

A szociális ellátórendszer jellegzetességei, korprofilja és területi megoszlása

Goldmann Róbert – Gyetvai Gellért – Mester Dániel¹

10.61501/TRIP.2016.17

1. A szociális rendszerről

Ha szociális ellátórendszerről beszélünk, jobbára a rendszerváltás utáni időszak jut eszünkbe. Ennek oka, hogy bár létezett a szolgáltatásoknak egy jól körül írható csoportja korábban is, ezek következetes rendszerbe foglalására csak 1989 után került sor. Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, illetve az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló jogszabályok fektették le, fogták össze a szociális szabályozás alapjait. Ezek után, bár a szolgáltatások kifejlődése nem volt se térben, se időben egyenletes, sem zökkenőmentes (Bugarszki 2004, 2006; Szalai 2004), a szektor mégis gyors növekedésnek indult.

Jelenleg a pénzbeli és természetbeni támogatásokból 17-féle² áll a rászorulóknak rendelkezésére az időskorúak járadékától a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményig. A szociális szolgáltatások négy ellátási formában 31 ellátási típusban és 77 altípusban³ nyújtanak ellátást havonta mintegy 600 ezer főnek. A szolgáltatók száma több mint 14 500. A havonta regisztrált ellátási aktusok száma mintegy 13 millió, csak a jelentésre kötelezett ellátásokban.⁴ A szolgáltatások között ugyanakkor különbségek vannak befektetett értékek, energia és intenzitás terén. Míg egy ápoló-gondozó otthonban élő kliens napi 24 órás felügyelet mellett kvázi kórházi ellátásban részesül, addig egy nappali ellátásban, szociális étkeztetésben ellátást igénybe vevőre fordított energiák és támogatások ennél jóval alacsonyabb szinten mozognak (nem is beszélve

¹ A tanulmány szerzői mindahányan első szerzőnek számítanak.

² Minden altípust külön számolva, mint pl. a közgyógyellátás többféle formáját (a hivatkozott jogszabályok által definiált támogatásokat számba véve).

³ Ezeket legtöbbször az ellátási célcsoport különbözteti meg, mint pl. nappali ellátás idősek és fogyatékkal élők részére.

⁴ 2012-óta a szolgáltatások többségének kötelezően regisztrálnia kell tevékenységét egy központi rendszerbe (központi elektronikus igénybevevői nyilvántartási rendszer – KENYSZI). Kivételek: falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, népkonyha, szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása, utcai szociális munka, alternatív napközbeni ellátás, házi gyermekfelügyelet, illetve a vizsgálat időpontjában ide tartoznak még a családsegítés és a gyermekjóléti szolgáltatás ún. „egy találkozással” esetei és a gyermekjóléti központ néhány szolgáltatása.

az infrastruktúráról). A különbségek a gondozási, ellátási igények közötti eltérésekből fakadnak.

Tanulmányunkban a szociális ellátórendszer szolgáltatási ágán, a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi alap- és szakellátások példáján szeretnénk bemutatni néhány rendszerformáló hatás lenyomatát.

2. Rendszerformáló hatások

Akár hihetnénk, hogy a szociális rendszer nem más, mint a kliens-/ellátotti/igénybe vevői igényekre adott válaszok összessége. A valóság ettől azonban bonyolultabb: sokszor láthatatlan, látens erőviszonyok alakítják, formálják, amely miatt a szolgáltatásoknak egy sajátos szövete jön létre, ahol a szolgáltatások lefedettsége, nemek és életkor szerinti megoszlása ebből következően is gyakran egyenlőtlen.

A szolgáltatások kiépülését egyrészt maguk a szféra szereplői is képesek befolyásolni. Ez volt az oka például annak, hogy 1998-ra az 1993-as törvény által nevesített új szociális szolgáltatások⁵ közül több csak részlegesen épült ki az előírt határidőre (Bugarszki 2004:108, 2006; ÁSZ 2000).

Másrészt a szakmapolitika hatása is könnyen tetten érhető, például a központi szolgáltatásszervezésben,⁶ esetleg annak látszólagos hiányában.⁷ Egy példa: a közösségi ellátások 2004 után erőteljes növekedésnek indultak, 2008-ig 126 pszichiátriai közösségi szolgáltatás jött létre. Ekkor azonban a finanszírozás normatív támogatásról pályázatos, zárt szisztémára váltott.⁸ Az áttérés egyik hatásaként a következő évben 44 szolgáltató nem nyert befogadást a szolgáltatási rendszerbe, az ellátók száma így 2015-ig 81–84 között mozgott.

Ezen kívül számolnunk kell a fenntartói típusok hatásaival,⁹ a nemzetközi trendek befolyásával (lásd Hoffmann 2013; Mózer 2014), továbbá a legalapvetőbbekkel, az országrészek közötti fejlettségi, foglalkoztatási és jövedelmi egyenlőtlenségekkel is.

Szalai Júlia a segélyezési rendszert elemezve a szociális szférától szokatlan metaforával él, amikor azt írja „Ennél is fontosabb az az *üzemszerűség*, amellyel a szociálpolitika e jelentős alrendszere rejtett társadalmi és gazdasági funkciók egész sorát látja el” (Szalai 2004: 20. – kiemelés az ere-

⁵ A nevesített 17 szociális szolgáltatás közül 2-3 számított valóban újnak, a többi korábban is létezett, de átfogó, egységes szabályozás nélkül (lásd Bugarszki 2004:101).

⁶ Lásd 239/2006 (XI. 30.) kormányrendelet (irányított területi kiegyenlítési rendszer).

⁷ Mindig van központi irányítás, csak néha látens módon.

⁸ 2016. január 1-jétől ismét nyitottá vált a támogatási rendszer.

⁹ Központi kormányzati, önkormányzati, non-profit nem állami, egyéb nem állami és egyházi fenntartók.

detiben). A szerző a rendszer olyan funkcióira kívánja felhívni a figyelmet, amelyek gyakran takarásban maradnak: tudniillik, a szociális rendszer nem csupán válasz a szociális kérdésekre, hanem egyben aktív társadalomalakító és politikai tényező is. Így a szociális rendszer sosem redukálható le csupán a szegénységi és egyéb rászorultsági igényekre történő reflexiók összességére (lásd Szalai 2005: 5.).

Míg az ellátotti oldalon többnyire¹⁰ valós igények és társadalmi folyamatok igyekeznek csíráztatni a szolgáltatásokat, addig a szakmapolitikai oldalon egészen más, esetleg a gyakorlatlan szem számára láthatatlan háttérerők és érdekek mentén születnek a döntések. Szalai leírja, hogyan jött létre ezek hatására, lényegében a semmiből egy gigarendszer, hogyan hozta létre – mintegy „mellékesen” – egyetemi szakok sokaságát, munkahelyek tízezreit, és ezzel új megélhetési formák tömegét, egy új „iparágat” a rendszerváltás társadalmi problémáira adott egyik válaszként.

