigényű a pszichiátriai és a szenvedélybeteg ellátás, annak ellenére, hogy az egy főre jutó normatív finanszírozás összege a fogyatékos, pszichiátria, szenvedélybeteg ellátásban: 710 650

Ft/fő. Ez a magasabb normatíva sem egészíti ki az ellátottak által megfizetett személyi térítési díjat, amely szükséges lenne ahhoz, hogy működtethetőbb és tervezhetőbb legyen az ellátási rendszer. A finanszírozáson túl kiemelkedő probléma, hogy a pályázati kiírások sem segítik elő a külterületen lévő szociális intézmények korszerűsítését, esetlegesen kiváltását.

Az intézményrendszer átszervezésével az ellátási formák kiegyenlítődnek a létrejövő új társaságban, ezzel együtt megvalósul az intézményrendszer egységes szemléletű szakmai és gazdasági irányítása és kiegyensúlyozottabb finanszírozása. Az ellátási formák (idős, fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg) különböző finanszírozásából adódó működtetési egyenlőtlenségek megszűnnek. A központi irányításnak köszönhetően a dokumentációs rendszer egységesebbé és átláthatóbbá válik, a jól működő gyakorlatokat adaptálhatják egymás között az intézmények, szorosabbá válik az együttműködés.

A gazdaságosabb működés érdekében az integrált szervezeti egységben történő működtetés adta lehetőségek (feladatok kiszervezése, összevonása, egységes szemléletű gazdálkodás, közbeszerzéssel történő egységes beszerzések stb.) kihasználásával további megtakarításokat lehet elérni. Az átalakítás eredményeként hatékony és eredményes intézményi gazdálkodás valósul meg úgy, hogy az intézményekben lakók ellátásának színvonala továbbra is magas szintű marad. Továbbra is elsődleges szempont az intézmények kapacitásának teljes kihasználása.

Tapasztalataink szerint az egyházak számára nyújtott állami kiegészítő támogatás mértékének (amely jelenleg 94,5%) lényegesen kisebb hányadával (körülbelül 45–50%) már lehetséges volna a szociális szakellátást a jelenleginél magasabb színvonalon, hatékonyan biztosítani, amivel az állam szakfeladatra szánt költségei összességében csökkenthetőek. *A Nonprofit Kft-k, illetve állami fenntartás alatt működő szociális intézmények számára a normatívát éves szinten az infláció mértékével szükséges emelni, amely hozzájárulna a még biztonságosabb működtetéshez.*

Tapasztalataink szerint a megyei – Debrecen város szakellátásával együttesen – szociális és gyermekvédelmi szakellátást nyújtó intézmények egységes szakmai és gazdasági működését biztosító egyetlen, középírányító központba történő integrálásával a fenntartás költséghatékonysága növelhető, egységes szakmai irányítással, kontrollal – az egyházak és civil intézmények felett is – hatékonyabban működtethető.

Az állami szerepvállalás elengedhetetlen a folyamatosan változó ellátotti igények kielégítését célzó és a speciális ellátotti csoportoknak (fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek) szolgáltatásokat nyújtó intézmények működtetésében.

Az elmúlt években a személyi létszám racionalizálása nem csak az intézményekben történt meg, hanem a fenntartó részéről is. Jelenleg a fenntartói feladatokat szociális és gyermekvédelmi területen 19 fő végzi a HBMIK részéről, ebből szakterületenként 1–1 fő referens. Szociális területen az intézményi átszervezés és a gazdasági társaságok létrehozása eredményeként ezeket a feladatokat az NKft-k részéről hét fő látja el.

A fent leírt átszervezések tapasztalati alapján az intézmények – a középírányítói szintek (MIK-ek) megtartásával történő – működtetése magas szakmai színvonalon, a meglévő, (már racionalizált létszámú) képzett, gyakorlattal rendelkező szakemberekkel kiegyensúlyozott ellátást eredményezhet, amennyiben az ellátás finanszírozásában megmutatkozó anomáliák (egyházi kiegészítő támogatás) rendezése, a források feladatarányos elosztása megvalósul. Az állam által elvárt minőségbiztosítás és kontroll középírányító szerv általi megvalósítása megyei szinten gondoskodhat a szolgáltatások – alap és szakellátások – összehangolásáról, egyházi, civil fenntartók koordinálásáról.

Az ellátás finanszírozhatóságának érdekében megfontolandó, hogy a támogatások elosztásában érvényesüljön az egyenlőség elve, hogy a különböző fenntartók által működtetett intézmények szolgáltatásainak minőségi megítélésében csupán szakmai indokok dönthessenek és ne a támogatás volumene. A költségvetési intézmények is kiváló színvonalon látják el feladatukat, ha megkapják a működéshez minimálisan szükséges támogatást.

A túlságosan is decentralizált, szétaprózódott ellátórendszer centralizációja elkezdődött 2012-ben, melynek folytatása 2013 folyamán úgy alakította át a szakmai és területi kompetenciákat, hogy azok egységesen, átláthatóan és magas színvonalon biztosítsák a szakellátásokat (területenként különböző forrás biztosítása mellett). Olyan ellátások esetében, melyek más szolgáltatók számára nem vonzóak (pszichiátriai, fogyatékos) az ellátás biztonságát az állam tudja garantálni. Az állami szerepvállalás megerősítése a szociális és gyermekvédelmi ellátásban minőségi garanciát jelenthet és biztonságot teremthet az ellátottak számára.

4.2.2. A szociális ellátórendszer átalakítását támogató jogszabályi környezet

A Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ 2012. január 1. napjától az állami tulajdonba került Bihari Szociális Nonprofit Kft. és a Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft.

fenntartásában, ellátási szerződés megkötésével működteti a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 88. § (1) bekezdése által előírt szakosított ellátást nyújtó szociális intézményeit.

A települési önkormányzatok elsősorban a helyi, települési szinten jelentkező alapszükségletek kielégítését tudják biztonságosan megoldani. A finanszírozási nehézségek mellett a szélesebb, megyei és országos, valamint speciális igényeket ki-elégítő szakellátó intézmények biztonságos működtetése komoly terheket róhat a települési önkormányzatokra.

Szociális területen a fogyatékos ellátás, valamint pszichiátriai és szenvedélybeteg ellátás kiemelkedően nagy költségigényű ellátási formák. Alacsony térítési díj bevéttel és jogszabályokban előírt magas szakmai létszámnormákkal működnek. Ezek az ellátási formák a piaci szolgáltatók számára nem vonzó szolgáltatások, a rá-szorulók leginkább állami/önkormányzati fenntartású intézményekben nyerhetnek elhelyezést megüresedő férőhely esetén. A szociális és gyermekvédelmi szakellátásban azonos szakmapolitikai elveken nyugvó, állami garanciát nyújtó, minőségi szolgáltatásra kell törekedni.

A középírányítói szintek megtartását az indokolja, hogy itt valósulhat meg a megyei ellátási igények figyelembe vétele, továbbá az állam egységes szakmai irányító szemléletének alkalmazása. Az állam által elvárt minőségbiztosítás és kontroll középírányítással, a rendelkezésre álló felkészült szakemberekkel biztosítható az intézményekben. Egy megfelelő jogosultsággal rendelkező középírányító szerv megyei szinten gondoskodhatna a szolgáltatások – alap és szakellátások – összehangolásáról (egyházi, civil fenntartók koordinálásáról). Mindez megvalósulhat akár önállóan működő szervezeti formában, vagy már meglévő intézmény részeként. Az állami szerepvállalás elengedhetetlen a folyamatosan változó ellátotti igények kielégítését célzó és a speciális ellátotti csoportoknak (fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybeteg) szolgáltatásokat nyújtó intézmények működtetésében. Az elmúlt években a személyi létszám racionalizálása nem csak az intézményekben történt meg, hanem a fenntartó részéről is.

A szociális szakellátást nyújtó intézményrendszer fenntarthatósága érdekében, szakmai indokok és területi elv alapján átgondolásra került a két fenntartó gazdasági társaság (Bihari Szociális Nonprofit Kft. és Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft.) költségvetési intézmények integrált szervezeti keretek között való működtetése. Az összevonás eredményeként egy integrált intézmény látná el a fenntartói feladatokat mind a

nyolc intézményben, 11 telephelyen. Az intézményi integráció az intézményrendszer további működtetésének a megfelelőbb átláthatóságát, egységes irányítását eredményezheti. Továbbá az egy társaságban való működtetés lehetőséget ad arra, hogy a meglévő két fenntartó által működtetett ellátási formák különböző finanszírozásából adódó működtetési egyenlőtlenségeket megszüntesse. Ezzel együtt megvalósul az intézményrendszer egységes szemléletű szakmai és gazdasági irányítása és kiegyensúlyozottabb finanszírozása. A központi irányításnak köszönhetően a dokumentációs rendszer egységesebbé és átláthatóbbá válik, a jól működő gyakorlatokat adaptálhatják egymás között az intézmények, szorosabbá válik az együttműködés.

Az ágazatra vonatkozó jogi szabályozás, mely a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatait és működésük feltételeit határozzák meg vezérfonalként szolgál a szolgáltatóknak, de a szabályozás során ezekben a lényeges, elengedhetetlen feladatok és feltételek meghatározása a fontos. A csupán a feltételeknek való megfelelés kényszere nem az ellátottak megelégedését, az ellátás színvonalát emelik.

A túlságosan is decentralizált, szétaprózódott ellátórendszer centralizációja elkezdődött 2012-ben, melynek folytatása 2013 folyamán úgy alakította át a szakmai és területi kompetenciákat, hogy azok egységesen, átláthatóan és magas színvonalon biztosítsák a szakellátásokat (területenként különböző forrás biztosítása mellett). Olyan ellátások esetében, melyek más szolgáltatók számára nem vonzóak (pszichiátriai, fogyatékos) az ellátás biztonságát az állam tudja garantálni.

4.2.2.1 A szociális gazdaságot támogató jogszabályi háttér megteremtése

Nagy kihívása a szociális-foglalkoztatási rendszernek elhelyezni a meglévő intézményes struktúrában a szociális gazdaságot. Az életforma rugalmasságot igényel (pl. a mezőgazdaság időjáráshoz, az állattartás szükségletekhez, nem pedig munkarendhez kötött), amely egyelőre még idegen a túlszabályozott szociális rendszerünkhöz. Az újbóli kialakuláshoz összehangolt jogalkotói munkának kellene a feltételeket megteremtenie, melyhez egyrészt a központi költségvetésből másrészt a hazai vagy Európai Unió pályázatokon keresztül biztosítanának forrásokat. Az egységes rendszer kialakítását a különböző személyi és tárgyi feltételek szükségessége megnehezítheti.

4.2.2.2. A személyi jellegű költségek problematikája

Az intézményekben a személyi jellegű kiadások teszik ki az összköltség legnagyobb részét. Ezért az elmúlt években az önkormányzati kiegészítő támogatás megszűnéséből és a normatíva összegében és reálértékében történő folyamatos csökkenésből adódó bevétel kiesést a személyi létszám minimalizálásával, ebből adódóan a személyi jellegű kiadások lefaragásával igyekezett a fenntartó kompenzálni (7. táblázat).

A szociális feladatokat ellátó Nonprofit Kft-k munkatársai a Munka Törvénykönyve alá eső munkavállalók, akik állami közfeladatot látnak el. A szociális törvény előírásai alapján: *„Azoknak a munkavállalóknak a munkaidejét, pihenőidejét, előmeneteli és illetményrendszerét, akik olyan egyházi vagy nem állami fenntartású szolgáltatónál, intézménynél dolgoznak, amely után a fenntartó normatív állami hozzájárulásban részesül a Kjt. 55–80. §-a szerint kell megállapítani.”* A rendelkezés az állami és nem állami fenntartású szociális intézményekben foglalkoztatottak közötti indokolatlan különbségtételt tiltja garanciális jelleggel. Célja az, hogy a nem állami fenntartók által munkavállalóként foglalkoztatott szociális szakemberek ne kerüljenek hátrányosabb helyzetbe, mint az állami fenntartónál dolgozók. Ezen szabályozás ellenére az állami tulajdonban lévő, normatív finanszírozással működő Nonprofit Kft-k szociális közfeladatot ellátó munkatársai a hatályos jogszabályok értelmében nem jogosultak bérkompenzációra.

Az egyházi fenntartású közfeladatot ellátó egészségügyi, oktatási, szociális, valamint közgyűjteményi és közművelődési szolgáltatást nyújtó intézményeknél foglalkoztatottak 2011. évi kompenzációjáról szóló 164/2011. (VIII.24.) Korm. rendelettel az egyházi fenntartásba tartozó munkavállalók bére rendezésre került.

A költségvetési szerveknél és az egyházak közcélú tevékenységet folytató intézményeinél foglalkoztatottak 2012. évi bérkompenzációjáról szóló 371/2011. (XII.31.) Korm. rendelettel pedig 2012. évre került rendezésre a költségvetési szerveknél, valamint az egyházak közcélú tevékenységet folytató, nem költségvetési szervként működő intézményeinél a munkavállalók bére.

A fent leírtak eredményeként megállapítható, hogy 2012. január 1. napjától a Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ vagyonkezelésébe került, teljes egészében állami tulajdonban működő Bihari Szociális Nonprofit Kft. és Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. közcélú tevékenységet folytató (szociális feladatokat végző) munkatársai a hatályos jogszabályi előírások szerint nem részesülnek a központi támogatásból. A tár-

saságok a fent leírt okok következtében a bérek nettó értékének megőrzését szolgáló elvárt béremelések teljesítése eredményeként keletkező többletköltséget önerőből nem tudják kigazdálkodni. A finanszírozáshoz állami segítségre van szükségük.

Nagyon fontos kihangsúlyozni, hogy a Nonprofit Kft-k nem profitorientált gazdasági társaságok, hanem nonprofit, kiemelten közhasznú gazdasági társaságok, amelyekre nem ugyanazokat a szabályokat kellene alkalmazni, mint a profitorientált gazdasági társaságokra. A nonprofit szervezetek részére, kiegészítő kompenzáció igénylésére kiírt pályázat nem oldja meg a társaságok finanszírozási gondját, mert a pályázat keretében a 2012. évi elvárt 5%-os béremelés saját erőből finanszírozandó részéből legfeljebb 3%-ot kitevő rész költségeire igényelhető vissza nem térítendő támogatás. A közfeladatot ellátó állami tulajdonú társaságoknak a fennmaradó költségek finanszírozása is gondot jelent.

4.2.2.3. Kapacitásszabályozás

2012. január 1. napjától bevezetésre került szociális területen a kapacitásszabályozás. A jogszabályi előírások szerint a miniszter (EMMI) minden év január 15-éig közleményben teszi közzé a naptári évre vonatkozó kapacitást. A 2012. január 10. napján kelt közlemény értelmében 2012. évre nincs befogadható kapacitás megjelölve. Kivéve: a feladatellátási kötelezettségének eleget tevő megyei intézményfenntartó központot, amely esetében a rendelkezésre álló kapacitástól függetlenül befogadja a módosítási kérelmet az Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal. A Bihari Szociális Nonprofit Kft-re és a Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft-re azonban az NRSZH és az EMMI által kiadott állásfoglalás alapján nem vonatkozik a fent említett kivétel.

Az állásfoglalások szerint a gazdasági társaságok, mint fenntartók a szociális törvény előírásai szerint nem minősülnek állami fenntartónak, annak ellenére sem, hogy az NKft-k állami tulajdonban vannak. A HBMIK a szociális törvény szerint előírt ellátási kötelezettségének ellátási szerződés útján is eleget tehet, ez azonban nem jelenti azt, hogy kapacitástól függetlenül befogadást nyerjen a megyei fenntartóval ellátási szerződést kötő állami tulajdonú gazdasági társaság. A HBMIK-nek a szociális szakellátó rendszer ellátotti igényeknek megfelelő, gazdaságos működtetése szempontjából mindez komoly problémát jelent.

A gazdasági társaságok az elmúlt években rugalmas rendszert tudtak kialakítani az intézmények szakmai irányítása és a gazdálkodás szempontjából. A jövőbeni hatékony működésnek azonban elengedhetetlen feltétele a szabályozások módosításával a fent

leírt problémák megoldása. A jövőbeni hatékony működésnek elengedhetetlen feltétele a szabályozások módosításával a fent leírt problémák megoldása.

4.3. A Hajdú-Bihar megyei működési modell eredményei

A normatív állami finanszírozás folyamatos csökkenése ellenére a gazdasági társaságok a közbeszerzések és vállalkozási bevételek, valamint az átgondolt megtakarítás szemléletű költséghatékony gazdálkodás eredményeként egyre kevesebb önkormányzati kiegészítő támogatással tudtak működni. Ezt támasztja alá az a tény, hogy 2010. évben a gazdasági társaságok a bevételeik arányában 6% önkormányzati támogatást kaptak. A szociális feladatokat ellátó társaságok tevékenységéhez a pénzügyi fedezetet az állami normatív támogatás, a megyei önkormányzat által folyósított működést kiegészítő támogatás, az ellátottak által befizetett térítési díjak, a finanszírozási szerződéssel ellátott feladatokra biztosított támogatások, illetve az üzleti tevékenységből származó bevételek biztosították.

