

6. Szociális ellátórendszer³

VELKEY GÁBOR

Területi kihívás: A szociális ellátórendszer ellátási egyenlőtlenségei állandósultak

A személyes szociális szolgáltatások szerepe egy-egy életszakaszban illetve élethelyzetben kiemelt jelentőségűvé válhat. Ezek jellemzően olyan helyzetek, amelyeket az egyén vagy a család önmagában már nem képes kezelni, illetve a közvetlen környezet segítségnyújtása súlyosan romboló módon hathat vissza magára a környezetre és annak tagjaira. Az ilyen helyzetekben a szélesebb társadalmi környezet, közösség segítése nélkülözhetetlen.

Magyarországon is dominánsan az állam által szabályozott és szervezett, többnyire intézményes keretek között működő, közösségi felelősségvállaláson alapuló személyes szociális szolgáltatási rendszer működik, amit – különböző arányban és formában – magán (piaci) szolgáltatások egészítenek ki. Az állami szabályozás dominanciájából értelemszerűen következik, hogy a közösségi felelősségvállaláson alapuló megfelelő minőségű szolgáltatásokhoz történő kiegyensúlyozott hozzáférés biztosítása az állam felelőssége.

Az önkormányzati rendszer felépítéséből (Somlyódyné Pfeil 2003), a települések lényegesen eltérő teherbíró képességéből (Hoffmanné Németh, Hoffman 2003) és a jogszabályokban rögzített feladatleosztásból (Hoffman 2011) következően a hazai intézményes szociális ellátásokat a kétezres évek első évtizedében súlyos ellátási egyenlenségek, színvonalbeli különbségek jellemezték (Mózes 2011; Velkey 2017).

A nagyobb települések kötelező szolgáltatásai a kisebb településeken élők többsége számára elérhetetlenek maradtak. A kisebb településeken élő, jó érdekérvényesítő, kedvezőbb anyagi helyzetben lévők kapcsolataik révén vagy „formális beköltözéssel” képesek voltak a magasabb szintű ellátások elérésére. A legrosszabb helyzetű, jellemzően aprófalvas térségekben a problémák halmozott jelenléte miatt súlyos ellátási hiányok alakultak ki: 2005-ben például a települések egynegyedében nem volt helyben elérhető egyetlen személyes szociális alapszolgáltatás sem (Rácz 2008), 2007-ben pedig a települések több mint felében nem működött házi segítségnyújtás.

³ A fejezet részletei más megközelítésben és tematikával, de megjelentek a Velkey (2019) tanulmányban.

Az alapszolgáltatások elérhetőségének színvonalbeli különbségei és hiányai jelentősen megterheltek a szakosított (bentlakásos) ellátórendszert. A szakosított ellátások kapacitásainak szabályozását pedig nagyban akadályozták önként vállalt önkormányzati és a magán- vagy egyházi szolgáltatások.

Miután a rendszer érdemi átalakításához szükséges politikai konszenzus esélye minimális volt, a „megkövesedett önkormányzati rendszer” keretei között a többcélú önkéntes társulásokkal próbálták rendezni a szociális szolgáltatások területi rendszerében (is) létrejött súlyos ellátási egyenetlenségeket a 2000-es években. Ez a törekvés több ok miatt sem hozott érdemi áttörést, egyes szolgáltatásokban azonban kimutathatók voltak előrelépések. A létrejött társulások többsége az előírt rendkívül szigorú feltételek teljesítésének nehézségei miatt (Velkey 2017) csupán egy-egy konkrét feladat közös megoldására törekedett, a közszolgáltatások szélesebb körét átfogó együttműködések száma elenyésző volt; a korábbi mikrotérési együttműködések az új szabályok nem támogatták. Az önkormányzatok számára kötelező házi segítségnyújtást 2007-ben alig 325 település biztosította többcélú társulás keretében, 635 továbbítve a korábbi intézményfenntartó társulást, 1035 településen pedig továbbra sem volt elérhető helyben a szolgáltatás. Legnagyobb számban (755, illetve 732 település) többcélú együttműködések a gyermekjóléti szolgáltatás és a családsegítés területén jöttek létre, aminek eredményeként számos kistépülésen válhattak elérhetővé ezek a szolgáltatások (lásd még a kötetben Keller 2020). Az új társulási forma bevezetésének köszönhető a jelzőrendszeres házi szociális ellátás kisebb településeken történő megjelenése, és a bevont települések szakembereinek bekapcsolódása a nagyobb szolgáltatási egységek módszertanilag, szakmailag felkészültebb közösségeibe (Balázs, Kovács 2012); a hálózatos szolgáltatásszervezés eredményei továbbá kimutathatók a felszereltség és az infrastrukturális feltételek javulásában is (Gellén 2007; Hamar 2008).