A hatások mechanizmusát e tanulmányban nem vizsgálhatjuk, de bemutathatjuk, mit eredményez ezek összessége. A következőkben felvázolt nemek szerinti megoszlások, korprofilok és területi különbségek e sokrétű hatásrendszer együttes lenyomatait kívánják bemutatni.

3. Az adatokról

A szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások egyik új eleme az egységes központi igénybe vevői nyilvántartási rendszer (KENYSZI),¹¹ amely taj alapú, benne 2012 márciusától a szolgáltatók többségének kötelező regisztrálnia a napi ellátási cselekményeit (lásd még Goldmann–Mester–Mód szerk. 2013). Az intézmények által a KENYSZI-be feltöltött adatok három fő csoportba sorolhatók: igénybe vevői,¹² szolgáltatással kapcsolatos és igénybevételi adatok.

2015 októberéig közel 1,3 millió ember adatait rögzítették a rendszerben (nem, életkor, lakhely stb.). Közülük mintegy 600 ezren vesznek igénybe szolgáltatást havonta (és naponta!). Az adatállomány igen dinamikus, naponta változik a megállapodásokban történt változások, korrekciók és az igénybevételi bejegyzések következtében. Egy ilyen állomány alapstatisztikai elemzése csak úgy képzelhető el, ha keresztmetszeti mintát veszünk, például egy kiválasztott napot vizsgálunk. Ez a nap jelen esetben 2015. november 30-a.

¹⁰ „Többnyire”, mivel nem csak az igények érlelnek ki szolgáltatásokat, de a szolgáltatások is kreálnak igényeket.

¹¹ A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) által működtetett rendszer bevezetését a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról szóló 226/2006. kormányrendelet írta elő.

¹² A tanulmányban az ellátottak és az igénybe vevők kifejezéseket szinonimaként fogjuk használni.

Mindez nem véletlenszerű. Egy olyan hónapról és napról van szó, amely reprezentatív értékkel bír az éves tevékenység egészére is.¹³ Ez pedig rávilágít az adatbázis egy fontos tulajdonságára: az alapvető ellátotti és területi ismérvek (pl. az általunk vizsgált változók megoszlásai) az adatok dinamikussága mellett is csak minimális változatosságot mutatnak. Így a tanulmányban bemutatott jellemzők nemcsak adott ponton, de hosszabb időtávon is hitelesen írják le a szféra egészét.

A másik fő adatforrásunk az ún. szolgáltatói nyilvántartási rendszer (MÜKENG), amely egy, az NRSZH által közhitelesen vezetett, működési engedélyeket és ahhoz kapcsolódó adatokat bíró adatbázis.¹⁴ Az előző adatbázishoz hasonlóan ez is igen dinamikus adatsor, amely napi szinten követi a szolgáltatói szférában bekövetkező változásokat (fenntartói, szolgáltatói és intézményi szinten). A MÜKENG nyilvántartási rendszer mintegy 14 500 szolgáltató hiteles adatait rögzíti és tárolja.

4. Az ellátottak együttes és nemek szerinti megoszlása

Az ellátórendszerben a vizsgált időszakban 590 134 személy kapott ellátást, akiknek a 39,6%-a csupán a férfi. A nők dominanciája vitathatatlan. 100 nőre számítva mindössze 65,5 férfi jut a teljes populációt figyelembe véve. Az 1. táblázat a nemek alapmegoszlásait mutatja ellátási formánként.

1. táblázat. *Ellátottak együttes és nemek szerinti megoszlása ellátási formánként, 2015. nov. 30.*

Ellátási forma	Ellátottak száma	Megoszlás (%)	100 nőre jutó férfi
Gyermekjóléti alapellátások	138 369	19,5	109,2
Gyermekvédelmi szakellátások	24 031	3,4	122,5
Szociális alapellátások	454 271	63,9	51,7
Szociális szakosított ellátások	93 832	13,2	69,7
<i>Összesen</i>	<i>710 503^a</i>	<i>100,0</i>	<i>65,5^b</i>

Forrás: KENYSZI adatbázis

Megjegyzés: ^a Az ellátottak száma azért magasabb a korábban említett 590–600 ezernél, mert sok esetben egy ellátott több ellátási formában, típusban is beszámításra kerül, lévén több helyen veszi igénybe szolgáltatást, így a magasabb végösszeg természetes. ^b Súlyozott átlag.

¹³ Leginkább azért, mert a gyermekjóléti szolgálatok és például az étkeztetés ezekben az intézményekben és az iskolákban a nyári időszak után ismét teljes kapacitással működnek. Október az első olyan időszak a nyári visszaesés után, amely már az egész évre jellemző értékeket mutatja a szolgáltatások igénybevételeit tekintve. Ráadásul ez a nap nem hétfővégre, hanem hétköznapra esik, ezért a „rendes” igénybevételi számokat mutatja.

¹⁴ A MÜKENG nyilvántartási rendszer 2013. december 1-jén lépett működésbe.

Ellátottakra számítva a legjelentősebb súlyt a szociális alapellátások képviselik 63,9%-nyi arányukkal. A szakosított ellátások együttes aránya viszont csupán 13,2%. Az eltérés 4,8-szoros. Ennek legfőbb oka, hogy az alapellátások között jobbra olyan ellátási típusok találhatók, amelyek a jogszabály alapján a települések nagy részére kötelezőek (ez eleve megemeli a szolgáltatások számát), jellegükből adódóan (mint például szociális étkeztetés) pedig szélesebb rétegeket érnek el. A legkevésbé fajsúlyos ellátási formát a gyermekvédelmi szakellátások jelentik, mindössze a teljes spektrum 3,4%-át teszik ki. Az alapellátások a gyermekek részére nyújtott szolgáltatások terén is jelentősen felülmúlják a szakellátásokat. 19,5%-nyi súlyukkal 5,7-szeres többletet jelentenek a gyermekvédelmi szakellátásokhoz képest.

A nemek aránya a szociális alapellátásokban a legkiegyenlítetlenebb. Átlagosan mindössze 51,7 férfi jut 100 nőre. A szakosított ellátásokban is csupán 69,7 férfi jut 100 nőre. A gyermekkor szociális ellátásai viszont éppen ellenkezőleg, a fiúk többletsúlyát mutatják,¹⁵ a nemek megoszlása pedig kiegyenlítettebb. A gyermekjóléti alapellátásokban 109,2 fiú jut 100 lányra, a gyermekvédelmi szakellátásokban pedig 122,5.

A teljes rendszert alapul véve a nemek arányát leginkább a szociális alapellátások befolyásolják. A legtöbb érintett, ezáltal a meghatározó súly ide koncentrálódik, mélyen nyomot hagyva ellátási típusai által az összképen (lásd 2. táblázat).

Az ápoló-gondozó intézmények, házi segítségnyújtás, nappali ellátás, családsegítés és szociális étkeztetés az az öt szolgáltatástípus, amely döntően befolyásolja a nemek összesített arányát (lásd dölt betűvel szedett sorok). Ezek együttes súlya az összes vizsgált típusban 68,3%, és mindegyik csoportban (jelentősen) felülreprezentáltak a nők. A miérte a válasz a szolgáltatások jellegében gyökerezik, és többnyire az életkorral van szoros összefüggésben, ahogy azt majd később látni fogjuk.