Az elmúlt évek tapasztalatai alapján a kiszervezés sikeresnek mondható mind gazdaságilag, mind szakmailag egyaránt. Az elért fontosabb eredmények a következők:

- A szociális szakellátást nyújtó költségvetési intézmények 2007. évig kiadásait nem tudták az állami normatívából és saját bevételeikből biztosítani. A zavartalan működéshez jelentős mértékű 32% önkormányzati támogatásra is szükség volt. A megye által az intézmények részére biztosított működést kiegészítő támogatás jelentősen csökkent, amely 2009-ben csupán a Kft. összköltségének kb. 6%-át tette ki. A tapasztalat azt mutatja, hogy a gazdasági társaságok, a szakmai követelmények érvényesítése mellett, gazdaságilag hatékonyabban, kevesebb támogatással vagy jelenlegi állapot szerint tulajdonosi támogatás nélkül is jól tudnak működni a szociális feladatok ellátásában. 2011. évtől a szociális feladatokat ellátó gazdasági társaságok már nem kaptak működést kiegészítő támogatást a megyei önkormányzattól, sem 2012. január 1-jétől az intézményfenntartó központtól.
- A nonprofit kft-ben való működés sokkal rugalmasabb gazdálkodást, tervezést és irányítást biztosít a korábbi költségvetési formához képest. Az egyes költségvetési sorok átjárhatóak, bővíthetők, a források rugalmasan átcsoportosíthatóak az esetlegesen felmerült helyzetek megoldása érdekében.
- Közvetlenebb és gyorsabb a kommunikáció az intézmények és a fenntartó között, így gyorsabb reagálási lehetőséget biztosít egy esetleges probléma megoldása ér-

dekében. Az egyes tevékenységek folyamatainak felülvizsgálata, eredményeinek ellenőrzése rendszeres, így biztosított az azonnali visszacsatolás, korrekció a zavartalan működés érdekében.

- A társasági formában való működés lehetőséget ad üzleti tevékenység folytatására, szükség szerinti bővítésére.
- A tevékenységi forma lehetőséget adhat arra, hogy a keletkező megtakarítás visszaforgatásra kerüljön, így fejlesztve a szociális ellátás minőségét.
- A fenntartó részéről szorosabb ellenőrzést tesz lehetővé gazdasági és szakmai szempontból is.

Az intézmények átszervezése lehetővé tette a megyei önkormányzat kiegészítő támogatásának folyamatos csökkentését, majd elhagyását, azonban a kizárólag normatív finanszírozás és az ezzel járó takarékos működési modell hosszú távon negatív hatást gyakorolhat az ellátórendszerre. Különösen az alacsony létszámú és képzetlenebb munkaerő alkalmazása, valamint a minimális, pusztán állagmegóvási célt szolgáló dologi ráfordítások miatti infrastrukturális amortizáció jelent kockázatot. Ráadásul a gazdasági társasági forma által biztosított nagyobb mozgástérből adódó vállalkozási bevételek sem képesek teljes mértékben pótolni a kiesett támogatást.

A szociális intézmények gazdasági társaságok fenntartásában történő működtetése átláthatóbb, rugalmasabb, megtakarítás szemléletű működtetést tesz lehetővé, ezért hosszú távon javasolt ennek a rendszernek a megtartása. Azonban a fent leírt okok miatt a finanszírozás tekintetében feltétlen átgondolást igényel, hogy az állami tulajdonú, közfeladatot ellátó gazdasági társaságok, mint a Bihari Szociális NKft. és a Hajdúsági Szociális NKft. különváljon a civil szektortól vagy legalábbis külön elbírálásban részesüljön azoktól a nonprofit szervezetektől amelyek hasonlóan szociális ellátást nyújtanak, de önként vállalt feladatként és nem állami tulajdonúak. Lehetővé kellene tenni az említett gazdasági társaságok számára, hogy a finanszírozásuk elérje legalább azt a szintet, melyet egy hasonló feladatot ellátó költségvetési szerv részére folyósítanak.

A Hajdú-Bihar megyei tapasztalatok alapján elmondható, hogy az önkormányzati szociális intézmények gazdasági társaságokká történő átszervezése a szakmai és a gazdaságos működés tekintetében hatékony volt. A tapasztalat azt mutatta, hogy a gazdasági társaságok, mint szociális intézmény fenntartók, a szakmai követelmények érvényesítése mellett, gazdaságilag hatékonyabban, kevesebb önkormányzati támogatással

is jól tudtak működni. A gazdasági társaság, mint működési forma célszerűnek és finanszírozhatónak mutatkozott a szociális feladatok ellátásában.

4.4. Új nonprofit jellegű működési modell adaptációs célokra történő létrehozása Hajdú-Bihar megyében

A szociális gazdaságra vonatkozó modellkísérlet indítása átgondolt stratégiát, és legalább több évre előre látható támogatási struktúrát feltételez, valamint a működőképesség biztosításához garantál egy méltányos fenntarthatóságot.

„A fenntarthatóság az emberiség jelen szükségleteinek kielégítése, a környezet és a természeti erőforrások jövő generációk számára történő megőrzésével egyidejűleg.”
(Világ Tudományos Akadémiájának Deklarációja, Tokió, 2000)

A program kettős céllal kell, hogy rendelkezzen:

1. terápiás és szociális cél: elősegítik a fogyatékkal élők társadalmi beilleszkedését és önellátási, önrendelkezési képességük fejlesztését,
2. gazdasági cél: gazdaságilag is életképesek.

1. Terápiás és szociális cél:

- Életteret, kibontakozási lehetőséget, társadalmi beilleszkedést, értelmes tevékenység lehetőségét nyújtja a sérült emberek részére.
- A fogyatékkal élőkben azt az érzést és tudatot alakítja ki, hogy másságuk ellenére fontosak a társadalom számára.
- A speciális szükségletű személyek értékteremtő munkájukkal hozzá tudnak járulni a saját életük fenntartásához.
- A munka által közösséggé szerveződjenek, az egymásrautaltság és a munka közösen megélt öröme révén.
- A gazdaság „bentlakó” fogyatékosnak folyamatos foglalkoztatást nyújt, miközben a „bejáró” sérültek számára is nyílik munkalehetőség.
- A gazdaság megteremti a sérült személy felnőtt státuszát.

2. Gazdasági cél:

- A gazdaság – a lehetséges támogatásokból származó bevételeket is beleszámítva – rentábilis legyen.

- A termelés elsődlegesen a fenntartó szervezethez tartozók fogyasztásának kielégítését másodlagosan a külső piaci értékesítést szolgálja. Ezáltal a gazdálkodás költségmegtakarításra és jövedelemszerzésre is irányul.
- A foglalkoztatásra vonatkozó elvárások és az önellátási igény összehangolása érdekében az egyedi esetnek megfelelő egyedi szervezeti rendszer épül ki. Ezen belül is elsősorban a fogyatékkal élők és a körük szerveződő emberek belső piacának formális kialakítása a fenntarthatóság alapja.
- A gazdaság szerkezetén a gazdaság területi tagoltságát, az egyes területi egységeken folyó gazdálkodási tevékenységeket (művelési ágakat) és azok kapcsolatát értjük. A jó gazdaság szerkezeti jellemzője az, hogy az egyes egységei viszonylag önállóan működnek (pl. zöldséges kert, állattartó telep), de az anyag gazdaságon belüli körforgása és a tevékenységek kapcsolódása egy egységes rendszerbe foglalja őket. A helyi anyagkörforgásban realizálódnak legfontosabb kapcsolódások, ami a helyi erőforrások (víz, energia, termékek stb.) használatát jelenti. A zöldség- és gyümölcsfeldolgozó berendezés a gazdaság saját termékeire legyen tervezve stb.

Egyedi vonások; szakmai megfontolások, értékek: A rehabilitációs gazdaság számos olyan egyedi vonással rendelkezik, amely alapvetően meghatározza a működését. Ezek annyira meghatározóak, hogy a gazdaság tervezését és későbbi fejlesztését – az ezzel kapcsolatos szakmai megfontolások és értékek alapján – ezekre kell építeni.

1. Tervezési sajátosság

A tervezés során – amely nem egyszeri aktus, hanem a gazdaság kiépülésének teljes időszakában tart – hangsúlyt kell fektetni a jó struktúra kialakítására, az elvekre, amelyek „mederben” tartják a gazdálkodást. Minden érintett csoport bevonása mérvadó. A tervezést a meglévő elemek figyelembevételével (helyzetelemzés), illetve a meglévő folyamatokat „követve”, azokhoz alkalmazkodva kell végezni. A gazdaság terve úgy határozzon meg előre konkrét tevékenységeket, hogy azok időnkénti módosítására a megvalósítás tapasztalatai alapján lehetőség legyen. Ehhez szükséges a visszacsatolások kiépítése.

2. Az idő, és a megtérülés problémája

Érvényesüljön a fokozatosság elve; legyen lehetőség a váltásra, a folyamatos korrekciókra, fejlesztésekre. A gazdálkodás csak jelentős támogatással indulhat, így nem lesz erős a tőke megtérülésének gazdasági kényszere. Ha a befektetésnek nem kell gyorsan

megtérülnie, lehetőség nyílik hosszabb távú elképzelések megvalósítására, és – ezen belül – arra, hogy a környezeti és az emberi szempontok fokozottabban érvényesüljenek.

3. Szervezeti keretek, munkaszervezés

A gazdaságok non-profit keretek között fognak működni, amely biztosítja, hogy a tevékenységből származó bevételek visszaforgatásra kerülnek. A költségek jelentős részét támogatások fogják fedezni. A non-profit forma előnye az, hogy a termékek jelentős, lehet, hogy teljes részét „belső piacon” lehet értékesíteni. Nem kell különösebb időt és pénzt áldozni piacszerzésre, piaci biztonságot nyújt.

Az ellátottak miatt egészen speciális munkaszervezet szükséges. Az elvégzendő feladatok döntéseit „egészséges” embereknek kell meghozniuk; a feladatok elvégzését nekik kell ellenőrizniük; a feladatszabás mindig a feladat elvégzésének megtanítását is magába foglalja; a feladatmegosztásban számos „emberi” szempontot fokozottabban kell érvényesíteni (változatos legyen a munka, az eltérő képességekhez és terápiás igényekhez igazodjanak a feladatok, az okozott hibák visszacsatolására és kijavítására gondot kell fordítani stb.).

A gazdálkodási és a parkosítási beruházások minél nagyobb részét az ellátottak és a munkatársak végezzék. Csak a szaktudást igénylő tevékenységeket érdemes vállalkozásba kiadni.

4. Az eredmény értelmezése

A gazdaság további finanszírozása jelentősen függ a gazdaság sikerétől, amit viszont nemcsak gazdasági mutatókkal kell igazolni, hanem a „terápiás” célok elérésével is, amelyek nehezen számszerűsíthetők. Az eredményességet a gazdaság vonatkozásában nemcsak a gazdasági eredmények (értékesítésből származó pénzbevételek), hanem a további támogatás biztosítása (támogatásból származó pénzbevétel) is jelenti.

5. Gazdaságosság; gazdaságszerkezet, technológia

A gazdaság a lehető legkisebb külső erőforrás bevonását tegye szükségessé. A gazdaságosság meghatározó része a – belső piac közvetítésével zajló – önellátással elért megtakarítás. A gazdaság kettős célja szerint meghatározó módon igazodni kell mind a gazdasági-piaci kényszerpályákhoz, mind a terápiás és szocializációs igényekhez. Ugyanakkor mindkét célt a termőhelyi adottságok alá kell rendelni.

Korunk alapvető igénye és a kevésbé szorító gazdasági kényszer miatt a gazdálkodásban jobban érvényre kell és lehet juttatni az ökológiai szempontokat, és újításokat lehet bevezetni a velük járó kockázatok viselésével együtt.

Az ellátotti munkaerőre és a terápiás célra tekintettel a gazdálkodás eljárásai egyszerűek, könnyen megtanulhatók, rutinszerűek, ismétlődőek legyenek. A használt eszközök, szerszámok a megszokottnál kevésbé legyenek balesetveszélyesek. A munkanemek hol monotonok, hol ellenkezőleg, nagyon változatosak legyenek. Az ellátottak gyorsan sikerélményhez jussanak (jól, rövid időn belül és közvetlenül tapasztalható eredmények) és „lelki melegséget” nyújtsanak (pl. szép fákkal, virágokkal, háziállatokkal, vadon élő madarakkal, természetes alapanyagok feldolgozásával való foglalkozás).

A szociális gazdaságok mérete és termőhelyi adottságai nagy általánosságban nem teszik lehetővé a nagy mennyiségű nyers (feldolgozatlan) termékek előállítását. Ugyanakkor a gazdaság az érvényesíteni kívánt „ökológiai” szemlélete miatt nem kíván intenzív kultúrákkal foglalkozni. Ezért – az elegendő mértékű piaci bevétel érdekében – a földolgozás, a kézművesség meghatározó jellege szükséges. A földolgozással nemcsak a termékek hozzáadott értéke nő meg jelentősen, de ez a tevékenység – a kertészeti és állattartó tevékenység kiegészítéseként – jó terápiás lehetőségeket is magába foglal.

A gazdálkodás általában nem „szűz” területen kezdődik, ezért a gazdálkodást a már meglévő elemekhez kell igazítani – „alkalmazkodó” gazdálkodásnak megfelelő gazdaságszerkezet és technológia szükséges. A gazdaság biztosítsa a folyamatos (egész évi) foglalkoztatást. Az állattartás mind a körfolyamatokon alapuló gazdálkodás, mind a terápiás hatása miatt elkerülhetetlen. A növényállomány tervezését már a leendő állatok vonatkozásában kell végezni.

6. A gazdasági egységek

Az alaptevékenység egységei adják a gazdaság vázát, amelyre ráépül a földolgozás és kiegészíti a többi egység. Valamennyi egység együttes működése által épül ki az egész rendszer. Mindegyik egységtől elvárás, hogy lehetővé tegye a foglalkoztatási cél megvalósulását. Az alaptevékenységek mellett a terápiás- szociális céllal is egyenrangú elvárás a gazdaságosság, vagyis a gazdaság egészének gazdasági fenntarthatósága.

I. Alaptevékenységek

I.1. Elsődleges termék előállítás

I.1.1. Szabadföldi, fóliasátras és üvegházi kertészet: zöldség, dísz-, gyógy- és fűszernövény.

I.1.2. Gyümölcsös és házi faiskola: gyümölcstermő növények dominanciája mellett köztesként növő dísz-, gyógy- és fűszernövények, valamint takarmányként is hasznosítandó gyepek.

I.1.4. Állattartó telep: ló, tehén, kecske, baromfi stb. valamint „állatsimogató” terápiás céllal.

I.2. Földolgozás

I.2.1. Kézműves műhelyek (manufaktúrák elsősorban természetes alapanyagok felhasználásával)

I.2.2. Gyümölcs- és zöldségfeldolgozó műhely

I.2.3. Konyha

II. Kiegészítő elemek

II.1.1. Parkgondozás: sövények, sétányok stb.

4.5. Szakosított ellátást végző intézmények bemutatása

A Bihari és a Hajdúsági Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft. fenntartásában működő intézmények ellátotti körei nem egységesek, ezért egészen eltérő gazdasági forma kialakítása szükséges nemcsak Kft-nként, hanem intézményenként is. Intézményenként az alábbi lehetőségeket kellene megvalósítani (12. táblázat).