Empirikus kutatások ugyanakkor arra is felhívták a figyelmet, hogy a létrejött társulások a körzeti feladatokat gyakran ugyanolyan létszámmal és változatlan feltételek mellett oldották meg, ami megkérdőjelezi a valós területi kiterjesztést (Nikitscher, Velkey 2012). Ennek oka a pénzügyi ösztönzőkben keresendő, a többletforrások ugyanis azokat a központi fekvésű önkormányzatokat tették érdekeltté a társulások létrehozásában, melyek korábban már saját településükön megszervezték az adott szolgáltatást, így annak formális kiterjesztése nem igényelt érdemi többletköltséget.

A szabályozott kapacitások és a plurális szolgáltatási rendszerben is nélkülözhetetlen szolgáltatási felelősség érdekében a szociális törvény 2003-as módosításakor az egyházi és nem állami szolgáltatók normatív támogatásának feltételeként előírták a szolgáltatási kötelezettséggel terhelt önkormányzattal kötött ellátási szerződést. Ennek értelmében csak az önkormányzati ellátások helyett, vagy a hiányok pótlására léphettek volna be külső szolgáltatók, és a kötelező ellátás terhét viselő önkormány-

zat velük szemben pénzügyi értelemben is felelősséggel rendelkezett. Az elfogadott módosítást azonban az egyházi közszolgáltatás szabad választhatóságára hivatkozva az Alkotmánybíróság megsemmisítette, és kimondta az egyházi intézmények szabad belépésének jogát a szociális szolgáltatások területére is, továbbá előírta az intézményalapú feladatfinanszírozást.

A kapacitások direkt szabályozása ezzel lehetetlenné vált, így a jogosultsági feltételek és a működési engedélyek szigorításával törekedtek a drágább bentlakásos ellátások irányába tolódó igények korlátozására. Ugyanakkor nyilvánvalóvá vált, hogy az alapellátás fejlesztése nélkül a súlyos alapellátási hiányok nem kezelhetők. Ezt végül a házi szociális gondozás fejkvótaalapú finanszírozásának bevezetésével igyekeztek elérni, aminek hatására néhány év alatt lényeges előrelépés történt. 2006-ban még 1988 településen nem volt helyben elérhető a házi szociális gondozás, 2014-ben már csak 470 településen nem volt elérhető a szolgáltatás. Ez lényegében azt jelenti, hogy ahol valós szolgáltatási igény merült fel, ott biztosított is volt annak igénybevétele. Az azóta eltelt időszakban ez az ellátási szint állandósult, a kisebb változások a demográfiai folyamatokat követik (2018-ban 595 településen nem volt szolgáltatás). Az ellátatlan települések számának csökkenésével párhuzamosan nőtt a gondozottak száma is. Békés és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében például közel négyszeresére, de a növekedés üteme minden megyében meghaladta vagy megközelítette a kétszeres értéket (6.1. ábra).