A fiatalok részére nyújtott szolgáltatások közül egyedül a gyermekjóléti szolgáltatások képeznek jelentős súlyt (14%). Az egyéb gyermekjóléti alapellátások összaránya mindössze 5,5%. A gyermekvédelmi szakellátások együttes súlya pedig csupán 3,4%. Ezekben a szolgáltatásokban a fiúk aránya ugyan rendre meghaladja a lányokét, a nemek közötti különbség azonban kiegyenlítettebb, mint a szociális alapellátások esetében. A kiegyenlítetttség jellemzőbb azokban az esetekben is, ahol a lányok vannak többségben (pl. a gyermekek átmeneti otthona). Így a kiskorúak részére nyújtott szolgáltatások ellátottjai az összes ellátottnak csupán a 22,9%-át teszik ki, bennük a nemek megoszlása kiegyenlítettebb, ezért kiegyenlítő hatásuk a teljes sokaságra mérsékelte. Hiába dominánsabb például a fiúk jelenléte a gyermekotthonok

¹⁵ Mindez csak részben magyarázható a születésekben tapasztalt fiútöbblettel, hiszen a KSH adatai szerint 48,7% nőre 51,3% fiú jut, azaz 105,2 fiú esik minden 100 születő lányra.

esetén (ahol 177 fiú jut 100 lányra), ha a szolgáltatás mindössze 1,4%-át teszi ki az ellátási típusok vizsgált sokaságának.

2. táblázat. *Ellátottak megoszlása szolgáltatástípusok és nemek szerint, illetve a szolgáltatás részaránya, 2015. nov. 30.*

Ellátási forma	Ellátástípus	Fő	100 nőre jutó férfi	Részarány (%)
Gyermekvédelmi szakellátás	Gyermekotthon	8 742	177,0	1,4
	Külső férőhelyen biztosított utógondozói ellátás	321	100,7	0,1
	Nevelőszülői hálózat	14 660	99,7	2,3
	Utógondozó otthon	286	132,5	0,1
Gyermekjóléti alapellátás	Bölcsőde	32 616	109,5	4,8
	Családi napközi	5 414	110,6	0,8
	Családok átmeneti otthona	4 373	73,3	0,6
	Gyermekek átmeneti otthona	358	75,9	0,1
	Gyermekjóléti szolgáltatás	95 592	111,2	14,0
	Helyettes szülői ellátás	16	85,7	0,002
Szakosított ellátás	<i>Apolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás</i>	75 983	54,3	10,1
	Átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás	13 955	192,7	2,0
	Lakóotthoni ellátás	1 878	127,5	0,3
	Rehabilitációs intézményi ellátás	1 627	190,2	0,2
	Támogatott lakhatás	389	164,7	0,1
Szociális alapellátás	<i>Családsegítés</i>	66 072	50,9	9,6
	<i>Házi segítségnyújtás</i>	117 172	34,6	16,7
	Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	22 340	18,3	2,9
	Közösségi ellátások	7 738	77,5	1,0
	<i>Nappali ellátás</i>	73 162	87,2	10,0
	<i>Szociális étkeztetés</i>	158 047	56,4	21,9
	Támogató szolgáltatás	9 740	90,1	1,4
Összesen		710 503		100,0

Forrás: KENYSZI adatbázis

Össességében a 22 ellátási típusból¹⁶ 12 esetén (54,5%) a nők száma és aránya jelentősen meghaladja a férfiakét. A legalacsonyabb férfiarányt a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban találunk, ahol mindössze 18,3 férfi

¹⁶ A jogszabályok szerint az ellátási típusokból jelenleg összesen ennyi jelentésköteles, ezek kerültek be a vizsgálatba.

jut 100 nőre. A szolgáltatások igénybevételében összességében is a nők felé billen a mérleg nyelve, azonban a szolgáltatástípusok egy szűkebb, de domináns csoportja határozza meg főleg a nemek arányát, amelyek tulajdonképpen egy szolgáltatási formához tartoznak, a szociális alapellátásokhoz (lásd 2. táblázat). A négy szolgáltatási formára vizsgálva egyedül az itt található szolgáltatástípusokra jellemző, hogy minden vizsgált típusban – akár jelentős – többletet képviselnek a nők.

Egyes esetekben a nők többletaránya az életkorral áll kapcsolatban, mint például a házi segítségnyújtásban (jelzőrendszeres is) vagy a szociális étkeztetésben, ahol elsősorban az idős korosztály a célcsoport, és érvényesül a nők magasabb megélt átlagéletkorából következő hatás. Más esetekben csak részben ismert a nők dominanciájának oka. A családsegítésben például elvileg kiegyenlítettebb is lehetne a hatás, lévén a családok együtt vesznek részt az ellátásban. A nappali és közösségi ellátásban az ok vélhetően a nők nagyobb hajlandósága a szolgáltatás igénybevételére. A támogató szolgáltatások esetében viszont nem ismert az igénybevétel nemek közötti eltéréseinek az oka.

Ezen a ponton válik szükségessé, hogy még egy változót bevonjunk az elemzésbe. Az ellátások ugyanis – ahogy korábban említettük – nagyrészt determináltak az igénybe vevő életkora szerint.

5. Az ellátottak kor szerinti megoszlása

A férfiak átlagéletkora a szociális szolgáltatásokat igénybe vevők teljes populációjában 45,2 év, a nőké 58,9 év. Vagyis a nők 13,7 évvel magasabb átlagos életkort képviselnek. A teljes populáció átlagéletkora 53 év. Ezeket az adatokat az ország népességi adataival összevetve kiderül, hogy a szociális ellátásokban részesülő férfiak átlagéletkora 5,3 évvel, a nőké 14,8 évvel haladja meg a 2015. január 1-i¹⁷ teljes hazai népességre számított átlagéletkor értékeket. A szociális szféra célcsoportja tehát jellemzően az idősebb korosztályok felé tolódik el (lásd 3. táblázat).

A 60 éven felüliek aránya a társadalomban 25%, miközben az általunk vizsgált szociális ellátásban részesülők populációjában 55%, azaz több mint kétszerese. Minden életkori csoportban – akár jelentős – eltéréseket találunk az ellátottak és az adott korcsoportba tartozó népesség arányában, különösen a 18–39 éves, a 70–79 éves és a 80 éven felüliek kategóriáiban, ahol rendre 3,1-szeres, 2,2-szeres és 4,9-szeres eltérést mértünk. Egyedül a középső életszakaszokban (18–59 évesek) alulreprezentált a szociális szféra, azaz a szociális ellátási rendszert igénybe vevők aránya. Az életkor előrehaladtával

¹⁷ KSH STADAT adatok (http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html)

pedig egyre nagyobb arányban jelennek meg a kliensek a vizsgált ellátórendszerben.