12. táblázat

Megvalósítandó gazdasági tevékenységek

Intézmény neve, székhelye	Jelenlegi állapot	Megvalósítandó gazdaság	Szükséges feltételek és anyagi forrás
Nyíradonyi Ápolási Otthon 4254 Nyíradony, Vörösmarty u. 26.	Működési engedély szerint az intézmény 150 fő idős pszichiátriai beteg és 12 fő időskorú átmeneti pszichiátriai beteg ellátását végzi. Egészségi állapotuk és koruk miatt az intézmény foglalkoztatási működési engedéllyel nem rendelkezik.	– Állattartás: szárnyasok (tyúk, csirke, kacsák) tartása – Növénytermesztés: fóliás termesztés (paprika, paprika, uborka stb.) szabadföldi termesztés (takarmány, gyógynövények stb.) – Bevonható terület: 1600 m² – Fűrott kúttal rendelkezik az intézmény.	– Segítő: 2 fő (minimálbér+járulék): 3500 eFt/év – Fóliasátrak kialakítása, megépítése 600 eFt – Öntözőrendszer kiépítése 200 eFt – Ólak, terménytárolók felépítése 2000 eFt – Keltető berendezések, tojások beszerzése 150 eFt – Kopasztógép beszerzése 100 eFt – Vetőmagok, palánták, szerszámok, bio permetszerek stb. beszerzése 100 eFt – Összesen: 6650 eFt

A 12. táblázat folytatása

<i>Intézmény neve, székhelye</i>	<i>Jelenlegi állapot</i>	<i>Megvalósítandó gazdaság</i>	<i>Szükséges feltételek és anyagi forrás</i>
Hajdúnánási Humán Szolgáltató Otthon 4080 Hajdúnánás, Magyar u. 46.	Működési engedély szerint 81 fő értelmi fogyatékos és pszichiátriai beteg bentlakásos, valamint 20 fő értelmi fogyatékos nappali ellátását biztosítja az intézmény. Az ellátottak egy része jelenleg is szociális foglalkoztatásban (munka-rehabilitáció) dolgozik.	– 9 db sertésól sertés-hízalás céljából. – 1 ha szántóföld, amelyben korábban is kukoricát termeltek, ez biztosítja a takarmány egy részét, a felesleg eladásából pedig az intézmény biztosítani tudja számukra a többi fontos takarmányt.	– Segítő: 2 fő (minimálbér+járulék): 3500 eFt/év – Meglévő ólak felújítása 500 eFt – Kukorica vetőmag, föld szántása, betakarítás költsége 300 eFt – Összesen: 4300 eFt
Mikepércsi Humán Szolgáltató Otthon 4271 Mikepércs, Forrás tanya 42.	Működési engedély szerint 191 fő időskorú, demens ellátott gondozását végzik. Az intézmény nem rendelkezik szociális foglalkoztatási engedéllyel.	– Az intézmény rendelkezik ólakkal, azonban azok felújításra szorulnak. – 2 ha mélyfekvésű terület (jelenleg víz alatt, de kukorica termesztésre szolgált korábban) – 1537 m² terület (gyenge minőségű homok)	– Ólak felújítása: 500 eFt – Hűtőkamra felújítása: 150 eFt – fehér hússertés beszerzése, szaporítása, állatorvosi költségei: 580 eFt – Takarmányozás: 6 000 eFt/év (kb. 70 malac) – Segítő: 4 fő 7000 eFt/év – Energiafűz telepítése: 500 eFt – Összesen: 14 730 eFt
Balmazújvárosi Humán Szolgáltató Otthon 4060 Balmazújváros, Nagyhát tanya 28.	Az intézmény működési engedély szerint 190 fő időskorú, értelmi fogyatékos és pszichiátriai beteg bentlakásos ellátását végzi. Az intézmény rendelkezik szociális foglalkoztatási engedéllyel.	– 8–10 sertés tartása, továbbértékesítés, felhasználás céljára – meglévő ólak rendelkezésre állnak, de felújításra szorulnak – 3–4 anyakoca szaporulatának értékesítése, vagy felhasználása – 400 tyúk tartása, tojás értékesítése, felhasználása, – kisebb földterület kukorica termesztésre	– Meglévő ólak felújítása: 500 eFt – Segítő: 1 fő (minimálbér+járulék) 1750 eFt/év – Keltető berendezések, tojások beszerzése 150 eFt – Kopasztógép beszerzése 100 eFt – Állatok vásárlása 600 eFt – Vetőmag: 200 eFt – Összesen: 3300 eFt
Idősek Otthona 4200 Hajdúszoboszló, Hőforrás u. 105/C	Az intézmény 240 fő időskorú, demens és pszichiátriai beteg ellátását végzi. Az intézmény nem rendelkezik szociális foglalkoztatási engedéllyel.	– Földterület: 950 m², amelyre fóliasátor megépítését tervezük, amelyben konyhakerti növények, gyógy- és fűszernövények, dísnövények palántáinak nevelése történne	– Földmunka (termőfölddel való feltöltés, rotálás stb.) 200 eFt – Fóliasátor megépítése 500 eFt – vetőmagok, palánták megvásárlása 300 eFt – Gépek, szerszámok, kútúrás, permetszer stb. 200 eFt – Segítő: 1 fő 1750 eFt/év Energiafűz telepítése 500 eFt – Összesen: 3450 eFt

A 12. táblázat folytatása

<i>Intézmény neve, székhelye</i>	<i>Jelenlegi állapot</i>	<i>Megvalósítandó gazdaság</i>	<i>Szükséges feltételek és anyagi forrás</i>
Fogyatékosok Otthona 4138 Komádi, Fő u. 222–224.	Az intézményben 185 fő értelmi fogyatékos bentlakásos ellátását végzik. Az intézmény rendelkezik szociális foglalkoztatási engedéllyel.	– Jelenleg az intézmény területén nincs lehetőség állattartása és növénytermesztésre. Új lehetőségként adódik a szomszédos telek megvásárlása esetén fóliasátrak felállítása, illetve szabadföldi termesztés konyhakerti kultúrnövényekkel, illetve gyógynövényekkel, valamint a gyümölcsfák ültetésével.	– Telekvásárlás: 1500 eFt – Földmunka (termőfölddel való feltöltés, rotálás stb.) 200 eFt – Fóliasátor megépítése 500 eFt – vetőmagok, palánták megvásárlása 300 eFt – Gépek, szerszámok, kútfúrás, permetszer stb. 200 eFt – Segítő: 1 fő 1 750 eFt/év – Összesen: 4450 eFt
Szakosított Ellátást Végző Központ 4130 Derecske, Morgó tanya 1.	Az intézmény 160 fő értelmi fogyatékos és pszichiátriai beteg ellátását végzi. Az intézmény rendelkezik szociális foglalkoztatási engedéllyel.	– A meglévő ólakban lehetőség van 120 db hízó, 6 koca, 1 kan, 70 birka, illetve 70 db baromfi tartására. – Intézményhez tartozó, jelenleg is használt földterület egy részére fóliasátor telepítése.	– Segítő: 2 fő 3500 eFt/év – Meglévő ólak felújítása: 2 000 eFt – Állatok beszerzése: 5 000 eFt – Takarmányozás: 15 000 eFt – Szerszámok, eszközök beszerzése: 200 eFt – Fóliasátor megépítése 500 eFt – Vetőmagok, palánták beszerzése: 200 eFt – Összesen: 26 400 eFt
Pszichiátriai Betegek és Értelmi Fogyatékosok Otthona 4161 Báránd, Hangás dűlő	Működési engedély szerint 108 fő szenvedélybeteg, értelmi fogyatékos és pszichiátriai betegek ellátását végzi az intézmény. Az intézmény rendelkezik szociális foglalkoztatási engedéllyel.	– Az intézmény területén régi, állattartásra alkalmas épületek találhatók, amelyek kisebb felújításra szorulnak, abban az esetben, amennyiben baromfi tartását látják el. – 2,5 ha földterület, amelynek egy részén (0,5 ha) jelenleg konyhakerti növények termesztése folyik az intézmény konyhájának ellátására, a többi földterületen gyógynövényeket, illetve a szárnyasok felneveléséhez takarmányt, valamint energiafűt lehet termeszteni.	– Meglévő ólak felújítása: 500 eFt – Fóliasátor megépítése 500 eFt – Vetőmagok, palánták beszerzése: 500 eFt – Állatok beszerzése: 500 eFt – Segítő: 1 fő 1 750 eFt/év – Keltető berendezések, tojások beszerzése 150 eFt – Kopasztógép beszerzése 100 eFt – Energiafűz telepítése: 500 eFt – Összesen: 4500 eFt

A táblázatban feltüntetett tevékenységek nem tükrözik a folyamatosságot, hanem azt feltételezik, hogy egyszeri beszerzés szükséges. Azonban a növénytermesztés, illetve

állattartás kettéválása szempontjából fontos, hogy először a növénytermesztéshez szükséges eszközök, alapanyagok kerüljenek beszerzésre, az év folyamán az állatok tartására kialakított ólak stb. felújítása kell, hogy megvalósuljon, amelyet követően történhet meg az állatok beszerzése, illetve tartása. Így a feltüntetett összegek nem egyszerre kerülnek kifizetésre, hanem a munkafolyamatok függvényében.

A növénytermesztés mellett az energiafűz telepítését is feltüntettük néhány – megfelelő földterülettel rendelkező – intézmény esetében. Az energiafűz telepítése nagyban segítené az intézmények fűtőkorszerűsítése során beépítendő kazánok fűtését, amely folyamatosan biztosítaná, illetve kiegészítené azok ellátását, amely nagymértékű megtakarítást eredményezne a fűtési költségekben.

Egyik Nonprofit Kft sem rendelkezik annyi tartalékkal, amely fedezni tudná ezt a gazdálkodási tevékenységet. A Kft csak nagyon lassan és nagyon elaprózva a feladatokat tudná, hosszú éveken keresztül megvalósítani a fent leírt elképzeléseit, ezért szükséges lenne a külön finanszírozás. A gazdálkodás beindításának tapasztalatairól, annak a szociális ellátásra, illetve ellátottakra gyakorolt hatásáról folyamatos tájékoztatást biztosítanának a bevont intézmények. A program megvalósulása során folyamatos oktatásban részesülnének azon ellátottak, akik részt vesznek a növénytermesztésben, illetve az állattartásban, gondozásban.

5. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

Az ellátórendszer kiépítésével és működtetésével az állam nem tudhatja le az állampolgáraitól való gondoskodást. A szociális törvény megalkotása óta eltelt közel húsz év a szociális szakma minden szereplője számára világossá tette, hogy hol vannak a törvény által szabályozott ellátórendszerben azok a hiányosságok, diszfunkciók és problémák, amelyek megoldása sürgető feladat. Ezen problémák új célokat és feladatokat állítanak nemcsak állam, de az önkormányzatok, a civil szervezetek és az állampolgárok elé is. Az ellátások és szolgáltatások javítása érdekében tudatos felkészülés (felmérés, elemzés, értékelés, döntéskialakítás, végrehajtás) szükséges a rendszer átalakítására.

A szociális ellátások átszervezése a *jelenleginél magasabb pénzügyi keret és a jelenlegi demográfia viszonyok* mellett kerülhet sor. Figyelembe véve a magyar költségvetés jelenlegi helyzetét a szociális célokra fordított központosított állami újraelosztás mértéke reálértéken számottevően nem nő. A szociális támogatási és szolgáltatási rendszer finanszírozása elsődlegesen, legnagyobb részben az állam által fenntartott redisztribúció (adó, járulékok és egyéb bevételek társadalmi célú újraelosztása) útján történik. Ráadásul a demográfiai mutatók azt mutatják, hogy társadalmunk idősödése tovább folytatódik, nőni fog az idősök száma és aránya. Várhatóan 2050-re a 15 év alatti népesség kevesebb mint hetedét adja, míg a 60 év felettiek a több mint egy harmadát teszik ki a teljes népességnek. Mindezek a szociálpolitika, a családi támogatások nem tudnak változtatni. Ezen folyamatok megváltoztatják a különféle szolgáltatásokkal szembeni elvárásokat.

A szükségfelmérés alapján olyan intézményrendszert kell építenie minden önkormányzatnak, szervezetnek, amelyre az érintetteknek valóban szüksége van. Nemcsak a lakosság speciális igényeihez alakított komplex ellátórendszer kiépítése és fejlesztése, hanem a települési önkormányzatok, költségvetési szervezet közötti összehangolt, a saját érdekeket jól artikuláló együttműködés is szükséges.

Az új rendszer a szolgáltatáson alapul, amely végighúzódik az egész szabályozási-, finanszírozási- és ellenőrzési rendszeren. Az állam szolgáltatásokat rendel meg meghatározott feltételekkel és szükségletekkel rendelkező állampolgárai számára, ami azt is jelenti, hogy a központi kormányzat ezzel átvállalja az ellátás felelősségét az önkormányzatoktól és annak biztosítását saját feladatává teszi. A rendszer kiépítése során kiemelkedően kell figyelni arra, hogy a különböző fenntartók szolgáltatói térben és szolgáltatásaikban valóban egymásra épüljenek, ne maradjanak a különböző szolgálta-

tási tartalmak vonatkozásában lefedetlen területek, ugyanakkor ne alakuljanak ki párhuzamos ellátások sem.

Modellértékű rendszerek megszervezésével és figyelésével tapasztalatokat szerezhetünk egy országos rendszer kiépítése előtt. Ilyen kísérlet lehet a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat intézményrendszerének 2007. évi átalakítása, melynek során az országban egyedülálló módon, megkezdte a szociális intézményrendszere teljes átalakítását a megtakarítás szemléletű, gazdaságos működtetés érdekében. A megyei önkormányzat először a tulajdonában lévő 4 fenntartó gazdasági társaságot vonta össze két gazdasági társaságba (Hajdúsági Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft., Bihari Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft.), majd a jogutód gazdasági társaságok fenntartásába helyezte a még önkormányzati fenntartású intézményeit. A megyei önkormányzat ezzel végrehajtotta a hatékonyabb feladatellátás érdekében az intézmények által nyújtott szolgáltatások racionalizálásával a szociális intézmények szervezeti integrációját a meglévő gazdasági társaságok rendszerébe. A szociális ellátás szervezése két kistérség (bihari és a hajdúsági) alapján került megvalósításra. A legfontosabb következtetések tematikusan csoportosítva a következőkben fogalmazhatók meg:

1. *A szolgáltatások mára kialakult központi normatív finanszírozását* jelentősen át kell alakítani. Az átalakítás eredményeképpen a jelenlegi és reálisan tarthatatlan nyílt végű támogatási kasszának zárt költségvetési kasszává kell válnia. Ennek együtt kell járnia az ellátás szempontjából egyéb okokból magyarázhatatlan bürokratikus akadályok, eljárások, formális és informális gátak leépítésével. Olyan mechanizmusokat kell kiépíteni, amelyek:

- szükségletorientált szolgáltatásokra/módszerekre, amennyire lehetséges eredményességre, hatékonyságra és gazdaságosságra ösztönöznek, s módot nyújtanak mind a támogatások összegének ennek megfelelő differenciálására, mind a szolgáltatások közötti választási lehetőségre (nem minden szolgáltatónak jár támogatás);
- csak a lehető legelemibb szükségletek körében célozzák meg azt, hogy bizonyos szolgáltatások egyenlő eséllyel hozzáférhetőek legyenek minden, arra a szolgáltatásra rászoruló polgár számára, vagyis megvalósuljon az „országos lefedettség”;
- többek között a probléma- és szükségletorientált központi állami programtámogatások kialakítása révén – éppen a legrászorultabbak által lakott, ellátatlan területeket (ellátási „fehér foltokat”), problémacsoportokat céloznák meg;

- kompatibilisek az EU-pályázatokkal, azokkal a finanszírozási-szabályozási formákkal, amelyek irányából a legfőbb források várhatóak az elkövetkező években
- figyelemmel az EU-támogatások keretében létrejövő, illetve létre nem jövő szolgáltatásokra is.

A szociális szolgáltatások egyre részletesebb szabályozásához kapcsolódó ellenőrző, módszertani, képző tevékenységek és intézmények szerepe átalakulna. Az átépítés nyilvánvalóan számos olyan hangsúlybeli változást igényel a jövőben, mely az eddigi központosított feladatellátás helyett a *regionális*, vagy *kistérségi szintre* helyezi a hangsúlyt, illetve a kötelező előírások előkészítése, majd nyomon követése helyett az ajánlások, útmutatók, minőségbiztosítási eljárások kidolgozására és adaptálására helyezi a hangsúlyt (Győri – Mózer, 2006).

Az Sztv. 2011. december 31-éig a szakosított szociális ellátások vonatkozásában a feladatellátási kötelezettséget a megyei, fővárosi önkormányzathoz telepítette. 2012. január 1-jétől a feladatellátásra köteles szervek köre kibővült az állammal, aki a megyei intézményfenntartó központok – mint a megyei önkormányzatok jogutódai – útján gondoskodik a szociális szakosított ellátások biztosításáról. A Fővárosi Önkormányzat továbbra is ellátja a korábbi szociális feladatait, a változás csak a megyei fenntartású intézményeket érinti. A megyei fenntartó által fenntartott szociális szolgáltatások fenntartásának költségeit az állam feladatfinanszírozás útján fogja biztosítani.

2. Fontos elvárás és célkitűzés a jövőre vonatkozóan *a központi állami támogatások felosztásának, elosztásának, a szolgáltatás-finanszírozás nagy részének regionális szintre delegálása*. A radikális, de felemás decentralizálás tanulságait levonva (ahol a források és a döntéshozatal központosított, a megvalósítás kötelezettsége decentralizált), egyértelművé kell tenni – mind a szabályozás, mind a finanszírozás terén – a központi állami felelősségvállalás körét mind a pénzbeli ellátások, mind a szolgáltatások körében. Az átalakítás eredményeképp a döntéshozatal közelebb kerülne a valós szükségletek, információk helyéhez, így lehetőség nyílna a problémaorientált, szükségletorientált sajátos szolgáltatások finanszírozására, kialakulására (*szubszidiaritás*). A központi kormányzat speciális programtámogatási (illetve regionális elosztási) formákkal, a jelenleginél sokkal célzottabban tudná kezelni az ún. fehér foltokat, a legelmaradottabb kistérségeket (*alapszükségletek biztosítása*) (Győri – Mózer, 2006).

3. Probléma- és szükségletorientált központi állami programtámogatások kialakítását tekintve – figyelemmel az EU-támogatások keretében létrejövő, illetve létre nem jövő

szolgáltatásokra is – az átalakítás célja egy jobban átlátható, rugalmasabb új szolgáltató rendszerek kialakítása, a helyi szükségletekhez jobban alkalmazkodni képes, hozzáférhetőbb és kiszámítható alapszolgáltatási rendszer által lehetséges. Fontos a szolgáltatások felhasználó-központú tervezésére, működtetésére, finanszírozására és ellenőrzésére. Az átalakítás eredményeként a jelenleginél határozottan nagyobb szerephez jutnának az egyes ellátásnyújtók, ellátásfenntartók a döntéshozatalban (*szereplők aktív részvétele*). Így abban lesz érdekelt minden intézmény, hogy jó minőségű szolgáltatást nyújtson, hiszen a tervek szerint az ellátottakat finanszírozzák, s ez a szolgáltatók között versenyt alakít majd ki.