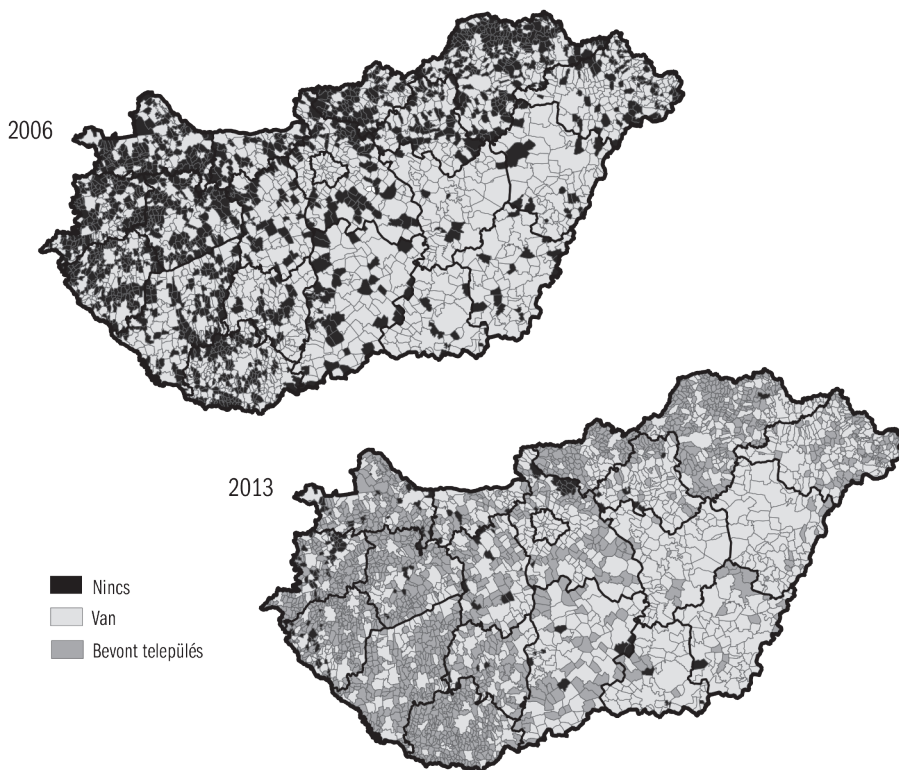
Az adatok és empirikus kutatások alapján a gyors előrelépés a nem állami szolgáltatóknak köszönhető. A civil szervezetek változó jogszabályi és finanszírozási keretekre adott rugalmas és gyors reagálását jelzi, hogy miután az alapnormatíva és az egyházi kiegészítéssel megemelt normatíva különbsége dinamikusan nőtt, a nem önkormányzati szervezetek egyre nagyobb arányban egyházi fenntartásúvá alakultak át (Velkey 2019).

Az új szolgáltatók megjelenése és gyors térnyerése az önkormányzati alapellátást is változásra kényszerítette. Kezdetben konfliktusok alakultak ki a kliensek átcsőbízása, a nagyobb gondozási szükséglet „elengedése”, illetve az agresszív „ügyféltoborzási” módszerek miatt. Az ellenőrzések, felülvizsgálatok erősítését követően a konfliktusok oldódtak, erősödött azonban az egyházi fenntartásban működő szolgáltatók versenylőnye (Velkey 2017).

A jogszabályi változások következtében a szakosított ellátások (ápolást, gondozást és átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények) területi szerkezete és volumene stabilizálódott. A gondozottak számának éves változása kisebb hullámzásokkal követte az előregedés mértékét. A szakosított ellátást nyújtó intézményi férőhelyek között a nem önkormányzati fenntartók aránya 2006-ban a megyék többségében 10–20% között alakult, magasabb arány csak Hajdú-Bihar (39%), Győr-Moson-Sopron (31%), illetve Pest megyében és Budapesten (60–60%) volt megfigyelhető. A következő néhány

évben az önkormányzati fenntartású férőhelyek aránya enyhe csökkenésnek indult, a nem önkormányzatiaké pedig hasonló arányú növekedést mutatott. Vagyis itt is egyre több önkormányzati intézmény került egyházi fenntartásba. A folyamat 2012 után újabb lendületet kapva 2014-re megfordította a korábbi arányokat, ekkorra az önkormányzati intézményi férőhelyek aránya meggyenként 20–45%-ra csökkent.

6.1. ábra: A házi segítségnyújtás elérhetősége Magyarországi településein, 2006, 2013



Adatok forrása: SzocÁIR.