3. táblázat. Az ellátásban részesülők és a társadalom korcsoportok szerinti megoszlása (%), illetve az ellátottak teljes népességhez viszonyított aránya korcsoportonként, 2015

Korcsoportok	Ellátottak aránya	Ellátottak kumulált aránya	Teljes népesség 2015	Teljes népesség 2015 kumulált	Ellátottak/ népesség
0–17 éves	22,1	22,1	17,5	17,5	1,26
18–39 éves	9,3	31,4	29,9	47,4	0,31
40–59 éves	13,5	44,9	27,6	75,0	0,49
60–69 éves	16,6	61,5	12,8	87,8	1,30
70–79 éves	17,7	79,2	8,0	95,8	2,21
80+ éves	20,8	100,0	4,2	100,0	4,95
Összesen	100,0		100,0		

Forrás: az ellátottakra vonatkozó adatok: KENYSZI; a teljes népességre vonatkozó adatok: KSH (2016a).

A KSH adatai alapján a nők a 60 év felettiek csoportjának 60,4%-át teszik ki, azaz minden 100 nőre 65,5 férfi jut csupán (KSH 2016a). Ugyanezen nők várható élettartama 78,4 év (ez évben), miközben a férfiaké ettől mintegy hat évvel kevesebb, 72,1 év. Az életkor előrehaladtával a populációs olló tovább nyílik. A 70 év felettiek esetén már csak 53,4 férfi jut 100 nőre, 80 év felett pedig csupán 41,9. E jellemzők alapján adódik az az összefüggés, miszerint a jelentős részben az idősekre koncentráló szociális ellátásban (a 60 év felettiek aránya 55,1%) nagyobb valószínűséggel kerül be a klienskörbe nő, mint a férfi, mivel a nők tovább élnek, *ergo* többen válhatnak a célcsoport részévé.

Ha összevetjük a korábban említett legdominánsabb ellátási típusok (10% feletti részarányval rendelkezők) és a többi típus életkori és ellátotti értékeit, tovább tisztul a kép (lásd 4. táblázat).

Az ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátásban a 60 év felettiek aránya 77,3%, a házi segítségnyújtásban 94,6%, vagyis majdnem minden ellátott idősödő vagy időskorú. A nappali ellátásban kiegyenlítettebb a helyzet, az ellátottak csupán 58,4%-a tartozik ebbe a korosztályba, a szociális étkeztetésnél azonban az idősebbek aránya ismét magas, 86,5%. Az ellátottak száma alapján az öt legfajsúlyosabb ellátási típusból négyben (kivéve a gyermekjóléti szolgáltatást) az életkor előrehaladtával az ellátottak száma és aránya túlsúlyba kerül a többi ellátási típushoz képest is, egyre inkább meghatározva az életkori jellemzőket az egész szférára nézve (ezzel együtt pedig a nemek arányát is).

4. táblázat. Domináns ellátási típusokban* és a többi ellátásban résztvevők korcsoportos és nemek szerinti megoszlásai, valamint a szolgáltatások súlya, 2015

Domináns ellátási típusok	0–17 éves	18–39 éves	40–59 éves	60–69 éves	70–79 éves	80+ éves	Összesen	100 nőre jutó férfi	Szolgáltatás részesedése (%)
Ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás	0,9	7,1	14,6	15,6	19,7	42,0	100,0	54,3	10,1
Gyermekjóléti szolgáltatás	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	111,2	14,0
Házi segítségnyújtás	0,0	0,3	5,0	19,6	34,2	40,9	100,0	34,6	16,6
Nappali ellátás	0,5	14,0	27,1	25,6	20,5	12,3	100,0	87,2	10,0
Szociális étkeztetés	0,2	2,1	11,2	25,3	29,3	31,9	100,0	56,4	21,9
(a) Domináns típusok (fő)	84 243	31 678	54 850	93 604	116 382	139 199	519 956	Domináns típusok együttes aránya (%)	72,6
(b) Többi szolgáltatási típus (fő)	62 666	31 265	41 752	23 838	12 803	18 222	190 546	Többi típus összesen (%)	27,4
Domináns típusok és az összes többi ellátás aránya (a/b)	1,3	1,0	1,3	3,9	9,1	7,6	2,7	Összesen	100,0

Forrás: saját számítások a KENYSZI adatok alapján.

Megjegyzés: *Domináns ellátási típusnak tekintettük azokat az ellátásokat, amelyekben az igénybe vevők aránya 10% feletti.

Életkori kategóriákban vizsgálva egy kivételtől eltekintve (18–39 évesek) a domináns ellátási típusok többsége a mértékadó az összes többi ellátási típushoz képest minden korosztályban. A legkisebb különbséget (1-szeres) a 18–39 éves korcsoportban találjuk (ez a kivétel). A legnagyobb különbség a 70–79 évesek korcsoportjában található (9,1-szeres), majd a 80 év felettiekénél (7,6-szoros), de a 60–69 évesek korosztályában is megközelíti a négyszeres értéket (3,9-szeres).

Az életkori megoszlások hatására az ellátásokat igénybe vevők körében a nemek aránya egyre inkább a nők felé tolódik el. Pontosan azokban az ellátási típusokban legmagasabb a nők aránya, amelyek a legmeghatározóbb részesedést képviselik az ellátások között: a „házi segítségnyújtás” (16,6%), a „szociális étkeztetés” (21,9%) és az „ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás” együttesen 48,5%-ot tesz ki a vizsgált teljes ellátási spektrumból. Ezek ellátottjainak többsége idős és dominánsan nő. A „nappali ellátással” együtt –, ahol bár némileg kiegyenlítettebb a nemek aránya, de szintén a nők többlete a jellemző – e szolgáltatások az összes ellátott 62,5%-át fogadják magukba, jórészt hasonló nemi és életkori összetételben. A domináns típusok ekképpen az összes ellátott 72,6%-át képviselik, közülük ötből négy az idősekre és főként a nőkre fókuszál.¹⁸ Természetes módon billentik el ezzel az életkori értékeket az idősebbek irányába, másodlagos hatásként pedig a nemek jellemzőit, lévén az idősebbek között több a nő.

Összefoglalásként elmondható, hogy a szociális ellátórendszerben az idősek és a nők dominanciája megkérdőjelezhetetlen. A nők többsége miatt pedig elsősorban azok az ellátások a felelősek, amelyek amellet, hogy gyakran fordulnak elő (lévén alapellátások), leginkább az időseket veszik célba. Az idős korcsoport többsége pedig magával hozza a nők nagyobb súlyát a szociális ellátó rendszerben.

6. Területi megoszlások

Az igénybe vevői nyilvántartás bevezetése lehetővé tette, hogy szinte teljes körű¹⁹ képet kapjunk a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások igénybe vevőinek lakóhely szerinti elhelyezkedéséről. Korábban erre nem volt lehetőség, mivel a KSH által gyűjtött statisztikai adatokból csak a szolgáltatást nyújtó intézmény települése volt ismert, az igénybe vevőé nem. A két földrajzi pont azonban nem szükségszerűen egyezik meg egymás-

¹⁸ Ha ide soroljuk a közel 10%-nyi részesedést mutató családszolgálatot, a domináns hatás még erősebb.