A rendszer kiépítése során kiemelkedően szükséges figyelni arra, hogy a különböző szolgáltatók és szolgáltatásaik valóban egymásra épüljenek, ne maradjanak a különböző szolgáltatási tartalmak vonatkozásában lefedetlen területek, ugyanakkor ne alakuljanak ki párhuzamos ellátások. Egymás ellenére nem fejleszthető a szociális alapszolgáltatás és a szakosított ellátás.

5. Végül, de nem utolsó sorban, a célok maximális megvalósításához elkerülhetetlen a szolgáltatásokra vonatkozó központi jogszabályok maximális deregulálása. Mind a szolgáltatások központi állami normatív finanszírozásának javasolt átalakításából, mind a kötelező feladatellátás javasolt megváltoztatásából logikusan következik, hogy a mára egyre részletesebbé, egyre elburjánzóbbá vált központi állami szabályozás megszüntethető, illetve átalakítható. A szociális szolgáltatásokra vonatkozó jelenlegi központi jogszabályok jelentős része részben a leendő központi programtámogatások, illetve a regionális támogatások továbbra is az orientálás eszközeiként felhasználhatóak lesznek, részben szakmai, ágazati ajánlásokként, a fogyasztóvédelem-minősbiztosítás eszközeiként ez utóbbi eljárások során vonatkoztatási alapként szolgálhatnak. A program alapvető eleme, hogy szakítani kell a helyi önkormányzatok központi állami kötelezésének konkrét szolgátságok létesítésére-működtetésére irányuló gyakorlatával. Ehhez át kell építeni a finanszírozási, szabályozási, szervezési gyakorlatot (*önkormányzatiság alapelve*).

A központi kormányzati szándékok érvényesítése és végrehajtása a központi államhoz szervezeti-jogilag is kapcsolódó (számonkérhető) szervezetrendszeren keresztül valósítható meg. Ennek hatékony működtetése érdekében ténylegesen ki kell alakítani a modern, nyitott kormányzás szervezeti és eljárásrendszerét. Ennek érdekében a központi, jogi kötelezések helyett ki kell alakítani a nyitott kormányzati ellátásszervezés olyan intézményeit, melyek alkalmasak a központi szándékok és a helyi szükségletek

optimális összeegyeztetésére. Ennek érdekében – a közigazgatási reformmal is összhangban – jelentős szerepet kell biztosítani mind a regionális szintű, mind a kistérségi érdekegyeztető, döntéshozó, szolgáltatásszervező formáknak (*Győri – Mózer, 2006*).

A Hajdú-Bihar megyei modell jelenleg csak a megyében létezik, az integrált intézményi rendszer kialakításának eredménye a jelenlegi szakosított szociális ellátórendszer átalakítása kapcsán nyilvánvalóvá válik a szociális ágazat irányítói számára is. Ezt követően, a sikeres megyei modell országos szinten is adaptálhatóvá válik. A döntés – melynek támogatásában részt veszek – jelenleg a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság főigazgatójának kezében van.

6. ÚJ ÉS ÚJSZERŰ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

1. A közigazgatási rendszer nagyszabású átalakítására is tekintettel, regionális összefüggésekben, az új helyzetre vonatkozóan elsőként készült komplex helyzetértékelő áttekintés és értékelés a Hajdú-Bihar megye területén működő szakosított szociális ellátórendszerrel és részletekbe menő elemzés a szakosított ellátásban zajló paradigmaváltás mibenlétéről.

2. Empirikus vizsgálatok révén sikerült regionálisan, megyei, kistérségi és önkormányzati szinteken feltérképezni azokat a szociális ellátórendszer fejlesztését sürgető alapvető demográfiai és társadalmi folyamatokat, amelyek még nem ismertek minden részletében és következményeiben a kérdéssel foglalkozó, különösképpen pedig az érintett intézményi területeken és önkormányzati szakirányításban dolgozó gyakorlati szakemberek számára sem.

3. Sikerült olyan megbízható szakirodalmi és gyakorlati ismereteket szerezni arra vonatkozóan, amelyek alátámasztották azt az előzetes tudományos hipotézist is, hogy a hatékony szociális ellátás nem kizárólag a jelenlegi költségvetési intézményrendszer keretein belül, központosított irányítás mellett valósítható meg, hanem jelentős mértékben hatékony intézményintegráció útján, nonprofit gazdasági társaságok révén érvényesíthető a fenntarthatóság, a költséghatékonyság és a gazdaságosság kölcsönös érdekrendszerében.

4. Az értekezés kiemelkedő eredményének tekinthető, hogy megvalósult az az egyik fontos célkitűzés, amely az időskorú és a különböző fogyatékkal élő lakosság részére nyújtott szakosított szociális ellátásban lejátszódó paradigmaváltás, részben még kísérleti jelleggel éppen Hajdú-Bihar megyében olyan regionális modell kialakítására került sor, a Hajdúsági Szociális Nonprofit Szolgáltató Kft. és a Bihari Szociális Nonprofit Szolgáltató Kft. esetében, amely adaptációs lehetőségeket szolgáltat más magyarországi térségek, szakellátó intézményeinek átszervezéséhez is. Ebből következően az értekezés legfontosabb eredménye a fenntartható fejlődés feltételeit biztosító, és a szociális ellátórendszerben alkalmazható adaptációs modell létrehozása.

5. A kutatás témaspecifikusan és regionális dimenziókba helyezve igazolta a jelenben zajló közigazgatási átszervezés nyomán, a korábbi normatív finanszírozás és szabályozás rendszeréről a jelenlegi feladatfinanszírozásra való áttérést, mindenekelőtt a központi állami támogatások felosztásának és elosztásának, a szolgáltatás-finanszírozás nagy részének regionális szintre történő delegálását.

6. Hajdú-Bihar megyei tapasztalatok alapján is igazolódott, hogy az intézményfenntartási feladatok középirányító szervhez történő rendelése, nem kis mértékben az integrált intézményi működési forma és egyéb más nonprofit gazdasági társasági forma létrehozása révén nemcsak az intézményfenntartás költséghatékony gazdálkodását szolgálja, hanem egyidejűleg legalább annyira a humán érdekeknek egy speciális ellátási területen való érvényesítését, az állampolgárok egységes közszolgáltatásokhoz való hozzáférését is segíti.

7. Fontos tudományos eredmény, hogy a disszertáció nemcsak a vizsgált kérdésekkel elméleti összefüggésekben foglalkozó kutatók és a felsőoktatásban tanuló, elsősorban szociálpolitikai, szociális munkás hallgatók tájékozódását szolgálja, hanem legalább ennyire, a kapcsolódó intézményi szférában, a települési önkormányzatoknál és az egészségügyben, az intézményfenntartásban dolgozó gyakorlati szakemberek számára is hasznosítható javaslatokat ad a hosszú távon fenntartható intézményrendszer kialakítására és működtetésére is.

Gyakorlatban hasznosítható eredmény

Hasznosítható ajánlások fogalmazódtak meg a szakosított szociális ellátórendszerben országosan is alkalmazható, a fenntartható és a korábbiakhoz képest hatékonyabb adaptációs modell elméleti alapjainak gyakorlatorientált kidolgozására Hajdú-Bihar megyei tapasztalatok alapján.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A rendszerváltás óta komoly változások zajlottak a szociális védelem területén, ez tagadhatatlan. A leginkább kézzelfogható változás magának a szociális szférának az explicit megjelenése volt. A szociális ellátórendszer alig húsz éven keresztül többé-kevésbé kiépült, ugyanakkor sok olyan település, főleg kistelepülés van az országban, ahol nem jutnak érdemi védelemhez a rászorulóknak. A nagymértékben decentralizált magyar szociális ellátórendszerben a szolgáltatások sok térségben szétaprózódtak, hiányzik a kapacitások területi összehangolása, a különféle szolgáltatások nem kapcsolódnak egymáshoz. Az elaprózott önkormányzati rendszer valamint a települési lakosságszámtól függő szolgáltatásbiztosítási kötelezettség azt eredményezte, hogy a szolgáltatások éppen a legelmaradottabb térségekbe nem jutnak el. Így sérül a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés elve, mely egyértelműen *strukturális okokkal* magyarázható.

A magyar közigazgatás sajátos struktúrája miatt a szociális szféra, és azon belül a szociális szolgáltatások a központi kormányzat és az önkormányzatok sajátos konfliktusának áldozatává vált. A forráselosztások rendszere 2011. december 31-ig „megfelelően” átláthatatlan, és homályos volt ahhoz, hogy pontosan ne lehessen tisztán látni finanszírozási kérdésekben. Még nehezebben működik az egyes kötelezettségek számon kérhetősége, nem teljesen függetlenül a *finanszírozási rendszer* átláthatatlanságától.

A normatív finanszírozás mára kialakult rendszerének a megváltoztatása olyan mértékben érinti a szociális szolgáltatások irányítási–szervezési–működési rendszerét, a központi állam – helyi önkormányzatok – civil szerveződések felelősségi viszonyait, hogy e finanszírozási mód megváltoztatása reformléptékű munkálatokat és lépéseket igényelt. Az elmúlt évtizedekben továbbéltek az alkotmányos jogállamban már nem tartható tévhitek és tendenciák, a központi állam nyitott, decentralizált és átlátható működési módjának a kialakítására vonatkozó próbálkozások helyett (*Győri – Mózer, 2006*).

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat 2007-ben, az országban egyedülálló módon, megkezdte a szociális intézményrendszere teljes átalakítását a megtakarítás szemléletű, gazdaságos működtetés érdekében. A megyei önkormányzat először a tulajdonában lévő meglévő négy fenntartó gazdasági társaságot vonta össze két gazdasági társaságba, majd a jogutód gazdasági társaságok fenntartásába helyezte a még önkormányzati fenntartású intézményeit. A két nonprofit kft. összesen nyolc intézmény fenntartását látja el. A megyei önkormányzat ezzel végrehajtotta a hatékonyabb feladatellátás érdekében az in-

tézmények által nyújtott szolgáltatások racionalizálásával a szociális intézmények szervezeti integrációját a meglévő gazdasági társaságok rendszerébe (Verdó, 2011).

A szociális szféra és igazgatás középírányító szervezeti rendszere sem volt jelen 2012-ig, amikor is a középszintű közigazgatási, térségi szerepek újraértelmezése, végső soron a közigazgatási rendszer regionalizálása az intézményfenntartó feladatok újjászervezését hozta magával. A váltakozó intenzitással zajló, ellentmondásokról és vitákról sem mentes átalakulás ma sem zárult le. Az új kihívás, a középszintű közigazgatás megszervezéséhez hozzákapcsolható működési terület és az illetékesség meghatározása új megoldásokat követel meg a regionális illetékességű államigazgatási szervek szerepkörének, illetve az ehhez szorosan kapcsolódó intézményfenntartó rendszer átalakításában, a keretek létrehozásában, a területi feladat- és hatáskör telepítésében, működési feltételek kialakításában és tevékenységük széleskörű reformjában.

A szociális szakellátást nyújtó intézményrendszer fenntarthatósága érdekében, szakmai indokok és területi elv alapján, 2012–2013. év folyamán átgondolásra került a két fenntartó gazdasági társaság (Bihari Szociális Nonprofit Kft. és Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft.) költségvetési intézmények integrált szervezeti keretek között való működtetése. Az összevonás eredményeként egy integrált intézmény látná el a fenntartói feladatokat mind a nyolc intézményben 11 telephelyen.

A fenntartói feladatok között szerepel az intézményi gazdálkodás és működés törvényességének biztosítása, az intézmények szakmai munkájának az irányítása, egységes gazdálkodás kialakítása, pályázatok koordinálása, ellátotti pénzkezelés, munkáltatói jogok gyakorlása, ellátotti érdekvédelem, szakemberek továbbképzése, intézményi dokumentumok (SZMSZ, Házi rend, Szakmai Program) elkészítése.

Az intézményi integráció az intézményrendszer további működtetésének a megfelelőbb átláthatóságát, egységes irányítását eredményezheti. Továbbá az egy társaságban való működtetés lehetőséget ad arra, hogy a meglévő két fenntartó által működtetett ellátási formák különböző finanszírozásából adódó működtetési egyenlőtlenségeket megszüntesse.

A szociális intézmények gazdasági társaságok fenntartásában történő működtetése átláthatóbb, rugalmasabb, megtakarítás szemléletű működtetést tesz lehetővé, ezért hosszú távon javasolt ennek a rendszernek a megtartása. Azonban a fent leírt okok miatt a finanszírozás tekintetében feltétlen átgondolást igényel, hogy az állami tulajdonú, közfeladatot ellátó gazdasági társaságok, mint a Bihari Szociális NKft. és a Hajdúsági Szociális NKft. különváljon a civil szektortól vagy legalábbis külön elbírálásban részesül-

jön azoktól a nonprofit szervezetektől amelyek hasonlóan szociális ellátást nyújtanak, de önként vállalt feladatként és nem állami tulajdonúak. Lehetővé kellene tenni az említett gazdasági társaságok számára, hogy a finanszírozásuk elérje legalább azt a szintet, melyet egy hasonló feladatot ellátó költségvetési szerv részére folyósítanak.

A Hajdú-Bihar megyei tapasztalatok alapján elmondható, hogy az önkormányzati szociális intézmények gazdasági társaságokká történő átszervezése a szakmai és a gazdaságos működés tekintetében hatékony volt. A tapasztalat azt mutatta, hogy a gazdasági társaságok, mint szociális intézmény fenntartók, a szakmai követelmények érvényesítése mellett, gazdaságilag hatékonyabban, kevesebb önkormányzati támogatással is jól tudtak működni. A gazdasági társaság, mint működési forma célszerűnek és finanszírozhatónak mutatkozott a szociális feladatok ellátásában.

A társadalom számára a szociálpolitika és a szociális intézményrendszer a társadalmi problémákat, nehézségeket utólag enyhítő, azokat megelőzni nem tudó, a gazdaság növekedését visszahúzó, „pénznyelő” intézményrendszert jelentette.

Osztom azoknak a véleményét, mely szerint a szociálpolitika produktív, a gazdaság versenyképességéhez aktívan hozzájáruló tényező, amely a megfelelő szintű emberi erőforrások fenntartása érdekében: figyelemmel kíséri annak alakulását, megkísérli megelőzni károsodását, valamint a kockázatok bekövetkeztekor hatékony védelmet nyújt. A szociálpolitika közös társadalmi értékek mentén aktívan avatkozik be a közösség által elismert szükségletek kielégítése, kockázatok megelőzése, csökkentése; a társadalmi humántőke lehető legjobb újratermelődése; valamint a társadalom hosszú távú fennmaradását biztosító népesedési helyzet javítása érdekében. Ehhez olyan szociálpolitikára van szükség, amely nem kiszorítja a helyi közösségek erőforrásait, kezdeményezőkézségét, hanem azokra építve segíti a helyi szociális kohézió erősödését.

Az intézményfenntartói rendszer átalakításának 2012. januárjától gyakorlatilag is megvalósított reformját sajátosan és jelentős mértékben meghatározza az a magyarországi regionalizálási folyamatban bekövetkezett új hangsúlyeltolódás, amely a nagyrégiók mellett és/vagy helyett a területfejlesztési feladatokat, jórészt gazdasági megfontolásokból is a megyei önkormányzatokhoz helyezi át, miközben azokat igyekszik tehermentesíteni az intézményfenntartói jogkörök és feladatok alól. A közigazgatási tartalmuktól és intézményfenntartói szerepüktől tehermentesített megyei önkormányzatok egyre inkább a területi fejlesztések és a területi politika regionális főszereplői lesznek, miközben a hajdan volt közigazgatási funkciók, illetve a korábbi regionális (nagyrégiós) jellegű intézmények és intézményfenntartói feladatok egy része a 2011. január 1-jével

életre hívott megyei kormányhivatalokhoz, a megyei önkormányzatok kezében lévő intézményfenntartói feladatok pedig a 2012. január 1-jétől megszerveződő megyei intézményfenntartói központokhoz kerültek át a novemberben elfogadott 2011. évi CLIV. törvény és a 258/2011. (XII.7) Kormányrendelet alapján.

A törvény célja a törvényesen és átláthatóan működő, a közszolgáltatásokat maradéktalanul biztosító állam működési feltételeinek a megteremtése. A jogalkotó a területi és helyi közigazgatási rendszer megújításával magasabb hatékonyságot, átlátható struktúrát, az ellátási színvonal egységességét, valamint az intézmények hatékonyabb, költségtakarékosabb fenntartását kívánta elérni.

Ilyen előzmények után a korábbi szélesebb hatáskörű önkormányzatok kezelésében tulajdonképpen csak a megyei szintű területfejlesztési feladatok tervezése és végrehajtása maradt. A megyei önkormányzatok feladatainak funkcióváltását elrendelő nemrég született kormánydöntés szerint a területi tervezés teljes mértékben a megyei önkormányzatok feladata lesz, hiszen e szervezetek tudnak megalapozott stratégiát alkotni a saját térségükben, amellyel elkerülhető, hogy a korábbi évekre jellemző módon ötlet-szerű fejlesztések valósulhassanak meg. Így a megyei önkormányzatok a területi fejlesztések főszereplőivé válnak, mert ezáltal helyezhetők ki a források a legeredményesebben és a leggyorsabban az egyes térségekbe.