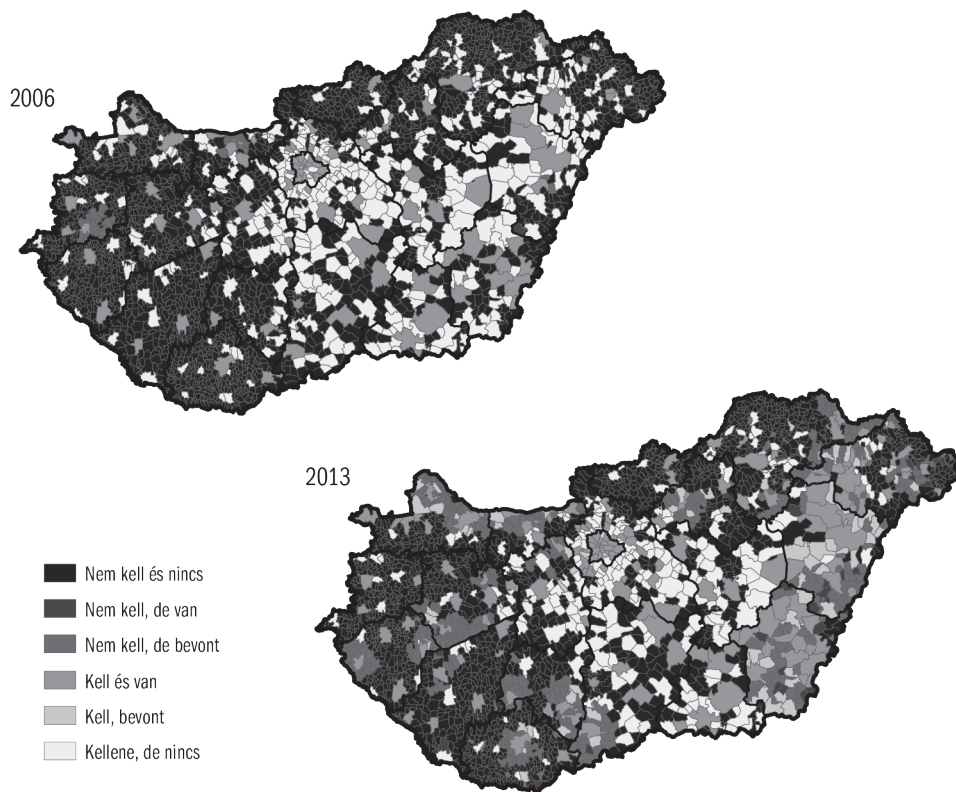
Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények férőhelyei az összes szakosított ellátáson belül a megyék többségében legfeljebb 10% körüli volt, és a hajléktalanok átmeneti elhelyezése miatt egyedül Budapesten közelítette meg a 45%-ot. A nem önkormányzati szolgáltatók aránya e szolgáltatásnál az alacsony intézményszám miatt még nagyobb szóródást mutat.

A nappali ellátások közül a fogyatékosok, pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek ellátásában szintén fontos változásokat hoztak a 2010 előtti évek. Az engedélyezett

férőhelyek tízezer főre vetített száma növekedett, de továbbra is alacsony maradt és hatalmas területi eltéréseket mutatott. Az ellátásokra kötelezett tízezer főnél nagyobb városoknak csak a töredékében voltak elérhetőek a szolgáltatások. A pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek esetében a tízezer lakosra jutó férőhelyek a megyék átlagában 2006-ban nem érték el az egy főt, ami napjainkra is csak három főre növekedett.

A fogyatékosok nappali ellátásában részt vevők tízezer lakosra jutó számának megyék szerinti eloszlása ezzel szemben már 2006-ban is 1–9 fő között alakult, ami 2014-re 2–24 közöttire nőtt (6.2. ábra). Vagyis jelentős területi különbségek alakultak ki, amelyek elsősorban helyi, megyei sajátosságokra, a hagyományokra, valamint a civil kezdeményezések és civil aktivitás ezekkel is összefüggő különbségeire vezethetők vissza (Velkey 2017).

6.2. ábra: A fogyatékosok nappali ellátásának elérhetősége Magyarország településein, 2006, 2013



Adatok forrása: SzocÁIR.

Területi politika: A szociális ellátásokban és szolgáltatásokban átalakult az állam szerepe és feladata

A szociális ellátórendszer mai állapota több év alatt, a korábbiakkal szemben radikális változást eredményező jogalkotási folyamat után alakult ki, aminek része volt az Alaptörvény elfogadása, a közigazgatási és önkormányzati rendszer teljes átalakítása, majd a szociális ellátások és szolgáltatások rendszerének ezekhez több lépésben történő hozzáigazítása. A leglényegesebb változások 2006–2013 között következtek be, így e kötet 2010-ben kezdődő időtávján túlmutatnak.