¹⁹ A jelentéskötelezettséggel nem rendelkező szolgáltatásokon kívül a másik csoportot a lakcímbegyegyzéssel nem rendelkezők alkotják, de ők a vizsgált időpontban az igénybevevők csupán 1,7%-át tették ki.

sal. 2015 októberében a szolgáltatást igénybe vevők csaknem egyharmada (32,6%) más településen lakott, mint a szolgáltató bejegyzett szolgáltatási helye. Ez persze nem feltétlenül jelentette azt, hogy egyes klienseknek más településre kellett utazniuk, ha igénybe kívántak venni egy szolgáltatást, hiszen számos ellátás (pl. házi segítségnyújtás, családsegítés) esetén a szolgáltatásnyújtás nemcsak a székhely szerinti településen folyik, hanem akár több tucat településre is kiterjedhet.

A laccímeltérések miatt az ellátottak lakhely szerinti vizsgálatánál bizonyos anomáliákkal kell számolnunk. A szolgáltatások igénybe vevőinek 18,9%-át kitevő bentlakásos ellátásoknál (gyermekvédelmi szakellátás és szociális szakellátás), a nyilvántartásban rögzített „lakhely” megegyezik annak az intézménynek a címével, ahol a szolgáltatást nyújtják – azt a képet sugallva, mintha ezeknek az embereknek nem lenne/lett volna intézményen kívüli címe. És mivel a bentlakásos intézmények főleg a szociális szakellátásban és viszonylag kevés településre koncentrálódnak, az itt nyilvántartott laccím adatok torzítják a lakhely szerinti megoszlások tényleges jellemzőit. Miközben azonban tudjuk, hogy a korábbi lakhely és intézményi laccímbejegyzés sokszor eltér, nem tudjuk, hol lakhattak az érintett kliensek korábban. Így a szakellátási adatbázisok igénybe vevői adatai csak bizonyos hibahatárral írják le a földrajzi, területi megoszlásokat, s így egyes esetekben nem arra adnak választ, hogy az adott település lakói hányan veszik igénybe az aktuális szolgáltatást, hanem hogy az adott településen élők közül milyen részarányt képviselnek a bennlakásos intézmények lakói – lásd később. Összességében néhány százalékra becsülhető a hibafaktor a bentlakásos ellátások esetén, és egy százalék alattira a teljes szociális ellátórendszert figyelembe véve. Mivel elemzésünknek ebben a részében a teljes rendszert vizsgáljuk, ez a torzítás nem befolyásolja lényegesen a rendszerszerű tendenciákat.

A továbbiakban a területi jellemzőknél az összes ellátottra vonatkozó arányok ismertetésén túl elsősorban az alapellátást igénybe vevőkre koncentrálnunk, elsőként a településtípus szerinti megoszlásokra (lásd 5. táblázat).

A vizsgált szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatásokat igénybe vevők több mint harmada (37,4%) községekben él. A második legnépesebb csoportot az egyéb városok lakói alkotják (33,7%). A megyei jogú városokban és a fővárosban összesen az ellátottak 28,9%-a él. A szociális szolgáltatások igénybe vevőinek és a társadalomra jellemző településtípusok szerinti megoszlása így nem teljesen fedi egymást.

5. táblázat. *Ellátottak és a teljes népesség településtípus és ellátási formák szerinti száma és megoszlása, 2015 (fő, %)*

Településtípus	Összes igénybe vevő		Alapellátások		Szakellátások		Teljes népesség
	fő	%	fő	%	fő	%	%
Község	218 185	37,4	186 159	38,2	36 979	32,4	30,5
Város	196 153	33,7	159 322	32,7	43 042	37,7	31,7
Megyei jogú város	99 775	17,1	84 205	17,3	19 437	17,0	20,4
Főváros	68 501	11,8	57 473	11,8	14 605	12,8	17,4
<i>Összesen</i>	<i>582 614^a</i>	<i>100,0</i>	<i>487 159</i>	<i>100,0</i>	<i>114 063</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Forrás: saját számítás a KENYSZI címadatok alapján, illetve KSH (2016c).

Megjegyzés: ^aAz eltérés a korábbi létszámadathoz képest abból fakad, hogy több mint 7000 embernek a lakcíme hiányzik az adatbázisból.

Ellátási formák szerint vizsgálva az alapellátások esetében a községekben kiemelkedő az igénybe vevők aránya, szakellátásoknál viszont a városoké a vezető szerep, ami alátámasztja a korábban vázolt lakcímeikkel kapcsolatos probléma fontosságát, hiszen a szakellátási férőhelyek nagyobb arányban koncentrálódnak a városokba. Érdekes megnézni mennyiben térnek el az alapellátásokon belül az igénybe vevői csoportok lakóhely szerinti településtípusai (lásd 6. táblázat).

6. táblázat. *Az 1000 lakosra jutó alapellátást igénybe vevők megoszlása településtípus szerint, 2015 (fő)*

Településtípus	Összes ellátott	Gyermekjóléti alapellátás	Szociális alapellátások
Község	74,6	14,1	49,6
Város	60,8	13,6	35,8
Megyei jogú város	50,3	13,3	29,2
Főváros	39,3	12,3	20,7

Forrás: saját számítás a KENYSZI adatai alapján.

Az összes ellátottra nézve a leglényegesebb különbség a községek és a főváros között található. A két településtípus közti eltérés közel kétszeres, miközben a többi településtípus értékei is jelentős eltéréseket mutatnak. A fővárostól a községek felé haladva lineárisan nő az 1000 lakosra jutó ellátottak száma. Ezzel nemcsak nominálisan, de arányaiban is a községekben élők veszik igénybe leginkább a szociális és gyermekvédelmi szolgáltatásokat. Minden ezer lakosból mintegy 75 fő. Őket a városok lakói követik közel 61 fővel. Ettől kissé lemaradva következnek a megyei jogú városok, ahol min-

den huszadik lakos (50 ezrelék) részesül valamilyen szolgáltatásban. A sort a fővárosiak zárják, itt ezerből már csak minden 25-dik lakos ellátott.

A két alapellátási formát vizsgálva jól látszik, hogy a különbségek elsősorban a szociális alapellátásokban gyökereznek. Míg a gyermekjóléti alapellátások igénybevételi mértéke településtípustól független, minden településtípusból a lakosok 12–14 ezreléke vesz igénybe ilyen szolgáltatást, a szociális alapellátásoknál az igénybevételi arányszámok már két és félszeres különbséget is mutatnak. Legnagyobb arányban (50 ezrelék) a községekben élők igényelnek ilyen szolgáltatásokat, akiket a városokban (36 ezrelék) és a megye jogú városban lakók (29 ezrelék) követnek. A főváros esetében az ezer lakosra jutó igénybe vevők száma már csak alig több mint 20 fő.