A megyei önkormányzat az elkészített megyei területi terv alapján projektgazdákat kutat fel és segíti azokat mind a tervezésben, mind a projektmegvalósításban. Kiemelkedő koordinációs szerepet visz a térségben zajló fejlesztési projektekkel kapcsolatban, ezek végrehajtását nyomon követi és értékeli. A közelgő 2014–2020-as tervezési időszak előkészítése keretében szükségessé vált a hazai tervezési környezet újragondolása, egyszerűsítése, összhangban a kohéziós politika uniós szinten zajló megújításával. Az elfogadott koncepció nemcsak a jelenleg rendelkezésre álló források leghatékonyabb hasznosítását célozza, hanem megfelel a következő programozási ciklus stratégiai meg-alapozása által támasztott igényeknek is (Verdó, 2011).

8. SUMMARY

It is undeniable that major changes have taken place since the change of regime in the political field of social services. The most obvious change was the explicit appearance of the social sphere itself. The social security system more or less developed for less than twenty years, but there are a lot of settlements, mainly small towns in the country where the needy people do not receive meaningful assistance. The services are fragmented in many areas in the highly decentralized Hungarian social security system, the regional coordination of the capacities lack, the various services are not related to each other. The fragmented local government system and the service commitment depending on the settlement population meant that the services cannot reach even the most backward regions. Thus, the principle of equal access to services are in danger, which can be clearly explained by structural reasons.

While there is a very detailed, modern and logically built legislation in many respects in Hungary, it is still not possible to come into force entirely. Due to the special structure of the Hungarian administration, the social sphere and within it the social services have become victim of the specific conflict of the central government and the local government. The system of allocations was „properly” opaque and vague to see clearly, to clarify the financing issues accurately till 31 December 2011. It is even more difficult to bring to book for the obligations which is not independent from the opaque financing system.

Changing the system of the extant normative financing has such a significant affect on social services management and operationak system of the central government – local government – civil society organizations – families – public relations responsibilities that this change of financing method required reform-scale work and actions.

In recent decades, instead of continuous constructive work or experiments have been conducted in the central state to form an open, decentralized and transparent method (like the other countries of the European Union) – misconceptions and tendencies have survived in the constitutional state (*Győri – Mózes, 2006*)

The Hajdú-Bihar County in 2007, uniquely in the country, has started the entire transformation of the social service system on behalf of savings-oriented, economical operation. The county government firstly contracted its four existing maintenance companies into two economic companies, then it put the government-run institutions

into the maintenance of the assign. The two non-profit ltd. supplies the maintenance of a total of eight institutions. By this, the county government has implemented the systemic integration of social institutions into the existing system of companies on behalf of more effective service by rationalisation of institutional service (Verdó, 2011).

The organization of central control and management of social sector was not reported till 2012, when the re-interpretation of mid-level administrative and regional roles brought along the re-organization of maintainers tasks. The transformation has not been finished yet till now which welters with alternating intensity and which is not free of conflicts and debates. The new challenge, the determination of the operation area and jurisdiction in the mid-level administration demands new solutions in the transformation of the regional competence of state administration and closely related institutional support systems, in the creation of a framework, in the installing of regional responsibilities, in developing the operating conditions and in the extensive reform of their activities.

During 2012–2013, two economic companies have been considered according to professional reasons territorial principle in order to maintain social care institutional system (Bihari Szociális Nonprofit Kft and Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft.) and to operate these companies within integrated organizational institutions. As a result of merging, one integrated institution would provide the maintenance task in all the 8 institutions in 11 premises.

Among the maintainers tasks we can mention the covering of the institutional management and lawful functioning, governance of the professional work of the institutions, establishing a standard management, coordination of projects, financial management, cultivation of employer's rights, recipients advocacy, further training for professionals, preparation of institutional documents (SZMSZ, Policy, Professional Program).

The institutional integration can result a better transparency in the operation of the institutions and a standardized management. In addition, running one company gives the opportunity to eliminate the disparities from operating of the two existing forms of managed care.

Operating the social institutions in the form of companies enables a more transparent, flexible, saving-oriented operation so it is recommended to keep this system in the long run. However, for the reasons described above, it must be considered as for the financing, that the state-owned companies performing public functions, such as Bihari Szociális NKft. and Hajdúsági Szociális NKft., must separate from the civil sector or at

least they should receive special treatment from those of non-profit organizations that provide similar social service, but as a self-imposed task and not as state owned. It should be made possible for these companies that their financing reaches at least the level that is paid to budgetary organizations which perform similar tasks.

We can say according to the experiences in Hajdú-Bihar County that the reorganization of local government institutions into social economy companies was effective as for the professional and cost-effective operation. . Experience has shown that companies like social maintainers with the enforcement of professional standards, they could work well economically and they could also work more efficient and with less government support The economic company as an operating form appeared practical and appropriate funding in the fields of performing the social tasks.

For the society and social policy and social institutions, “money pit” institution system meant the social problems and difficulties, which pulled back the growth of economy, was unable to prevent the problems.

I share those views that say the social policy is productive, it contributes actively to the economic competitiveness and to maintain the adequate level of human resources it monitor the progress, try to prevent damage and provide effective protection in case of risk. The social policy intervenes actively to meet the recognized needs of the community, prevention and reduction of risks, the reproduction of the social human capital as the best as possible, and to improve the demographic situation of the society to ensure long-term survival.

To do this, we need a social policy that does not displace the local community's resources, initiatives, but will help to strengthen the local social cohesion.

The changeover of the institutions maintenance system which was reformed from January 2012 is determined significantly and by the new emphasis of the regionalization process in Hungary, which relocates the regional development tasks to county governments mainly for economic reasons, while they are trying to ease them from the burden of the institution maintenance tasks and powers. This way the relieved county governments will be increasingly regional protagonists in the territorial development and regional policy, while the civil service functions and the previous regional institutions and maintainers tasks belong to the county administration office from 1 January 2011, and the institution maintenance tasks of the county governments belong to the county institution maintenance centres from 1 January 2012 according to the CLIV. law 2011 and 258/2011 (XII.7) government decree. The aim of the law is to

create the operating conditions of the state, which functions legally and transparently and it ensures completely the public services. The legislature required to achieve higher efficiency, transparent structure, uniformity of quality of care and more efficient, cost effective maintenance of institutions with the renewal of the regional and local administrations.

After these antecedents, actually only the county-wide regional development tasks remained in the hands of the earlier wider competence local governments. According to the government decision, which ordered functional changes in the functions of county government, the regional planning will be completely the task of the county administration, because these organizations can create established strategy in their areas, which avoids the desultory realizations of developments which was typical for the previous years. Thus the county governments become the main characters of the regional developments, because the resources will be put in the most effective and fastest way to certain areas. The county government seeks project managers on the basis of the reconstituted county regional plan and help them in planning and project implementation. The project manager takes on an outstanding coordinating role in the region development projects, monitor and evaluate their implementation. In preparation for the upcoming 2014–2020's planning period, the re-think of the home planning environment was necessary and to simplify it in accordance with the renewal of the cohesion policy at EU level. The accepted concept aims not only the most efficient utilization of the currently available resources, but also meets the demands, which was claimed by the strategic foundation of the next programming period (Verdó, 2011).

9. FELHASZNÁLT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

- Baldwin, Peter (1990): *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of Welfare State, 1875–1975*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Balipap Ferenc (1989): Ismerjük meg a settlementet. Bevezető Hilscher Rezső settlement-történet írása elé. – *Esély*, 1. 53–54.
- Bamford, Terry (1990): *The Future of Social Work*. Macmillan, London.
- Baranyi Béla (1985): *A Tiszántúl átalakuló társadalma (1945–1978)*. A társadalmi ártétegződés fő folyamatai és történeti összefüggései a Tiszántúlon. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Baranyi Béla (1998): Hajdú-Bihar megye. In: *Hajdú-Bihar megye kézikönyve*. Főszerk.: Süli-Zakar I. Debrecen–[Kaposvár], Csiszér Bt., Ceba Kiadó. 21–130. (Magyarország Megyei Kézikönyvei, 8.).
- Baranyi Béla (szerk.) (2006): *Négy év Hajdú-Bihar megye szolgálatában, 2002–2006 : a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat 2002–2006 között végzett munkájának összefoglalása*. [... a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat gondozásában]. – Debrecen, Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat.
- Baranyi Béla (2008a): Észak-alföldi régió a „régiók Európájában”. In: *Észak-Alföld*. Szerk.: Baranyi B. Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó (Kárpát-medence régiói, 8. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gy.) 23–50.
- Baranyi Béla (2008b): Az Észak-alföldi régió múltja és fejlődési pályája. In: *Észak-Alföld*. Szerk.: Baranyi B. Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó, (Kárpát-medence régiói, 8. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gy.) 51–131.
- Baranyi Béla (szerk.) (2008): *Észak-Alföld*. Pécs–Budapest: MTA Regionális Kutatások Központja – Dialóg Campus Kiadó. (Kárpát-medence régiói, 8. kötet. – Sorozatszerk.: Horváth Gyula)
- Barker, Robert L. – Almásy Judit (1996): *Mérföldkövek a szociális munkában: A szociális gondoskodás és a szociális szemlélet változása Hammurabitól napjainkig*. Budapesti Szociális Forrásközpont. Budapest.
- Berend, T. Iván (1982): *Válságos évtizedek*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- Bódi Ferenc (2008): A szociális ellátórendszer kifejlődése Magyarországon. In: *A helyi szociális ellátórendszer*. Szerk.: Bódi F. MTA PTI, Budapest. 57–70.
- Burke, Beverly – Harrison, Philomena (1998): Anti-Oppressive Practice. In: *Social Work – Themes, Issues and Critical Debates*. Eds.: Adams, R. – Dominelli L. Payne, M. Macmillan, London. 229–239.

- Caplan, Gerald (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*. London, Tavistock.
- Dominelli, Lena – Payne, Malcolm (1996): Deprofessionalizing Social Work: Anti-Oppressive Practice, Competencies and Postmodernism. – *British Journal of Social Work*, Vol. 26, 153–175.
- Dominelli, Lena (1998): Antioppressive Practice in Context. In: *Social Work – Themes, Issues and Critical Debates*. Eds.: Adams, R. – Dominelli L. Payne, M. Macmillan, London. 3–22.
- England, Hugh (1986): *Social Work as Art: Making Sense of Good Practice*. London, Allen and Unwin.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press.
- Esping-Andersen, Gøsta (1991): Mi a jóléti állam? In: *A jóléti állam*. Szerk.: Ferge Zs. – Lévak K. Budapest: T-Twins.
- Ferge Zsuzsa (1987): *Szociálpolitika ma és holnap*. Budapest, Kossuth Könyvkiadó.
- Ferge Zsuzsa (1988): Gazdaság és szociális érdekek és politikák. Gazdaság, I. sz. In: *Szociálpolitika és társadalom*. Szerk.: Ferge Zs. Budapest, T-Twins Kiadó. 87–93.
- Ferge Zsuzsa (1989): *Van-e negyedik út? A társadalompolitika esélyei*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Ferge Zsuzsa (2000): *Elszabaduló egyenlőtlenségek. A szociális szakképzés könyvtára*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke, Budapest.
- Ferge Zsuzsa (2004): Új tagságunk az Európai Unióban-reményeink, kételyeink. – *Esély*, 2. 11–22.
- Ferge Zsuzsa – Lévai Katalin (szerk.) (1991): *A jóléti állam*. Budapest, T-Twins Kiadó.
- Flexner, Abraham (1915): „Is social work a profession?” In: *Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections*, Chicago, Hildman Printing Co. 576–590.
- Frazer, James George (1965): *Az aranyág*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- Freud, Sigmund (1913): *On Beginning of Treatment*. Standard Edition of Complete Works, Strachey, J. (ed.), Hogarth Press, Vol. XII.
- Gayer Gyuláné – Gondos Anna – Hegyesi Gábor et. al. (1992): A LARES Humánszolgáltató Kiszövetkezet. In: *A nonprofit szektor Magyarországon*. Szerk.: Kuti É. Budapest, Nonprofit Kutató Csoport. 102–129.
- Giddens, Anthony (1999): *A Harmadik út*. Agóra Marketing, Budapest.
- Gosztonyi Géza – Pik Katalin (1998): *A szociális munka szótára*. Grafit Kiadó. Budapest.

- Györi Péter – Mózes Péter (2006): *A szociális szolgáltatások és támogatások újraépítésének programja*. Szakértői anyag.
- Habermas, Jürgen – Lyotard, Jean-Francois – Rorty, Richard (1993): *A posztmodern állapot*. Századvég Kiadó, Budapest.
- Healey, Karen (2001): Reinventing Critical Social Work: Challenges from Practice, Context and Postmodernism. – *Critical Social Work*, Vol. 2., No. 1.
- Hegyesi Gábor (1989): A jóléti pluralizmus első jelei Magyarországon. – *Esély*, 1. 34–49.
- Hegyesi Gábor. (1994): *Az általános szociális munka modelljei: a magyar képzés születése és elméleti forrásai*. Kandidátusi értekezés. MTA, Budapest.
- Hegyesi Gábor – Talyigás Katalin (szerk.) (1994): *A szociális munka elmélete és gyakorlata. I. kötet: Általános szociális munka*. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Hilscher Rezső (1989): A settlement mozgalom. – *Esély*, 1. 55–64.
- Howe, David (1993): *On Being a Client. Understanding the Process of Counselling and Psychotherapy*. London, Sage.
- Jász Krisztina – Szarvák Tibor (2005): Az esélyegyenlőségi politika Janus-arca. Kistelepülések, társadalmak, konfliktusok. – *Politikatudományi Szemle*. 2. 135–155.
- Johnson, Norman (1987): *The Welfare state in Transition*. Hertfordshire, Harvester Wheatsheaf.
- Jones, Sandra – Joss, Richard (1995): Models os Professionalism. In: *Learning and Teaching in Social Work. Towards Reflective Practice*. Eds.: Yelloly, M. – Henkel, M.. Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pennsylvania. 15–33.
- Jordan, Bill (1992): A háború utáni megújulás. – *Esély*, 6. 61–71.
- Jordan, Bill – Charlie Jordan (2000): *Social Work and the Third Way – Tough Love as Social Policy*. Sage, London.
- Jóna György (2008): Szociális ellátórendszer az Európai Unióban In: *szociális ellátórendszer*. Szerk.: Bódi F. MTA PTI, Budapest. 17–30.
- Juhász G. (2004): A szociális védelem megújítása az Európai Unió szociálpolitikai programjában. – *Esély*, 2. 62–83.
- Kendall, Katherine A. (1994): Szociális munkások képzése világszerte. In: *A szociális munka elmélete és gyakorlata. I. kötet*. Szerk.: Hegyesi G. – Talyigás K. Semmelweis Kiadó, Budapest, 17–31.
- Keynes, John Maynard (1977): *A foglalkoztatás, a kamat és a pénz általános elmélete*. Budapest, Köz- gazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Krémer Balázs (2009): *Bevezetés a szociálpolitikába*. Napvilág Kiadó, Budapest.

- KSH, 2013a: 2011. évi Népszámlálás – 3. Országos adatok. Összeállították: Bojer A. – Kovács M. et al Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2013
http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_orisz_2011.pdf
- KSH, 2013b: 2011. évi Népszámlálás – 3. Területi adatok – 3.9. Hajdú-Bihar Megye, Összeállították: Ambrus Z. – Novák G. et al, Központi Statisztikai Hivatal, Debrecen 2013 http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_03_09_2011.pdf
- KSH, 2013c: Társadalmi helyzetkép, 2010, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2013 (http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/thk/thk10_szocialis.pdf)
- Langan, Mary (1998): Radical Social Work. In: *Social Work – Themes, Issues and Critical Debates*. Eds.: Adams, R. – Dominelli L. – Payne, M. Macmillan, London. 207–218.
- Leonard, Peter (2001): The Future of Critical Social Work in Uncertain Condition. – *Critical Social Work*, Vol. 2., No. 1.
- Loewenberg, Frank M. – Dolgoff, Ralph (1994): Etikai választások a szociális munkában. In: *A szociális munka elmélete és gyakorlata. I. kötet*. Szerk.: Hegyesi G. – Talyigás K. Semmelweis Kiadó, Budapest. 181–191.
- Lorenz, Walter (1994): *Social work in a Changing Europe*. London and New York, Routledge and Kegan.
- Marshall, Thomas Humprey (1965): *Class, Citizenship and Social Development*. N. Y, Anchor Books
- Mishra, Ramesh (1984): *The Welfare State in Crisis*. London, Harvester Press.
- Mayo, Marjorie (1975): Community Development: A Radical Alternative? In: *Radical Social Work*. Eds.: Bailey, R. – Brake, M. London, Edward Arnold. 129–143.
- Müller, C. Wolfgang (1992): *Hogyan vált a segítségnyújtás hivatássá?* (Ford.: Pik K.) Budapest, ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadó.
- Nick Gould – Imogen Taylor (szerk.): *Reflective Learning for social Work Arena*. Ashgate Publishing Limited, Aldershot, England, 1996.
- NSZK, 2011–2020: Nemzeti Szociálpolitikai Koncepció, 2011–2020. Munkaanyag. Készítették: Czibere K., Sziklai I. et al.
http://www.efoesz.hu/download/nemzeti_szocialpolitikai_koncepcio_munkaanyaga.pdf
- Nyilas Mihály (1995): Mi történt a svéd modellel? – *Esély*, 6. 63–83.
- Offe C. (2006): Szociális védelem szupranacionális összefüggésben. – *Esély*, 2006/3. 30–60.