A 2010-es parlamenti választások után újragondolták az állam szerepét és feladatait. Ennek során az alkotmányos rendszert és az állam irányítása alá tartozó minden további részrendszert, így a vizsgálatunk szempontjából lényeges közigazgatást, önkormányzati rendszert és a humán közszolgáltatások mindegyikét, közöttük a szociális ellátások teljes rendszerét is alapjaiban változtatták meg. Megmaradt az önkormányzati rendszer szétaprózottsága, a kötelező feladatokat pedig a településeket hat méretkategóriába (község, város, járásszékhelyváros, megyei jogú város, főváros, fővárosi kerület) sorolva határozták meg, azzal a kiegészítéssel, hogy a városok a vonzáskörzetük (vagy a járás, a megye, illetve a főváros) egész területének ellátásáért is felelnek. A társulásban történő és a magasabb szinten előírt feladatellátás lehetősége azonban fennmaradt.

A megyei önkormányzati szférától elvont szakosított szociális ellátások az állam közvetlen irányítása alá kerültek. Az önkormányzatoknál maradó intézményes szolgáltatások megszervezésében fontos szerepe maradt a települések teherbíró képességének és az ellátásra szorulóknak számának. A központi normatívák között felhasználása és a megmaradó fenntartói hozzájárulás miatt tovább nőtt a központi költségvetéstől való függőség és a pénzügyi szabályozóknak való kiszolgáltatottság.

Az önkormányzati és a szociális törvény a települési önkormányzatok között a szociális étkeztetést és a házi segítségnyújtást minden település kötelező alapszolgáltatásaként határozta meg. A falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás nem kötelező feladat, az előbbi a hatszáz főnél kisebb településeken nyújtható, az utóbbi pedig akkor, ha a külterületen vagy egyéb belterületen hetvennél több, de négyszáznál kevesebb lakos él. Családsegítő szolgálatot a polgármesteri hivatalt fenntartó településeken kell működtetni, háromezer fő fölött az idősek nappali ellátásáról, tízezer fő esetén pedig minden nappali ellátásról (fogyatékosok, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek számára) gondoskodni kell. Harmincezer fő fölött jelentek meg a kötelező szakosított ellátások közül az időskorúak gondozóháza, az éjjeli menedékhely és a hajléktalanok átmeneti elhelyezése. A megyei jogú városokban, ha a szolgáltatás iránti igény felmerül, meg kell szervezni a hajléktalanok otthonát és a hajléktalanok rehabilitációs ellátását. Minden további szakosított ellátást az állam biztosít (fogyá-

tékosok gondozóháza, fogyatékosok, pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek átmeneti otthona).

A szakosított ellátások között új formaként jelent meg a támogatott lakhatás, mely a fogyatékos személyek, pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek részére biztosít az életkornak és az egészségi állapotnak megfelelő, önálló életvitel fenntartását lehetővé tevő lakhatást. A támogatói szolgálat továbbra sem kötelező feladat, a korábban kötelező jelzőrendszeres házi segítségnyújtás és az utcai szociális munka pedig kikerült a kötelező feladatok közül.

Az önkormányzati kötelező feladatok köre tehát kismértékű szűkítéssel, de jellemzően továbbvitte a korábbi években kialakult szolgáltatási szerkezetet. A szűkítés többségében olyan szolgáltatásokhoz kapcsolódott, melyeket az ellátásra kötelezett települések nem vagy legfeljebb formálisan nyújtottak. Lényeges visszalépés a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban következett be.

Az alapszolgáltatásokhoz történő hozzájárulás megszervezéséért a lakóhely önkormányzata a felelős, amit saját vagy társulásban fenntartott intézmény, szolgáltató révén, illetve más szolgáltatást nyújtó intézmény fenntartójával kötött megállapodás vagy ellátási szerződés révén láthat el. Az adatok szintjén kimutatható korlátozott előrelépés leginkább a finanszírozási rendszerbe beépített pénzügyi érdekelttség eredménye. Fontos előrelépés, hogy az új társulási szabályok lehetővé teszik a mikrotér-ségi együttműködések is, ami a pénzügyi ösztönzőkkel együtt növelte a társulási hajlandóságot.