6.1. Településnagyság

Az, hogy ki mekkora településen él, még a településtípusnál is jobban meghatározza, hogy vélhetően igénybe vesz-e szociális és/vagy gyermekjóléti alapellátást. Az igénybe vevők megoszlásában kirajzolódó különbségek az 1000 fő alatti, illetve a 2000–5000 fő közötti településkategóriákban a legnyilvánvalóbbak.

7. táblázat. *Ellátottak településnagyság szerinti megoszlása (%) és 1000 lakosra jutó száma (fő)*

Településnagyság	Ellátottak megoszlása (%)	Ezer lakosra jutó ellátottak száma (fő)		
		Összes ellátott	Gyermekjóléti alapellátások	Szociális alapellátások
200 fő alatt	0,9	112,4	18,2	87,1
200–499 fő	4,0	95,7	17,1	66,3
500–999 fő	6,8	84,7	14,9	57,8
1 000–1999 fő	11,9	75,6	14,0	50,9
2 000–4999 fő	17,5	71,3	13,4	46,2
5 000–9999 fő	10,1	65,1	13,6	38,8
10 000–19 999 fő	11,8	59,9	14,0	34,0
20 000–49 999 fő	10,5	46,3	12,5	25,8
50 000–99 999 fő	12,2	42,8	13,1	22,8
100 000 fő felett	14,4	47,8	12,9	27,7
<i>Összesen</i>	<i>100,0</i>	<i>59,0</i>	<i>13,5</i>	<i>35,9</i>

Forrás: saját számítás a KENYSZI adatai és a KSH (2016c) alapján.

A különböző nagyságú településen élők ezer lakosára jutó igénybe vevői arányszámok különbségei világos tendenciát mutatnak. Minél nagyobb egy

település, annál kisebb arányban veszik igénybe lakosai az alapellátásokat.²⁰ Kivételt ez alól csak a 100 ezer fő feletti városok jelentenek, ahol ismét növekszik a fajlagos igénybe vevői érték.(7. táblázat)

A két alapellátási formát külön vizsgálva jól látható, hogy a gyermekjóléti alapellátások esetében ezek a különbségek nem, vagy csak kismértékben mutathatók ki. A legmagasabb igénybe vevői aránnyal rendelkező 200 fő alatti települések (18 ezrelék) és a legalacsonyabb igénybe vevői aránnyal rendelkező, 20–50 ezer fős városok (13 ezrelék) közötti eltérés csupán 5 ezrelék. A szociális alapellátás esetében viszont 64 ezrelékes. Ebben az alapellátási típusban, csaknem négyszeres különbséget is láthatunk a legmagasabb, 200 fő alatti települések (87 ezrelék) és a legalacsonyabb igénybe vevői aránnyal rendelkező, 50–100 ezres lakosú városok értékei között (23 ezrelék). Itt a települési lépcsőn felfelé lépkedve 100 ezres nagyságig dinamikusan és egyenletesen csökken az igénybe vevők aránya. A kistelepüléseken tapasztalható magas igénybevételi arányok különösen annak fényében beszédesek, hogy a vizsgált csoportba nem számítottuk bele a speciálisan e településekre kitalált falugondnoki szolgálat igénybe vevőit.²¹

6.2. Települési, járási fejlettség

A településnagyság gyakran jár együtt egy másik mutatóval, a település fejlettségi indexével (habár a kapcsolat nem determinált). E két változó együtt ad leginkább magyarázatot az előbbi alfejezetben bemutatott összefüggésekre. Így a szolgáltatások igénybe vevőinek fajlagos értékei és a település fejlettsége között általában összefüggés feltételezhető. A vizsgálatban a települések besorolásához a 67/2007. (VI. 28.) OGY határozat 3. sz. melléklete alapján számolt komplex fejlettségi mutatókat²² hat kategóriába soroltuk, ahol az 1-es kategóriába a legfejletlenebb, a 6-osba a legfejlettebb települések kerültek. E mutató szerint a szociális és gyermekjóléti ellátásokat igénybe vevők többsége a középérték közeli kategóriákba tartozó településeken lakott. E tekintetben az alapellátás és a szakellátás között nem volt lényeges különbség.²³ Az

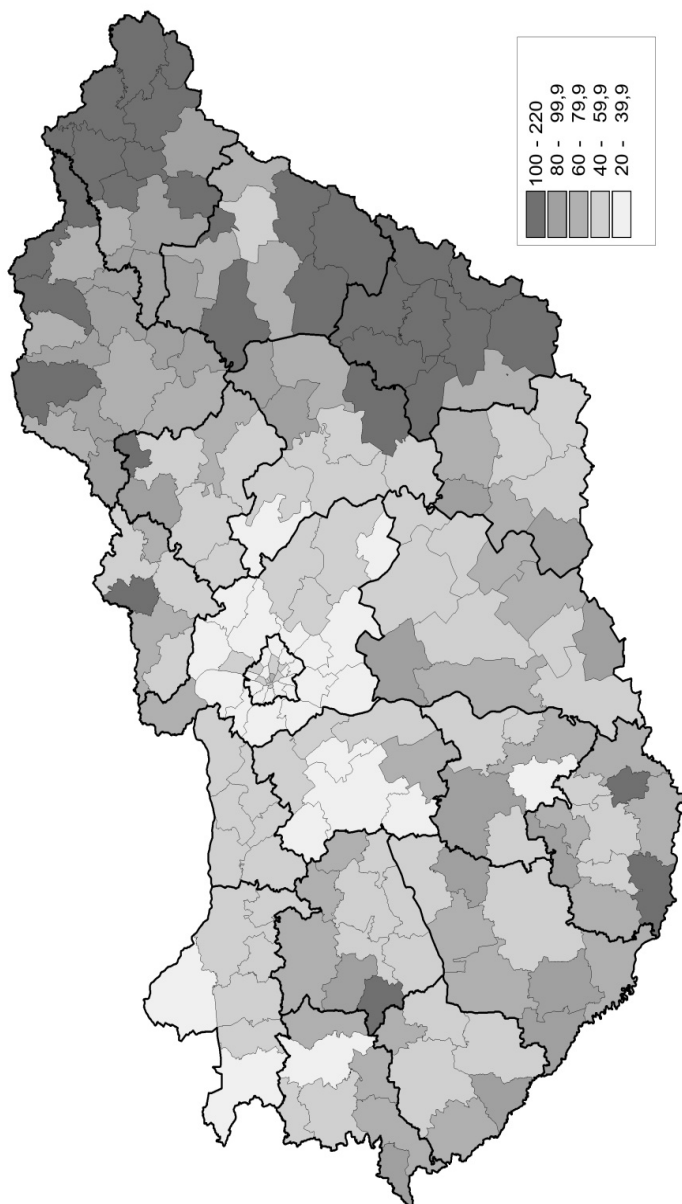
²⁰ Lásd még Bácskay (2014).

²¹ A falugondnoki szolgáltatás célja az aprófalvak és a külterületi lakott helyek intézményhiányából eredő települési hátrányainak enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz, valamint egyes alapellátásokhoz való hozzájutás biztosítása. Hatszáz lakosnál kisebb településen az alapellátási feladatok falugondnoki szolgálat keretében is elláthatók. Róluk semmilyen országos statisztikai összesítésben nem állnak rendelkezésre részletes adatok. Ezek az adatok még dominánsabbá tennék a községeket a szociális alapellátás esetén.