- Owen, David Edward (1964): *English Philantropy 1660–1960*. N. Y., The Belknap Press of Harvard University.
- Pál Tibor (1996): Kérdések – dilemmák – viták. In: *Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához*. Szerk.: Ágoston M. – Kozma J. – Pelle J. – Somorjai I. Budapest, Szociális Szakmai Szövetség.
- Parton, Nigel – O’Byrne, Patrick (2000): *Constructive Social Work. Toward a New Practice*. Palgrave, London.
- Perlman, Helen Harris (1957): *Social casework: A Problem Solving Process*. Chicago, University of Chicago Press.
- Pincus, Allen – Minahan, Anne (1973): *Social Work Practice: Model and Method*. Itasca, E E. Peacock. XV, 355. p.
- Schön, Donald A. (1991): *Educating the Reflective Practitioner*. Jossey-Bass Publisher, San Francisco és Oxford.
- Smith, Carole (2001): Trust and Confidence: Possibilities for Social Work in a High Modernity. – *British Journal of Social Work*, Vol 31, 3, 369–384.
- Swaan, Abram de (1988): *In Care of the State: Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era*. Polity Press/Oxford University Press, New York. 223–226.
- Szabó, Gyula (2011): Jólét és versenyképesség kapcsolódási pontjai a regionális tudomány szemszögéből. In: *Multikulturális Műhely Tanulmányok I*. Szerk.: Lácza M. – Bocsi V. Hajdúböszörmény: Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar. 21–29.
- Szalai Júlia (1972): A szociális munka néhány jellemzőjéről. – *Alkohológia*, 4. 63–75.
- Szalai József (1998): Időskorúak bentlakásos ellátása – gondolatok a nyugat-európai tapasztalatok tükrében. – *Esély*, 5. 65–71.
http://www.esely.org/kiadvanyok/1998_5/idoskoruak_bentlakasos.pdf
- Szarvák Tibor (2008): Szociális földprogramok. In: *Helyi szociális ellátórendszer*. Szerk.: Bódi F. Budapest, MTA Politikatudományi Intézet. 295–311.
- Thomas Szász (1961): *The Myth of Mental Illness*. Secker and Warburg.
- Varga Attila (2012): Új receptek – régi hozzávalókkal. – *Esély*, 1. 50–76.
- Verdó György (2011): A megújuló energiafelhasználás növelésének vizsgálata a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat bentlakásos intézményeiben. In: *Erdei Ferenc VI. tudományos konferencia I. kötet* (Kecskemét, 2011. augusztus 25–26.) Szerk.: Ferencz Á. Kecskemét, Kecskeméti Főiskola Kertészeti Főiskolai Kar. 244–248.

- Wallerstein, Immanuel (1996): A társadalomtudomány és a mai társadalom – a racionalitás eltűnő garanciái. – *Esély*, 1996/6. 3–19.
- Welch, Green (1987): An Integrated Approach in Social Work Practice. In: *Introduction to Social Work in South Africa*. Ed.: B. W. McKendrick. Pinetown, Owen Burgess, 152–176.
- Woods, Ronald (1994): A szociális munkások tevékenységeinek egy lehetséges rendszerezése. In: *A szociális munka elmélete és gyakorlata. I. kötet*. Szerk.: Hegyesi G. – Talyigás K. Budapest, Semmelweis. 32–46.
- Yelloly, Margaret – Henkel, Mary (szerk.) (1995): *Learning and Teaching in Social Work. Towards Reflective Practice*. Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pennsylvania.

Jogszabályok:

1949. évi XX. számú törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról
1990. évi LXV törvény a helyi önkormányzatokról
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Szociális törvény)
- 188/1999. (XII. 16.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és a falugondnoki szolgálat működési engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozás engedélyezéséről
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
2006. évi IV. törvény a gazdasági társaságokról
- 125/2007 (V.31.) MÖK határozat
- 264/2007 (X.26.) MÖK határozat
2011. évi CLIV. törvény a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről
- 258/2011. (XII.7.) Kormányrendelet a megyei intézményfenntartó központokról, valamint a megyei önkormányzatok konszolidációjával, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi intézményeinek átvételével összefüggő egyes kormányrendeletek módosításáról
2012. évi CXCI. törvény egyes szakosított szociális és gyermekvédelmi szakellátási intézmények állami átvételéről és egyes törvények módosításáról
- 316/2012. (XI. 13.) Kormányrendelet a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságról

- 419/2012. (XII. 29.) Kormányrendelet a megyei intézményfenntartó központok működésével összefüggő egyes kormányrendeletek módosításáról
- 202/2012. (VII. 27.) Kormányrendelet a Klebelsberg Intézményfenntartó Központról

Internetes források

Net1: A szociális ellátórendszer a rendszerváltás óta:

<http://www.szgyf.gov.hu/foigazgatosagrol/a-szocialis-ellatorendszer-a-rendszervaltas-ota>

Net2: Interaktív térképek:

<http://www.ksh.hu/interaktiv/terkepek/mo/nepesseg.html?mapid=WNT001>

Net3: Interaktív korfa: <http://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

Net4: Interaktív térképek:

<http://www.ksh.hu/interaktiv/terkepek/mo/nepesseg.html?mapid=WNT001?mapid=WNT009&layer=coun&color=1&meth=sug&catnum=5>

Net5: <http://statinfo.ksh.hu/Stainfo/haViewer.jsp>

Net6: EU Employment and Social Situation, Quarterly Review (2013):

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/ESSQ_R_Mar2013_demogr_suppl_final.pdf

Net7: http://www.ksh.hu/thm/2/indi2_1_2.html

Net8: Szociálpolitika, foglalkoztatás és esélyegyenlőség

http://www.euvonal.hu/index.php?op=kozossegi_politikak&id=13

Egyéb felhasznált források

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Szociális Szolgáltatástervezési Koncepciójának felülvizsgálata 2011–2012.

A Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Gazdasági programja 2011–2014.

Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ létesítésével kapcsolatos szakmai koncepciók, jelentések, értékelések. 2012. április. (Kézirat.)

Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft. 2008. és 2009. évi beszámolója.

10. AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT SAJÁT TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK

Magyar nyelvű könyvfejezet

- Verdó Gy.: A biomassza energiahasznosításának lehetőségei és általánosítható tapasztalatai a szociális gondozóhálózat fűtőkorszerűsítésében. In: Baranyi B., Fodor I. (szerk.): Környezetipar, újraiparosítás és regionalitás Magyarországon. MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Regionális Kutatások Intézete. Pécs–Debrecen, 2012. 345–354. p. ISBN 978-963-9899-48-3
- Verdó Gy.: A biomassza energiahasznosításának általánosítható tapasztalatai a szociális gondozóhálózat fűtőkorszerűsítésében. (Hajdú-Bihar megyei esettanulmány). In: Lazányi J. – Pető K. (szerk.): A Bihar-hegység és a Nyírség talajvédelmi stratégiájának kidolgozása az EU direktívák alapján. Debreceni Egyetem AGTC, 2012. 207–2011 p. ISBN 978-615-5183-16-4

Tudományos közlemény idegen nyelvű, lektorált folyóiratban

- Nagy, S. – Verdó, Gy.: Correlations of the global and local aspects of the anthropogeneous effects on the water base of the lithosphere, protection of the layered soil. – Acta Hydrologica Slovaca. Ročník 12. č, 2011. 183–191. p. ISSN 1335-6291

Tudományos közlemény magyar nyelvű, lektorált folyóiratban

- Verdó Gy.: A szociális intézmények non-profit gazdasági társaságokba szervezésének tapasztalatai Hajdú-Bihar megyében. – Agrártudományi Közlemények. Acta Agraria Debreceniensis. Debrecen. 2012/46. 99–102. p. ISSN 1587-1282
- Szántó Zs. – **Verdó Gy.:** Biomasszára (faapríték) épített közösségi fűtőművek. – Őstermelő. 2011. 5. sz. október–november. 56–58. p. ISSN 1418-088X
- Verdó Gy.: A szociális intézmények non-profit gazdasági társaságokba szervezésének tapasztalatai Hajdú-Bihar megyében. – Agrártudományi Közlemények. Acta Agraria Debreceniensis. Debrecen. 2012/46. 99–102. p. ISSN 1587-1282
- Nagy S. – Verdó Gy.: A földkéreg vízbázisaira gyakorolt antropogén hatások globális, regionális és helyi tényezőinek összefüggései. Agrártudományi Közlemények. Acta Agraria Debreceniensis. Debrecen. 2012/47. 85–92. p. ISSN 1587-1282

Verdó Gy.: A szociális gondoskodás távlatai Magyarországon és Hajdú-Bihar megyében. – Agrártudományi Közlemények. Acta Agraria Debreceniensis. Debrecen. 2012/47. 127–130. p. ISSN 1587-1282

Verdó Gy.: Paradigmaváltás a szakosított szociális ellátások területén Hajdú-Bihar megyében. – Agrártudományi Közlemények. Acta Agraria Debreceniensis. Debrecen. 2012/50. 253–257. p. ISSN 1587-1282

Idegen nyelvű lektorált konferencia kiadvány

Nagy, S. – Verdó, Gy.: Correlations of the global and local aspects of the anthropogeneous effects on water base of the lithosphere, protection of the layered soil. In: Influence of Anthropogenic Activities on Water Regime of Lowland Territory Physics of Soil Water, Vinianske jazero Lake, May, 17–19, 2011. Slovak Republic. CD-ROM. 10 p. ISBN 978-80-89139-23-1

Magyar nyelvű lektorált konferencia kiadvány

Verdó Gy.: A megújuló energiafelhasználás szerepének növelése a szakosított önkormányzati szociális ellátórendszer intézményeinek fűtése korszerűsítésével Hajdú-Bihar megyében. In: LIII. Georgikon Napok. Nemzetközi tudományos konferencia. 2011. szeptember 29–30. PE Georgikon Kar, Keszthely. 813–818. p. CD-ROM. ISBN 978-963-9639-44-7

Verdó Gy.: Paradigmaváltás a szakosított szociális ellátások területén – egy új működési modell általánosítható tapasztalatai Hajdú-Bihar megyéből. In: Gazdasági válság – regionális kitekintés. Szerk.: Csata A. – Elek S. Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem Gazdaság- és Humántudományok Kar Gazdaságtudományi Tanészék. Státus Kiadó, Csíkszereda. 2011. pp. 195–202. ISBN 978-606-8052-51-9

Verdó Gy.: A megújuló energiafelhasználás növelésének vizsgálata a Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat bentlakásos intézményeiben. In: Ferencz Á. (szerk.): Erdei Ferenc VI. Tudományos konferencia. I. kötet. 2011. augusztus 25–26. Kecskemét. Kecskeméti Főiskola Kertészeti Főiskolai Kar. Kecskemét. 2011. 244–248. p. ISBN 978-963-7294-99-0

Verdó Gy.: A közigazgatási és intézményfenntartási rendszer regionalizálásának tapasztalatai a Hajdú-Bihar Megyei Intézményfenntartó Központ működése alapján. In: Fejér-Király G. – Lázár E. (szerk.): Vállalkozói és gazdasági trendek a Kárpát-medencében I. kötet. Csíkszereda: Státus Kiadó, 2012. 310–323. ISBN 978-606-8052-76-2

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra:	Bentlakásos intézményi ellátás 1995–2005 között	51
2. ábra:	Bentlakásos szociális intézményi ellátás, 2006–2011	52
3. ábra:	Lakónépesség regionális megoszlása, 2012. január 1.	53
4. ábra:	Magyarország lakosságának megoszlása a régiók között.....	54
5. ábra:	Magyarország népességének száma nemek és életkor szerinti korfája 2001-ben és 2011-ben.....	56
6. ábra:	Idős népesség eltartottsági rátája 2012. január 1.....	57
7. ábra:	Magyarország népességének száma nemek és életkor szerinti korfája 1900-ban és 2050-ben.....	58
8. ábra:	Lakónépesség száma megyei bontásban, 2012. január 1.....	60
9. ábra:	A lakónépesség változása 2001. február és 2011. október 1. között, %.....	61
10. ábra:	A népesség alakulása Hajdú-Bihar megyében 1999 és 2011 között	62
11. ábra:	Hajdú-Bihar megye népességének korfája 2001. és 2011. években	63
12. ábra:	Száz aktív korúra jutó gyermek és időskorú Hajdú-Bihar megyében	64
13. ábra:	A jóléti kiadások a GDP arányában, 2009–2012.....	86
14. ábra:	A 110 fős ellátott megoszlása nem, kor és demencia szerint.....	87
15. ábra:	A 43 fő megkérdezett nem és kor szerinti megoszlása.....	88
16. ábra:	Az intézménnyel való elégedettség: „Az intézetet az otthonomnak tekintem”	89
17. ábra:	A nem megfelelő szolgáltatások	90
18. ábra:	Az ismeretek megélése.....	90

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat:	Hajdú-Bihar megye lakónépessége változásának tényezői	60
2. táblázat:	A férfiak és a nők száma kiemelt korcsoportonként, 2011	63
3. táblázat:	A népesség gazdasági aktivitás szerint, korcsoportonként Hajdú-Bihar megyében, 2011.....	65
4. táblázat:	A Bihari Szociális Nonprofit Kft. intézményei	72
5. táblázat:	Hajdúsági Szociális Szolgáltató Nonprofit Kft. intézményei.....	73
6. táblázat:	Szociális szakosított ellátások férőhelyei a két gazdasági társaságban 2012-ben	75
7. táblázat:	Dolgozói létszám alakulása a két gazdasági társaságban 2006–2012 között, fő	76
8. táblázat:	Ellátási formák megoszlása az intézményekben, 2012, fő.....	77
9. táblázat:	Tartalomelemzés eredményei.....	91
10. táblázat:	Szociális intézmények kiegészítő önkormányzati támogatásnak alakulása, 2005–2012, eFt.....	93
11. táblázat:	A nonprofit gazdasági társaság és a költségvetési intézmények működésének összehasonlítása	95
12. táblázat:	Megvalósítandó gazdasági tevékenységek.....	112

MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

1. sz. melléklet:	Az EU demográfiai mutatói – Az EU-27 tagállama népességének kor szerinti megoszlása főbb korcsoportok szerint, 2012. január 1.	143
2. sz. melléklet:	Az EU demográfiai mutatói – Népességre vonatkozó mutatószámok az EU-27 tagállamában.....	144
3. sz. melléklet:	2.1.1. Természetes, tényleges szaporodás/fogyás, 2000–2011.....	145
4. sz. melléklet:	2.1.2. Eltartottsági ráták, öregedési index, 2000–2012	146
5. sz. melléklet:	2.9.4. Nyugdíjak, idősök szociális ellátása, 2000–2011.....	147

6. sz. melléklet:	Elégedettségi kérdőív.....	150
7. sz. melléklet:	Normatíva alakulása a szociális és a gyermekvédelmi intézményekben, 2005–2010, Ft/fő	152
8. sz. melléklet:	Normatíva alakulása a szociális intézményekben, 2008–2012.....	153
9. sz. melléklet:	Térítési díj és normatíva bevétel alakulása a Bihari Szociális NKft-nél....	153
10. sz. melléklet:	Intézményi térítési díjak alakulása, 2008–2012.....	154
11. sz. melléklet:	Az ellátottak számának alakulása egyes kiemelt szolgáltatások esetében.....	155

MELLÉKLETEK

1. sz. melléklet

Az EU demográfiai mutatói

Az EU-27 tagállama népességének kor szerinti megoszlása főbb korcsoportok szerint,
2012. január 1.

	0–14 éves		15–64 éves		65 éves és idősebb		80 éves idősebb	
	ezer fő	%	ezer fő	%	ezer fő	%	ezer fő	%
EU-27	78 535,3	15,6	335 371,0	66,6	89 757,2	17,8	24 887,5	4,9
Belgium	1 885,9	17,0	7 284,2	65,7	1 924,9	17,3	572,6	5,2
Bulgária	980,0	13,4	49 566,2	67,8	1 381,1	18,8	303,4	5,2
Cseh Köztársaság	1 541,2	14,7	7 262,8	69,1	1 701,4	16,2	396,4	
Dánia	986,5	17,7	3 626,0	65,0	968,1	17,3	230,4	4,1
Németország	10 832,1	13,2	54 131,1	66,1	16 880,6	20,6	4 401,2	5,4
Észtország	207,7	15,5	901,7	67,3	230,3	17,2	59,8	4,5
Írország	990,3	21,6	3 047,6	66,5	544,9	11,9	130,6	2,9
Görögország	1 622,7	14,4	7 444,3	65,9	2 223,0	19,7	592,4	5,2
Spanyolország	7 026,6	15,2	31 140,0	67,4	8 029,7	17,4	2 409,4	5,2
Franciaország	12 139,0	18,6	42 005,9	64,3	11 182,8	17,1	3 597,3	5,5
Olaszország	8 528,2	14,0	39 736,4	65,3	12 556,0	20,6	3 719,7	6,1
Ciprus	142,2	16,5	609,3	70,7	110,4	12,8	24,8	2,9
Lettország	292,2	14,3	1 370,1	67,1	379,5	18,6	91,8	4,5
Litvánia	448,2	14,9	2 016,2	67,0	543,3	18,1	137,9	4,6
Luxemburg	90,0	17,1	361,6	68,9	73,3	14,0	20,5	3,9
Magyarország	144,8	14,5	6 835,4	68,6	1 680,5	16,9	413,8	4,2
Málta	61,6	14,7	287,2	68,8	68,7	16,5	15,1	3,6
Hollandia	2 896,7	17,3	11 117,3	66,5	2 716,4	16,2	686,0	4,1
Ausztria	1 224,4	14,5	5 719,8	67,7	1 498,9	17,8	417,6	4,9
Lengyelország	5 819,0	15,1	27 394,5	71,1	5 325,0	13,8	1 390,3	3,6
Portugália	1 560,0	14,8	6 933,0	65,8	2 048,8	19,4	554,8	5,3
Románia	3 211,4	15,0	14 938,5	70,0	3 205,9	15,0	713,7	3,3
Szlovénia	294,1	14,3	1 416,3	68,9	345,0	16,8	89,1	4,3
Szlovákia	832,6	15,4	3 881,1	71,8	690,7	12,8	157,1	2,9
Finnország	889,0	16,5	3 532,6	65,4	979,6	18,1	263,2	4,9
Svédország	1 584,3	16,7	6 113,9	64,5	1 784,7	18,8	498,2	5,3
Egyesült Királyság	11 007,8	17,5	41 298,0	65,6	10 683,7	17,0	3 000,6	4,8
Horvátország	654,3	14,9	2 965,7	67,7	758,9	17,3	172,0	3,9

Forrás: Eurostat (online data code: demo_pjan). Net6.