A nem önkormányzati (jellemzően egyházi) szolgáltatókkal kötött megállapodások szerepe az egyházi kiegészítés növekedésének köszönhető. A normatív támogatások rendszerének és összegének 2013-as érdemi átrendezését követően az akkor rögzített 57,9%-ról 2016-ra 71,4%-ra nőtt a támogatás, miközben a gazdasági társaságok és egyéni vállalkozások az új szabályok szerint az alaptámogatásoknak is csupán a 30%-át kaphatták meg. A korábban vállalkozásban működtetett szolgáltatók rövid idő alatt alapítványi vagy egyházi fenntartóra váltottak.

Az adatok alapján sem a szakosított ellátások, sem pedig a nappali ellátások esetében nem hozott érdemi változást az új rendszer bevezetése. A szakosított ellátások közül a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek és a fogyatékosok otthona és rehabilitációs szolgáltatása térben talán kiegyensúlyozottabb lefedettségűvé vált, ám a férőhelyek továbbra is szűkösek, miközben az ellátásra szorulóok száma évről évre növekszik. A fogyatékosok nappali ellátásának enyhe kapacitásnövekedése nem oldotta, hanem tovább növelte az ellátásban korábban is jellemző markáns területi különbségeket. Az ellátásokhoz történő hozzáférés a szolgáltatásra kötelezett települések többségében nem biztosított. A pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek nappali ellátására mindez fokozottan igaz, amit a szolgáltatás iránti igény hiányával magyaráznak az érintett városok.

Irodalom

- BALÁZS É., KOVÁCS K. (szerk.) (2012): *Többcélű küzdelem: Helyzetképek a kistérségi közoktatásról*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet (OFI), Budapest.
- GELLÉN M. (2007): *A közigazgatási rendszer átalakítása és az önkormányzatok helyzete*. Századvég Közigazgatási Akadémia, Budapest.
- HAMAR A. (2008): Együtműködésre kényszerítve. Többcélű feladatellátás egy aprófalvas kistérségben. In: Kovács K., Somlyódy Péter E. (szerk.): *Függőben. Közszolgáltatás-szervezés a kistérségek világában*. KSH ROP 3.1.1. Programigazgatóság, Budapest, 371–406.
- HOFFMAN I. (2011): A helyi önkormányzatok szerepe a személyes jellegű szociális szolgáltatások szervezésében. *Esély*, 6., 35–63.
- HOFFMANNÉ NÉMETH I., HOFFMAN I. (2003): Gondolatok a közszolgáltatásoknak a települések teherbíró képességéhez igazodó községi, mikrokörzeti és kistérségi differenciált szervezéséről, néhány, a finanszírozást érintő javaslattal. *Magyar Közigazgatás*, 8., 458–472.
- KELLER J. (2020): *Koragyerekkori szolgáltatások*. Jelen kötetben.
- MÓZES P. (2011): Szociálpolitika jövő időben. *Esély*, 6., 3–34.
- NIKITSCHER P., VELKEY G. (2012): „Mert az iskolának maradnia kell!": Közoktatási feladatellátás a Pásztói kistérségben. In: Balázs É., Kovács K. (szerk.): *Többcélű küzdelem: Helyzetképek a kistérségi közoktatásról*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet (OFI), Budapest, 207–241.
- RÁCZ K. (2008): Szociális feladatellátás a kistérségekben és a többcélű kistérségi társulásokban. In: Kovács K., Somlyódy Péter E. (szerk.): *Függőben. Közszolgáltatás-szervezés a kistérségek világában*. KSH ROP 3.1.1. Programigazgatóság, Budapest, 183–210.
- SOMLYÓDY PÉTER E. (2003): *Önkormányzati integráció és helyi közigazgatás*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, Pécs.
- VELKEY G. (2017): Az állam és az önkormányzatok. In: Ferge Zs. (szerk.): *Magyar társadalom- és szociálpolitika (1990–2015)*. Osiris Kiadó, Budapest, 125–160.
- VELKEY G. (2019): A személyes szociális szolgáltatások legfontosabb jellemzői, területi különbségei és változásai hazánkban az elmúlt huszonöt évben. *Deliberationes*, 1., 80–94.