²² Lásd még Faluvégi–Tipold (2012).

²³ A szakellátásban a két legfejlettebb kategóriájú településcsoportban 1–2%-kal magasabb, a legfejletlenebbek között pedig 1–2%-kal alacsonyabbak voltak az értékek, mint az alapellátás esetében.

1. ábra. 1000 lakosra jutó ellátottak száma járásonként (fő)



1000 lakosra jutó ellátotti értékekben azonban az alapellátásokon belül nagy eltéréseket találtunk (lásd 8. táblázat).

8. táblázat. Az 1000 lakosra jutó igénybe vevők megoszlása a település fejlettsége szerint, 2015

Fejlettségi kategória	Ellátottak megoszlása (%)	Ezer lakosra jutó igénybe vevők száma (fő)		
		Összes ellátás	Gyermekjóléti alapellátások	Szociális alapellátások
1. – legfejletlenebb	8	118,4	26,4	80,4
2.	15	103,1	19,4	69,9
3.	23	78,4	14,1	50,8
4.	20	55,9	11,6	34,3
5.	19	43,4	11,9	23,9
6. – legfejlettebb	16	39,5	12,1	20,3
Összesen	100	59,0	13,5	35,9

Forrás: saját számítás a KENYSZI adatai alapján.

A fajlagos igénybe vevői arányszámok tekintetében a településnagyság és a település fejlettségi indexe között minden esetben lineáris összefüggés mutatkozik. Minél fejletlenebb kategóriába tartozik egy település, annál nagyobb arányban veszik igénybe lakosaik a szociális és gyermekjóléti alapellátásokat. Az összes ellátásra nézve a két szélső kategória közötti különbség 2,9-szeres, tehát a legfejletlenebb településeken élők közül arányaiban csaknem háromszor annyian részesülnek ellátásban, mint a legfejlettebb helységek lakói. A település fejlettsége és az igénybe vevői arányok közötti kapcsolat alapellátásonként is meghatározott,²⁴ de a szociális alapellátást tekintve ez a különbség még karakteresebb. A két szélső fejlettségi kategóriába tartozó településcsoport arányszámai között a különbség közel négyszeres. A gyermekjóléti alapellátások esetén ez az előbbinek több mint a fele, 2,2-szeres.

Mindez kivétel a járásokra számított fejlettségi mutatók értékeire is. Ezek alapján a leghátrányosabb helyzetű, komplex programmal fejlesztendő járásokban lakók arányaiban két és félszer annyian vesznek igénybe alapellátásokat, mint a nem kedvezményezett járások²⁵ lakói. A szociális és gyermekjóléti

²⁴ A gyermekjóléti alapellátások igénybevevőinek több mint 90%-át kitevő két nagy ellátás a bölcsőde (32 616 fő) és a gyermekjóléti szolgáltatás (93 353 fő) esetében ellentétesek a tendenciák. Míg a bölcsődéket a fejlettséggel egyenes arányosan a gyermekjóléti szolgáltatást a fejlettséggel fordítottan arányosan veszik igénybe arányaiban többen.

²⁵ 105/2015. (IV. 23.) kormányrendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről.

terület között az igénybevételi arányok különbsége – szélső értékekre számítva – a gyermekjóléti alapellátásokban másfélszeres, a szociális alapellátásoknál csaknem háromszoros.

6.3. Az országra jellemző területi különbségek

A járás már az a vizsgálati szint, ahol a szociális szférára jellemző országos megoszlási térkép is megrajzolható, megmutatva az alapvető különbségeket az országrészek között (*1. ábra*).

Az ezer lakosra jutó ellátottak tekintetében a három kelet-magyarországi régió (ezen belül is elsősorban az észak-alföldi) emelkedik ki a többi közül. A megyék rangsorát Békés megye vezeti. Az itt élők 12,4%-a vesz igénybe valamilyen ellátást, az ezt követő Szabolcs–Szatmár–Bereg megyében 10,9% a szociális szolgáltatásokat igénybe vevők aránya. Budapesten, Pest megyében, Fejér vagy akár Győr–Moson–Sopron megyében ezek az arányok mindössze 4% körül vannak. Abszolút számban a legtöbb, arányaiban mégis a legkevesebb ellátott a Pest megye és Budapest alkotta közép-magyarországi régióban él. A jelentős különbségek járási szinten is megmutatkoznak: a listavezető Sarkadi járás (21%) és sereghajtó Újpest (2,2%) között csaknem tízszeres a különbség. Az ország tehát látványosan a keleti megyék, járások felé „oldalnehéz” a fajlagos igénybe vevői számok alapján. A területi jellemzőket leíró összkép ebben a tekintetben a legállandóbb az elmúlt éveket figyelembe véve.

Az itt látottak alapján elmondható, hogy a közigazgatási hierarchiában alacsonyabb státuszú, lakosságszám szerint kisebb, fejlettségi mutatók alapján fejletlenebb települések lakói, valamint a keleti és északkeleti országrész járásaiban élők között az ellátottak fajlagos aránya rendre jóval magasabb az ország egyéb területein mért értékeknél. Ezek a települési és térségi mutatók többnyire erős összefüggést mutatnak a társadalmi hátrányok, a leszakadó társadalmi csoportok előfordulásának nagyságával. A leszakadó térségekben, komplex fejlettségben elmaradó és kisebb településeken, járásokban több a nélkülöző, nehéz élethelyzetben élő ember (KSH 2010).

7. Összefoglalás

A fent bemutatott térkép alapján olybá tűnhet, hogy a szociális szolgáltatások területi célzottsága jó, s megfelelően reagál a szükségletekre. Ez azonban nem, vagy nem teljesen igaz. Ahogy a bevezetőben utaltunk rá, annak, hogy a szolgáltatások igénybe vevői arányai a térképen látható mintázatot mutatják,

gyakran a szolgáltatások kiépültsége, a területileg rendelkezésre álló kapacitások egyenetlensége, szakmapolitikai döntések sokasága áll a háttérben.

A szociális szolgáltatások köre egy összetett ellátórendszert takar, amelynek számos területén az ellátások iránti szükséglet nem feltétlenül hozható kapcsolatba például az anyagi helyzettel, mivel egyéb szükségletre épül (pl. fogyatékoság, időskor, gyerekkor). Ekképpen a pénzbeli és természetbeni támogatások, a „segélyezettek” célcsoportja és a személyes gondoskodás körébe tartozó ellátórendszer potenciális igénybe vevői köre nagyban eltér. Ez utóbbiaknál a sokaság jelentős mértékben olyan élethelyzethez, szükséglethez köthető emberek közössége, amelyek csak közvetve mutatnak – és sok esetben csak laza – összefüggést a jövedelmi, társadalmi helyzettel, vagy ha a kapcsolat létezik is, éppen ellentétes előjelű, mint várnánk (pl. az emelt szintű idősok otthonai, ahol a jobb anyagi helyzetben lévőket látják el). Az tehát, hogy a rosszabb helyzetű településeken, térségekben magasabbnak kell lenni az igénybe vevői arányoknak nem magától értetődő. Ha csak az igények alakítanak az ellátásokat, az igénybe vevők egyenletesebb, homogénebb eloszlása vélhetően jobban megfelelne a szolgáltatások iránt mutatkozó potenciális szükségletek egyenletesebb kielégítésének. A szociális ellátások elérhetősége, ellentétben az egészségügyi alapellátással vagy az alapfokú oktatással, korántsem mondható teljes körűnek, az ország jelentős részében fehér foltok, ellátatlan területek keletkeznek.