2. sz. melléklet

Az EU demográfiai mutatói

Népességre vonatkozó mutatószámok az EU–27 tagállamában

	Medián életkor (év)		Gyermeknépesség eltartottsági rátája (%)		Idős népesség eltartottsági rátája (%)		Teljes eltartottsági ráta (%)	
	1992	2012	1992	2012	1992	2012	1992	2012
EU-27	35,7	41,5	28,5	23,4	21,1	26,8	49,6	50,2
Belgium	36,6	41,0	27,3	25,9	22,9	26,4	50,1	52,3
Bulgária	37,1	42,7	29,4	19,7	20,8	27,8	50,2	47,5
Cseh Köztársaság	35,6	40,1	30,8	21,2	19,1	23,4	50,0	44,6
Dánia	37,3	40,8	25,1	27,2	23,1	26,7	48,2	53,9
Németország	37,7	45,0	23,8	20,0	21,8	31,2	45,6	51,2
Észtország	34,8	40,0	33,3	23,0	18,2	25,5	51,5	48,6
Írország	29,7	35,0	42,2	32,5	18,3	17,9	60,6	50,4
Görögország	36,3	42,6	28,0	21,8	21,0	29,9	49,0	51,7
Spanyol- ország	34,2	40,7	28,0	22,6	21,0	25,8	49,0	48,4
Franciaország	35,0	40,2	30,8	28,9	21,6	26,6	52,5	55,5
Olaszország	37,6	43,8	22,3	21,5	22,4	36,6	44,7	53,1
Ciprus	31,2	35,8	40,4	23,3	17,3	18,1	57,7	41,5
Lettország	35,0	41,8	32,5	21,3	18,6	27,7	51,1	49,0
Litvánia	32,9	41,6	33,9	22,2	17,0	26,9	50,9	49,2
Luxemburg	36,5	39,1	25,7	24,9	19,7	20,3	45,4	45,1
Magyarország	36,8	40,3	29,1	21,1	20,4	24,6	49,5	45,7
Málta	33,5	40,4	34,7	21,4	16,0	23,9	50,8	45,4
Hollandia	34,9	41,3	26,6	26,1	18,8	24,4	45,4	50,5
Ausztria	35,6	42,4	26,1	21,4	22,1	26,2	48,3	47,6
Lengyelország	32,8	38,4	37,7	21,2	15,9	19,4	53,6	40,7
Portugália	34,8	42,3	29,0	22,5	20,9	29,6	49,2	52,1
Románia	33,4	39,0	34,3	21,5	16,6	21,5	50,9	43,0
Szlovénia	34,8	42,0	29,1	20,8	16,1	24,4	45,2	45,1
Szlovákia	31,6	37,7	37,8	21,5	16,0	17,8	53,8	39,2
Finnország	36,9	42,2	28,6	25,2	20,3	27,7	48,8	52,9
Svédország	38,4	40,8	28,5	25,9	27,4	29,2	56,2	55,1
Egyesült Királyság	35,9	39,8	29,7	26,7	24,3	25,9	54,0	52,5
Horvátország	..	41,7	..	22,1	..	25,6	..	47,7

Forrás: Eurostat (online data code: demo_pjanind) Net6.

3. sz. melléklet

2.1.1. Természetes, tényleges szaporodás/fogyás, 2000–2011

A **természetes szaporodás, fogyás** az élveszületések és a halálozások különbözetét tartalmazza ezer lakosra számítva. Természetes szaporodásról akkor beszélünk, ha a születések száma meghaladja a halálozásokét (a mutató pozitív előjelű), ellenkező esetben természetes fogyásról van szó (a mutató negatív előjelű).

A **tényleges szaporodás, fogyás** a születések és a halálozások különbözete mellett a belföldi és a nemzetközi vándorlások egyenlegéből adódó népességszám növekedést, illetve csökkenést is tartalmazza ezer lakosra számítva. A mutató a természetes népmozgalmi folyamatok (születések, halálozások) mellett egy adott földrajzi terület népességmegtartó erejét, vagy annak hiányát is kifejezi.

Mutató/dimenzió	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2.1.1.1. Természetes szaporodás, fogyás, ezer lakosra	-3,7	-3,4	-3,5	-4,1	-3,7	-3,8	-3,2	-3,5	-3,1	-3,4	-4,0	-4,1
Közép-Magyarország	-4,3	-4,0	-3,7	-3,8	-3,3	-3,2	-2,3	-2,4	-1,7	-1,9	-2,3	-2,6
Közép-Dunántúl	-2,9	-2,8	-2,9	-3,6	-3,2	-3,2	-3,2	-3,2	-2,9	-3,6	-3,9	-4,2
Nyugat-Dunántúl	-4,4	-3,7	-4,0	-4,5	-4,2	-4,1	-3,3	-4,0	-3,7	-4,2	-4,9	-5,0
Dél-Dunántúl	-4,3	-4,0	-4,2	-5,0	-4,5	-4,7	-4,3	-4,7	-4,4	-4,9	-5,7	-5,4
Dunántúl	-3,8	-3,5	-3,7	-4,3	-4,0	-3,9	-3,6	-4,0	-3,6	-4,2	-4,8	-4,8
Észak-Magyarország	-3,4	-3,4	-3,7	-4,4	-4,5	-4,8	-3,8	-4,4	-4,1	-4,7	-5,4	-5,3
Észak-Alföld	-1,7	-1,7	-2,0	-2,7	-2,2	-2,8	-2,1	-2,5	-2,5	-2,6	-3,4	-3,2
Dél-Alföld	-4,9	-4,5	-4,6	-5,4	-5,0	-5,2	-4,6	-5,2	-4,7	-5,0	-5,8	-6,0
Alföld és Észak	-3,3	-3,1	-3,4	-4,1	-3,8	-4,2	-3,5	-4,0	-3,7	-4,0	-4,8	-4,7
2.1.1.2. Tényleges szaporodás, fogyás, ezer lakosra	-2,1	-2,5	-3,2	-2,5	-1,9	-2,1	-1,0	-2,1	-1,4	-1,7	-2,9	-2,8
Közép-Magyarország	-4,8	-0,7	-1,5	1,8	4,0	5,2	5,9	8,5	9,7	8,8	6,7	4,6
Közép-Dunántúl	1,4	-0,1	-6,2	-0,6	-1,9	-2,5	-0,6	-2,4	-1,5	-4,1	-4,2	-3,4
Nyugat-Dunántúl	-0,9	-0,9	1,4	-1,1	-2,8	-0,2	-0,8	-1,4	0,2	-1,8	-1,7	-1,3
Dél-Dunántúl	-2,1	-4,2	-4,1	-5,9	-6,3	-6,9	-3,1	-7,9	-7,4	-5,3	-7,8	-7,2
Dunántúl	-0,5	-1,7	-3,1	-2,5	-3,6	-3,2	-1,5	-3,8	-2,8	-3,7	-4,5	-3,9
Észak-Magyarország	-1,7	-4,9	-5,8	-6,9	-7,0	-7,6	-8,0	-11,9	-10,9	-11,6	-12,0	-10,2
Észak-Alföld	-0,5	-3,0	-3,1	-4,6	-3,4	-5,6	-5,1	-7,4	-7,7	-6,6	-7,1	-6,0
Dél-Alföld	-2,4	-5,2	-4,5	-5,0	-3,9	-5,7	-3,8	-5,8	-6,8	-5,5	-7,4	-6,9
Alföld és Észak	-1,5	-4,3	-4,4	-5,5	-4,6	-6,2	-5,6	-8,2	-8,4	-7,8	-8,7	-7,6

Forrás: <http://www.ksh.hu/thm/tablak.html#>

4. sz. melléklet

2.1.2. Eltartottsági ráták, öregedési index, 2000–2012

A gyermeknépesség eltartottsági rátája a gyermekkorú népességnek (0–14 éves) az aktív korú (15–64 éves) népességhez viszonyított arányát fejezi ki. Az indikátor a népesség korösszetételéről nyújt információt, amelynek a társadalmi ellátó rendszerekben van jelentősége. A mutató mértéke és változásának iránya azt jelzi, hogy mekkora, és hogy növekvő vagy csökkenő terhet jelent a munkavállalási korú népességnek a gyermekek eltartása.

Az idős népesség eltartottsági rátája az idős korú népességnek (65–X éves) az aktív korú (15–64 éves) népességhez viszonyított arányát fejezi ki. Az indikátor a népesség korösszetételéről nyújt információt, amelynek a társadalmi ellátó rendszerekben van jelentősége. A mutató mértéke és változásának iránya azt jelzi, hogy mekkora, és hogy növekvő vagy csökkenő terhet jelent a munkavállalási korú népességnek az időskorúak eltartása.

Az öregedési index az idős korú népességnek (65–X éves) a gyermekkorú népességhez (0–14 éves) viszonyított arányát fejezi ki. A népesség korösszetétele változásának és az előrejedés folyamatának legfontosabb indikátora, amelynek a demográfiai jövő szempontjából van kiemelt jelentősége (Net7).

Mutató/dimenzió	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
2.1.2.1. A gyermeknépesség eltartottsági rátája, %													
Közép-Magyarország	25,0	24,3	23,8	23,5	23,1	22,8	22,4	22,1	21,8	21,6	21,5	21,3	21,1
Közép-Dunántúl	22,4	21,2	21,0	20,9	20,8	20,7	20,6	20,6	20,7	20,8	20,9	21,0	21,2
Nyugat-Dunántúl	25,0	24,6	24,0	23,5	23,0	22,6	22,1	21,6	21,2	20,9	20,8	20,5	20,3
Dél-Dunántúl	23,7	23,1	22,6	22,1	21,6	21,2	20,8	20,5	20,3	20,1	19,9	19,7	19,6
Dunántúl	25,0	24,3	23,7	23,4	23,0	22,6	22,1	21,6	21,3	20,9	20,7	20,4	20,1
Észak-Magyarország	24,6	24,0	23,4	23,0	22,5	22,1	21,7	21,2	20,9	20,7	20,5	20,6	20,0
Észak-Alföld	27,2	26,7	26,3	25,9	25,5	25,1	24,6	24,1	23,8	23,6	23,3	22,9	22,6
Dél-Alföld	29,0	28,3	27,8	27,3	26,7	26,2	25,7	25,1	24,7	24,3	23,9	23,4	22,9
Alföld és Észak	25,3	24,6	24,1	23,7	23,2	22,7	22,2	21,7	21,4	21,1	20,8	20,4	20,1
	27,3	26,6	26,1	25,7	25,2	24,7	24,2	23,7	23,3	23,0	22,7	22,3	21,9
2.1.2.2. Az idős népesség eltartottsági rátája, %													
Közép-Magyarország	21,4	22,2	22,3	22,4	22,6	22,7	22,9	23,2	23,5	23,8	24,2	24,4	24,6
Közép-Dunántúl	22,0	23,1	23,1	23,1	23,2	23,2	23,3	23,5	23,8	24,0	24,3	24,5	24,8
Nyugat-Dunántúl	19,0	20,0	20,2	20,5	20,7	21,0	21,4	21,7	22,1	22,4	23,0	23,2	23,5
Dél-Dunántúl	21,5	22,0	22,0	22,1	22,2	22,4	22,6	22,9	23,3	23,5	24,0	24,2	24,4
Dunántúl	21,5	22,2	22,4	22,6	22,8	23,1	23,3	23,7	24,1	24,4	24,8	25,0	25,2
Észak-Magyarország	20,6	21,3	21,5	21,7	21,9	22,1	22,4	22,7	23,1	23,4	23,9	24,3	24,3
Észak-Alföld	22,1	22,6	22,9	23,2	23,4	23,6	23,9	24,1	24,6	24,9	25,4	25,6	25,7
Dél-Alföld	20,2	20,6	20,8	20,9	21,0	21,2	21,4	21,5	21,7	21,9	22,2	22,3	22,4
Alföld és Észak	22,9	23,4	23,6	23,7	23,9	24,1	24,3	24,5	24,8	25,2	25,8	26,0	26,3
	21,6	22,2	22,3	22,5	22,7	22,9	23,1	23,3	23,6	23,9	24,3	24,5	24,6
2.1.2.3. Öregedési index, %													
Közép-Magyarország	85,5	91,3	93,5	95,4	97,6	99,9	102,4	104,9	107,6	109,9	112,6	114,7	116,6
Közép-Dunántúl	98,1	109,0	110,2	110,6	111,4	112,3	113,1	113,8	114,8	115,6	116,5	116,9	117,2
Nyugat-Dunántúl	75,8	81,3	84,4	87,2	90,1	93,2	96,9	100,6	104,2	107,2	110,4	113,2	115,3
Dél-Dunántúl	90,6	95,3	97,7	100,2	102,9	105,5	108,6	111,5	114,8	116,9	120,3	122,8	124,6
Dunántúl	86,0	91,5	94,3	96,8	99,4	102,1	105,5	109,4	113,3	116,4	120,1	122,7	125,5
Észak-Magyarország	83,6	88,9	91,7	94,3	97,0	99,9	103,3	106,8	110,4	113,2	116,6	118,1	121,5
Észak-Alföld	81,1	84,7	87,0	89,3	91,8	94,3	97,0	99,9	103,3	105,8	109,3	111,5	113,6
Dél-Alföld	69,5	72,9	74,8	76,8	78,7	80,9	83,4	85,6	87,9	90,2	92,9	95,3	98,1
Alföld és Észak	90,4	95,1	97,7	100,1	102,8	106,0	109,3	112,7	116,3	119,7	123,9	127,2	130,5
	79,4	83,2	85,5	87,7	90,0	92,6	95,4	98,1	101,1	103,9	107,3	109,9	112,6

Forrás: <http://www.ksh.hu/thm/tablak.html#>

5. sz. melléklet

2.9.4. Nyugdíjak, idősök szociális ellátása, 2000–2011

A nyugdíjakra, nyugdíjszerű ellátásokra fordított kiadások:	a mutató a nyugdíjakra és a nyugdíjszerű ellátásokra fordított kiadások GDP-n belüli arányát mutatja.
A nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők:	a mutató a nyugdíjban és a nyugdíjszerű ellátásokban részesülők teljes népességen belüli arányát mutatja.
Az öregségi nyugdíj a nettó átlagkeresetek arányában:	a mutató a saját jogú öregségi nyugdíj egy főre jutó havi átlagos kiadásának a nettó átlagkeresetekhez viszonyított arányát mutatja.
A korbetöltött saját jogú nyugdíjban részesülők aránya:	a mutató a saját jogú korbetöltött öregségi nyugdíjban részesülők 60 éves és idősebb népességen belüli arányát mutatja.
A magánnyugdíjpénztárak taglétszámának aránya:	a mutató a magánnyugdíjpénztárak tagjainak arányát mutatja a teljes népességen belül.
A házi segítségnyújtást szolgáltató települések:	a mutató a házi segítségnyújtást szolgáltató települések arányát mutatja az összes településhez viszonyítva.
Az étkeztetést szolgáltató települések:	a mutató az étkeztetést szolgáltató települések arányát mutatja az összes településhez viszonyítva.
Az idősök otthonaiban ellátott 60 éven felüliek aránya:	a mutató az idősök otthonaiban élő 60 éven felüliek tízezer 60 éven felülire jutó arányát mutatja.

Mutató/dimenzió	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2.9.4.1. A nyugdíjakra, nyugdíjszerű ellátásokra fordított kiadások a GDP százalékában, %												
	9,3	9,6	10,1	10,0	10,2	10,5	10,6	10,9	11,5	11,5	11,2	11,3
2.9.4.2. Nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők aránya a népességben, %												
	30,8	30,5	30,5	30,3	30,2	30,2	30,1	30,1	30,2	30,0	29,5	29,0
Közép-Magyarország	30,6	30,2	29,9	29,2	28,8	28,7	28,6	28,5	28,5	28,1	27,4	26,8
Közép-Dunántúl	28,6	28,4	28,1	28,1	28,0	28,1	28,2	28,3	28,7	28,7	28,4	28,0
Nyugat-Dunántúl	27,7	27,4	27,5	27,6	27,5	27,6	27,8	28,0	28,5	28,5	28,3	28,0
Dél-Dunántúl	32,1	31,9	32,0	32,1	32,0	32,1	32,2	32,2	32,5	32,4	32,0	31,5
Dunántúl	29,4	29,2	29,2	29,2	29,1	29,2	29,4	29,5	29,8	29,8	29,5	29,1
Észak-Magyarország	32,3	31,9	31,9	32,0	31,8	31,6	31,4	31,3	31,4	31,3	31,0	30,6
Észak-Alföld	31,3	31,2	31,3	31,2	31,1	31,0	30,8	30,6	30,7	30,4	29,9	29,3
Dél-Alföld	32,2	32,2	32,5	32,7	32,8	32,9	33,0	33,0	33,1	32,9	32,4	31,9
Alföld és Észak	31,9	31,7	31,9	31,9	31,9	31,8	31,7	31,6	31,7	31,5	31,1	30,5
2.9.4.3. Az öregségi nyugdíj a nettó átlagkeresetek arányában, %												
	61,3	62,2	60,5	59,2	61,1	60,8	61,0	65,6	67,8	69,1	68,9	68,7

5. sz. melléklet folytatása

Mutató/dimenzió	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2.9.4.4. A korbetöltött saját jogú nyugdíjban részesülők aránya a 60 éves és idősebb népességből, %	94,3	90,1	89,6	86,8	86,5	84,1	84,5	82,8	82,8	80,0	80,5	80,7
2.9.4.5. A magánnyugdíjpénztárak taglétszámának aránya a népességben, %	..	..	..	..	..	24,8	26,8	26,9	28,5	28,6	31,0	
2.9.4.6. A házi segítségnyújtást szolgáltató települések aránya, %	54,4	60,2	58,9	48,4	63,6	50,5	65,7	68,0	74,2	80,8	84,6	87,7
Közép-Magyarország	71,9	63,2	67,0	65,2	70,1	70,6	75,0	73,4	76,0	77,7	82,5	84,6
Közép-Dunántúl	59,8	64,2	52,8	54,9	56,4	54,4	62,8	59,6	69,6	72,3	75,6	82,5
Nyugat-Dunántúl	54,9	59,4	50,6	47,9	55,6	46,4	50,4	54,5	63,8	77,6	76,8	76,6
Dél-Dunántúl	33,5	40,9	49,3	48,0	54,4	..	62,9	69,3	81,4	86,1	87,9	91,9
Dunántúl	55,7	60,3	57,9	56,7	63,0	38,2	66,3	69,4	73,1	79,6	81,8	83,8
Észak-Magyarország	47,6	55,6	58,4	..	58,7	61,5	60,3	67,0	67,4	77,4	88,5	93,6
Észak-Alföld	71,8	80,1	76,7	81,7	82,5	86,9	87,4	82,0	86,8	90,2	93,6	93,3
Dél-Alföld	74,8	84,3	81,9	92,1	96,9	87,8	90,2	89,0	86,2	84,7	89,4	93,3
Alföld és Észak	60,7	69,1	68,9	44,2	73,9	74,8	74,8	76,1	77,3	82,8	90,7	93,5
2.9.4.7. Az étkeztetést szolgáltató települések aránya, %	64,0	64,5	71,0	74,4	76,9	64,2	78,0	75,3	76,2	80,2	80,9	82,6
Közép-Magyarország	75,7	58,9	76,2	76,5	79,7	83,4	84,6	73,4	72,4	71,8	73,4	72,9
Közép-Dunántúl	70,1	73,3	76,0	77,3	74,1	73,1	75,3	74,6	72,0	77,1	78,3	79,6
Nyugat-Dunántúl	72,2	73,1	71,6	71,1	74,8	74,7	71,5	67,6	67,2	76,3	76,0	75,7
Dél-Dunántúl	42,9	44,1	60,5	57,5	60,9	..	68,2	68,2	77,2	80,0	79,4	83,7
Dunántúl	68,7	68,5	76,7	75,7	78,0	54,9	80,4	77,6	72,2	77,8	78,1	79,6
Észak-Magyarország	58,9	60,7	69,0	78,0	82,1	84,8	84,8	82,1	77,2	82,6	83,9	84,4
Észak-Alföld	75,7	78,6	81,9	87,4	86,9	86,9	87,9	84,1	84,4	87,2	89,2	92,0
Dél-Alföld	72,8	72,0	73,2	91,3	97,6	90,6	88,2	85,8	83,0	86,2	87,4	90,9
Alföld és Észak	67,0	68,6	73,9	83,7	86,8	86,6	86,4	83,5	82,2	84,8	86,1	88,1

5. sz. melléklet folytatása

Mutató/dimenzió	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2.9.4.8. Az idősek otthonaiban ellátott 60 éven felüliek aránya tízezer azo- nos korúra					181,9	188,2	198,7	200,7	194,0	198,1	198,0	198,0
Közép- Magyarország	..	..	..	..	158,9	161,2	164,5	170,6	163,9	156,0	155,0	152,9
Közép-Dunántúl	..	..	..	..	167,3	171,3	187,7	187,2	175,8	184,7	189,0	186,1
Nyugat-Dunántúl	..	..	..	..	168,7	171,7	190,9	185,8	179,1	188,7	186,1	182,7
Dél-Dunántúl	..	..	..	..	204,5	209,1	229,8	232,3	232,4	244,4	241,1	239,6
Dunántúl	..	..	..	..	179,8	183,6	202,3	201,2	195,0	205,1	204,7	202,0
Észak- Magyarország	..	..	..	..	161,8	170,6	178,5	182,2	186,3	191,7	190,5	194,3
Észak-Alföld	..	..	..	..	204,8	223,2	229,4	238,8	227,6	232,8	232,6	236,9
Dél-Alföld	..	..	..	..	230,2	237,0	252,0	242,9	230,4	244,7	248,8	251,7
Alföld és Észak	..	..	..	..	200,0	211,4	221,3	222,6	215,8	224,3	225,4	220,9

ELÉGEDETTSÉGI KÉRDŐÍV**A kérdőív kitöltése ÖNKÉNTES, NÉV NÉLKÜLI és EGYSZERI.****Együttműködését előre is köszönjük!**Neme: ☐ Férfi ☐ Nő

Életkora:

Mióta él az intézményben?

Honnan (kitől) hallott az intézményről?

Kérem, jelölje be azt a számjegyet, amely a véleményét legjobban tükrözi!	Egyáltalán nem	Részben	Nem tudom eldönteni	Többnyire	Teljesen
Az intézetet az otthonomnak tekintem	1	2	3	4	5
Úgy érzem, hogy itt figyelnek rám	1	2	3	4	5
A problémámmal megfelelő szakemberek foglalkoznak	1	2	3	4	5
Az intézmény ápolói megértőek és barátságosak velem	1	2	3	4	5
Elégedett vagyok az ápolók munkájával	1	2	3	4	5
Gördülékeny az ügyintézés az irodában, az ügyintézők naprakész ismeretekkel rendelkeznek	1	2	3	4	5
Étkezés alkalmával mindig változatos és ízletes ételt kapok egészségei állapotomnak megfelelően	1	2	3	4	5
Lakókörnyezetem, valamint a közösségi helyiségek tisztaságával elégedett vagyok	1	2	3	4	5
Elégedett vagyok az épület állapotával	1	2	3	4	5
A szobámban minden évszakban megfelelő a hőmérséklet	1	2	3	4	5
Zavartalanul tudok beszélgetni családtagjaimmal, látogatóimmal	1	2	3	4	5
Az intézménybe érkezők útbaigazítására fontosnak tartom a portaszolgálatot	1	2	3	4	5
Elégedett vagyok az intézmény felszereltségével	1	2	3	4	5
Mindig van, olyan hely ahol zavartalanul imádkozhatom	1	2	3	4	5
A könyvek, az új ismeretek megélése hiányzik az életemből	1	2	3	4	5
Mindig tartalmasan telik el a napom	1	2	3	4	5
Szeretem a csoportos foglalkozásokat, felkészüléseket	1	2	3	4	5

Kérem, válaszoljon az alábbi kérdésekre!

Mit gondol, miben kellene változtatni ahhoz, hogy az otthonának tekintse az intézményt?

.....

.....

.....

.....

Milyen szórakoztató eszközöket hiányol a szabadidő eltöltéséhez?

.....

.....

.....

.....

Miben kellene Ön szerint fejleszteni az intézményt? Mi az, amivel elégedetlen?

.....

.....

.....

.....

Milyen programokkal színesítené a meglévőket? Mi az Ön érdeklődési köre?

.....

.....

.....

.....

Köszönjük a segítséget!

7. sz. melléklet

Normatíva alakulása a szociális és a gyermekvédelmi intézményekben, 2005–2010,

Ft/fő

Jogcímek	2005	2006	2007	2008	2009	2010
12. Szociális és gyermekvédelmi bentlakásos és átmeneti elhelyezés						
<i>a) Fokozott ápolást, gondozást igénylő ellátás</i>						
aa) Gyermek- védelmi külön- leges és speciális ellátás spec: 1 029 780	958 200	900 000	950 000	950 000	935 300	842 750
ab) Fogyatékos személyek, pszi- chiátriai és szenvedély- betegek bentlakásos intézményi ellátása	820 600	815 000	800 000	800 000	787 450	710 650
ac) Demens betegek bentla- kásos intézmé- nyi ellátása	820 600	815 000	800 000	800 000	787 450	710 650
<i>b) Átlagos ápolást, gondozást igénylő ellátás</i>						
ba) Otthont nyújtó ellátás	857 200	785 500	820 000	820 000	807 150	739 000
bb) Utógondozói ellátás	780 000	730 000	680 000	680 000	669 350	667 450
<i>bc) Átlagos szintű ápolást, gondozást nyújtó ellátás szociális intézményekben</i>						
bca) Időskorúak ápoló-gondozó otthoni ellátása	769 200	730 000	700 000	700 000	689 000	635 650
Szociális intézmények	Ellátottak száma: 1592 fő			Dolgozók száma: 636 fő		
Gyermekvé- delmi intézmények	Gyermekek száma: 1377 fő			Dolgozók száma: 585 fő		

8. sz. melléklet

Normatíva alakulása a szociális intézményekben, 2008–2012

<i>A normatív támogatás jogcíme</i>	<i>Éves normatíva összege (Ft/fő/év, Ft/szolgáltatás)</i>				
	2008	2009	2010	2011	2012
Fogyatékos személyek, pszichiátriai és szenvedélybetegek bentlakásos intézményi ellátása	800 000	787 450	710 650	710 650	710 650
Demens betegek bentlakásos intézményi ellátása	800 000	787 450	710 650	710 650	710 650
Időskorúak ápoló-gondozó otthoni ellátása régi ellátottak esetén	700 000	689 000	635 650	635 650	635 650
Időskorúak ápoló-gondozó otthoni ellátása új ellátottak esetén (ÖNYM 150% alatt)	785 000	-	-	-	-
Időskorúak ápoló-gondozó otthoni ellátása új ellátottak esetén (ÖNYM 150% fölött)	700 000	-	-	-	-
Átmeneti elhelyezést nyújtó ellátás	-	-	-	635 650	635 650

9. sz. melléklet

Térítési díj és normatíva bevétel alakulása a Bihari Szociális NKft-nél

Térítési díj bevétel alakulása, 2008–2012 (ezer forint)

<i>Intézmény neve, székhelye</i>	2008	2009	2010	2011	2012
Szakosított Ellátást Végző Központ, Derecske	90 321	90 326	97 234	103 918	104 558
Idősek Otthona, Hajdúszoboszló	153 412	153 474	149 296	137 040	162 161
Fogyatékosok Otthona, Komádi	54 647	65 575	84 503	92 923	102 023
Pszichiátriai Betegek és Értelmi Fogyatékosok Otthona, Bátorfő	91 328	109 685	118 873	126 547	136 939

Normatíva bevétel alakulása, 2008–2012

<i>Intézmény neve, székhelye</i>	2008	2009	2010	2011	2012
Szakosított Ellátást Végző Központ, Derecske	128 000	126 216	113 089	113 890	113 664
Idősek Otthona, Hajdúszoboszló	139 283	161 347	160 112	161 188	160 880
Fogyatékosok Otthona, Komádi	66 552	100 938	123 605	126 189	132 327
Pszichiátriai Betegek és Értelmi Fogyatékosok Otthona, Bátorfő	173 736	178 608	172 285	180 876	181 339

10. sz. melléklet

Intézményi térítési díjak alakulása, 2008–2012

Bihari Szociális Nonprofit Kft.

Intézmény neve, székhelye	Ellátási forma	2008	2009	2010	2011	2012
Szakosított Ellátást Végző Központ, Derecske	értelmi fogyatékosok/pszichiátriai betegek ellátása	73 710	93 300	93 300	80 250	90 600
	idősek ellátása		83 400			
Idősek Otthona, Hajdúszoboszló		63 810	/	63 600	51 750	72 450
			76 500			
	demens/pszichiátriai ellátás	55 500	75 300	57 300	45 600	66 300
Fogyatékosok Otthona, Komádi	fogyatékosok ápoló-gondozó ellátása	89 250	104 700	82 800	63 000	78 900
	fogyatékosok lakóotthoni ellátása (ápoló-gondozó)	-	104 700	82 800	63 000	70 800
Pszichiátriai Betegek és Értelmi Fogyatékosok Otthona, Bátorfő	értelmi fogyatékosok/pszichiátriai betegek/szenvedélybetegek ellátása	73 020	73 200	63 900	55 200	67 650
	átmeneti ellátás	-	-	-	61 500	73 950

Hajdúsági Szociális Nonprofit Kft.

Intézmény neve, székhelye	Ellátási forma	2008	2009	2010	2011	2012
	értelmi					
	fogyatékosok/pszichiátriai betegek/demens ellátása	54 420	71 100	72 150	68 400	83 700
Hajdúnánás	idősek ellátása		79 500			
		62 760	/	78 300	74 700	90 000
			72 450			
Nyíradony	pszichiátriai ellátás	67 320	55 050	58 800	64 650	72 750
	átmeneti ellátás	-	-	-	-	79 050
	fogyatékosok ápoló-gondozó ellátása	-	-	78 150	64 200	76 500
Balmazújváros	fogyatékosok rehabilitációs ellátása	63 780	67 200	78 150	64 200	76 500
	idősek ellátása		75 450			
		72 120	/	84 450	70 350	82 650
			68 400			
	idősek ellátása		73 350			
Mikepércs		68 190	/	77 850	70 650	85 050
			66 300			
	demens ellátás	59 910	65 100	71 550	64 350	78 750

11. sz. melléklet

Az ellátottak számának alakulása egyes kiemelt szolgáltatások esetében

<i>Szolgáltatástípus</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>	<i>Változás (2000=100,0)</i>
Szociális étkeztetés	98 158	146 443	149,2
Házi segítségnyújtás	40 292	75 054	186,3
Családsegítés (igénybevételek száma)	273 948	467 014	170,5
Nappali ellátás (idős, fogyatékos, szenvedély-, pszichiátriai beteg), hajléktalanok ellátása nélkül	42 110	50 417	119,7
Átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézmény	9 321	12 039	129,2
Tartós bentlakásos szociális intézmény	62 862	76 189	121,2

Forrás: KSH, 2013c: Társadalmi helyzetkép, 2010, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2013.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetemet fejezem ki *Prof. Dr. Nagy János* centrumelnök úrnak, a Kerpely Kálmán Doktori Iskola vezetőjének, hogy lehetőséget biztosított a kutatásaim elvégzésére.

Szakmai tanácsaiért köszönettel tartozom konzulensemnek, *Prof. Dr. Baranyi Béla* egyetemi tanárnak, a Debreceni Egyetem Agrár- és Gazdálkodástudományok Centruma Mezőgazdaság-, Élelmiszertudományi és Környezetgazdálkodási Kar Földhasznosítási, Műszaki és Területfejlesztési Intézet Terület- és Régiófejlesztési Tanszék vezetőjének.

Köszönöm továbbá bírálóimnak, hogy javaslataikkal, észrevételeikkel hozzájárultak az értekezés elkészítéséhez.

NYILATKOZAT

Ezen értekezést a Debreceni Egyetem Agrár- és Gazdálkodástudományok Centruma Mezőgazdaság-, Élelmiszertudományi és Környezetgazdálkodási Karán, a Kerpely Kálmán Doktori Iskola keretében készítettem, a Debreceni Egyetem doktori (Ph.D.) fokozatának elnyerése céljából.

Debrecen, 2013. június 25.

.....
a jelölt aláírása

NYILATKOZAT

Tanúsítom, hogy Verdó György doktorjelölt 2010–2013 között a fent megnevezett Doktori Iskola keretében irányításommal végezte munkáját. Az értekezésben foglalt eredményekhez a jelölt önálló alkotó tevékenységével meghatározóan hozzájárult, az értekezés a jelölt önálló munkája. Az értekezés elfogadását javaslom.

Debrecen, 2013. június 25.

.....
a témavezető aláírása