Az ellátások nagy csoportjába (és ez a nagyobb szegmens) az országosan, elvileg teljes körűnek mondható szolgáltatások tartoznak, ezek mégsem egyértelműen a szükségletekre reagálva működnek. E szolgáltatások sajátossága ugyanis, hogy a jogszabályok az önkormányzatoknak csak azok biztosítását írják elő, de a biztosítandó kapacitás nagyságát (pl. a teljes körűséget) nem. Így, bár szolgáltatásmegoszlási szempontból teljes körűen elérhető ellátásokról beszélünk, ellátotti szempontból területileg nagyon egyenetlen a kép. A helyi igények például jobban artikulálódnak a kisebb településeken, ahol a lakosok és az önkormányzatok kapcsolata közvetlenebb (az érdekérvényesítés hatékonyabb), ez pedig a nagyobb fajlagos kapacitások létrejöttének irányába hat, s akár extrém méreteket is elérhet. Ezért alakulhatnak ki olyan helyzetek például, amit a házi segítségnyújtás esetén tapasztalunk. Ennek, az elsősorban időseket megcélzó szolgáltatásnak az esetében, mely az igénybe vevők száma alapján az egyik legnagyobbnak tekinthető, akadnak olyan járások, ahol a rendelkezésre álló „férőhelyek” száma száz 65 év feletti lakosra vetítve eléri a 85-öt, miközben máshol az egyet sem. Ennek megfelelően az igénybevételi adatok is igen szélsőségesen alakulnak. Az ellátott idősok aránya települési szinten 1–80% között szóródik, azokon a településeken, ahol létezik ilyen ellátás, de még járási szinten is csak 1–57%-os az ellátottsági arány.

A szociális ellátórendszerben a szolgáltatások igénybe vevői – sarkosan fogalmazva – időnként inkább csak „kitöltik a rendelkezésükre álló teret” egy

olyan rendszerben, ahol a mozgástér méreteit időnként inkább a szakmapolitika, a szolgáltatásokat működtető önkormányzatok, civil és egyházi szervezetek és az államilag finanszírozott férőhelyek elosztásáért felelős szervek határozzák meg. A több értelemben önteremtő rendszerben létrejön a szolgáltatások egy olyan csoportja, amely nagyban meghatározza, kik lehetnek az ellátottjai, ezzel determinálva az igénybe vevők életkor és nemek szerinti jellemzőit is.

Természetesen mindez csak az érem egyik oldala. Az ellátotti igények is nagyban szerepet játszanak a szociális szféra formálódásában. Amikor a rendszer az időseket teszi meg fő célcsoportjává, a hajlott kor fokozott ellátási igényeire reagál. Amikor ebből kifolyólag a nők kerülnek többségbe a teljes rendszerben, a tényleges igényeknek is nagy szerep jut, lévén az idősök között több a nő. Amikor a pszichiátriai betegek ellátására alkot meg a szakmapolitika hétféle ellátási típust, akkor a szakmapolitikai érdekek mellett a társadalmi igények is nagyban szerephez jutnak. Ha a támogató szolgáltatás mellett teszi le a szakma a voksát, a fogyatékkal élők valós igényeire reagál. E két oldal együttes lenyomata nyilvánul meg aztán az ellátórendszer nemek, korcsoportok szerinti és területi jellemzőiben.

IRODALOM

- ÁSZ 2000: 0015 Jelentés a települési önkormányzatok szociális és gyermekjóléti szolgáltatásai helyzetéről. 2000 – név nélkül. Állami Számvevőszék. Online: https://asz.hu/storage/files/files/%c3%96sszes%20jelent%c3%a9s/2000/0015_Jelent_s_a_telep_l_si_nkorm_nyzatok_szoci_lis_s_gyermekj_l_ti_szolg_ltat_sai_helyzet_r_l.pdf?ctid=753 (Letöltés dátuma: 2016. 07.)
- Bácskay A. 2014: Kistépülések szociális ellátottsága. Statisztikai Tükör 2015/88. Budapest: KSH.
- Bugarszky Zs. 2004: A szociális szolgáltatások újjászületése Magyarországon. Esély, 2004/4. sz., 100–110. p.
- Bugarszky Zs. 2006: A közösségi pszichiátriai ellátásról. Néhány gondolat egy új szolgáltatáshoz. Esély, 2006/1. sz., 67–73. p.
- Faluvégi A. – Tipold F. 2012: A társadalmi, gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradt, illetve az országos átlagot jelentősen meghaladó munkanélküliséggel sújtott települések. Területi Statisztika, 15. (52) évf. 3. sz. 278–290. p.
- Goldmann R. – Mester D. – Mód P. szerk. 2013: A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások igénybevevői – 2012. Budapest: Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal.
- Hoffman I. 2013: A területi szociális közszolgáltatások igazgatása nemzetközi kitekintéssel, a közelmúlt és a jelen magyar szabályozásnak tükrében. Esély, 2013/4. sz. 51–72. p.
- KSH 2010: Magyarország 1989–2009. A változások tükrében. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, Online: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo1989_2009.pdf (Letöltés dátuma: 2016. 06.)
- KSH 2016a: Interaktív korfa. Online adatok. https://www.ksh.hu/interaktiv_korfa (Letöltés dátuma: 2016. 07.)
- KSH 2016b: Magyarország, 2015. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.

KSH 2016c: Magyarország helységnevtára. Online adatok. http://www.ksh.hu/apps/hntr.egyeb?p_lang=HU&p_sablon=LETOLTES (Letöltés dátuma: 2016. 07.)

Légmán A. 2011: Az örület és az örültek helye a társadalomban – A magyar pszichiátriai ellátórendszer és az egyén viszonya. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Irodalomtudományi Doktori Iskola Kultúratudományi Doktori Program. Online: http://irodalomdoktori.btk.pte.hu/files/tiny_mce/Legman_disszertacio.pdf (Letöltés dátuma: 2016. 06.)

Mózer P. 2014: Vakrepülésben. Pénzbeli ellátások és szociális közszolgáltatások szerepe az időskori biztonság megteremtésében. Esély, 2013/4. sz. 94–112. p.

Szalai J. 2004: A jóléti fogda – I. Esély, 2004/6. sz. 19–37. p.

Szalai J. 2005: A jóléti fogda – II. Esély, 2005/1. sz. 3–34. p.