



Sárospatak Város Polgármesterétől

3950 Sárospatak, Rákóczi út 32.
Tel.: 47/513-240 Fax: 47/311-404
E-mail: sarospatak@sarospatak.hu



JAVASLAT

- a Képviselő-testületnek -

Sárospatak Város Önkormányzata Szolgáltatástervezési Konceptiójáról

Tisztelt Képviselő-testület!

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló, többször módosított 1993. évi III. törvény 92. § (3) bekezdése rendelkezik a szolgáltatástervezési koncepció készítéséről.

„A legalább kétezer lakosú települési önkormányzat a településen, fővárosban élő szociálisan rászorult személyek részére biztosítandó szolgáltatási feladatok meghatározása érdekében szolgáltatástervezési koncepciót készít. (...) A szolgáltatástervezési koncepció tartalmát az önkormányzat, illetve a társulás két évente felülvizsgálja és aktualizálja.”

Ugyanezen szakasz (4) bekezdése szerint:

„A koncepció tartalmazza különösen

- a) a lakosságszám alakulását, a korösszetételt, a szolgáltatások iránti igényeket,*
- b) az ellátási kötelezettség teljesítésének helyzetét, az ütemtervet a szolgáltatások biztosításáról,*
- c) a szolgáltatások működtetési, finanszírozási, fejlesztési feladatait, az esetleges együttműködés kereteit,*
- d) az egyes ellátotti csoportok (idősek, fogyatékos személyek, hajléktalan személyek, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek) sajátosságaihoz kapcsolódóan a speciális ellátási formák, szolgáltatások biztosításának szükségességét.”*

A Képviselő-testület 2013-ban döntött a TÁMOP-5.4.9-11/1 kódszámú, Modellkísérleti program az alapszolgáltatások funkcionális összekapcsolására című pályázati kiíráson a kistérségi társulás által támogatást nyert projekt átvételéről. A TÁMOP-5.4.9-11/1-2012-0053 számú, Az alapellátások fejlesztése Sárospatak kistérségben című projekt keretében tervezésre került egy új Szolgáltatástervezési Konceptió elkészítése.

A pályázat keretein belül a szolgáltatás elvégzésére felkért szakértők egy teljesen új struktúra szerinti Szolgáltatástervezési Konceptiót készítettek, ezért a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló, többször módosított 1993. évi III. törvény 92. § (7) bekezdése szerinti véleményeztetési eljárás a Képviselő-testület általi elfogadást követően kerül lefolytatásra.

A Képviselő-testület elé most előterjesztett Konceptiót azon feltétellel javasoljuk elfogadásra, hogy a végrehajtásának koordinálásában résztvevő Gondozási Központ munkatársai a Konceptióban megfogalmazott modell bevezetésének gyakorlati lépéseiről, valamint a véleményeztetés során született új javaslatok beépítéséről Intézkedési Tervet készítsenek a 2014. novemberi ülésre.

Kérem a Tisztelt Képviselő-testület, hogy a javaslatot megtárgyalni, és Sárospatak Város Önkormányzata Szolgáltatástervezési Konceptiójáról döntést hozni szíveskedjen.

Sárospatak, 2014. június 23.

Aros János

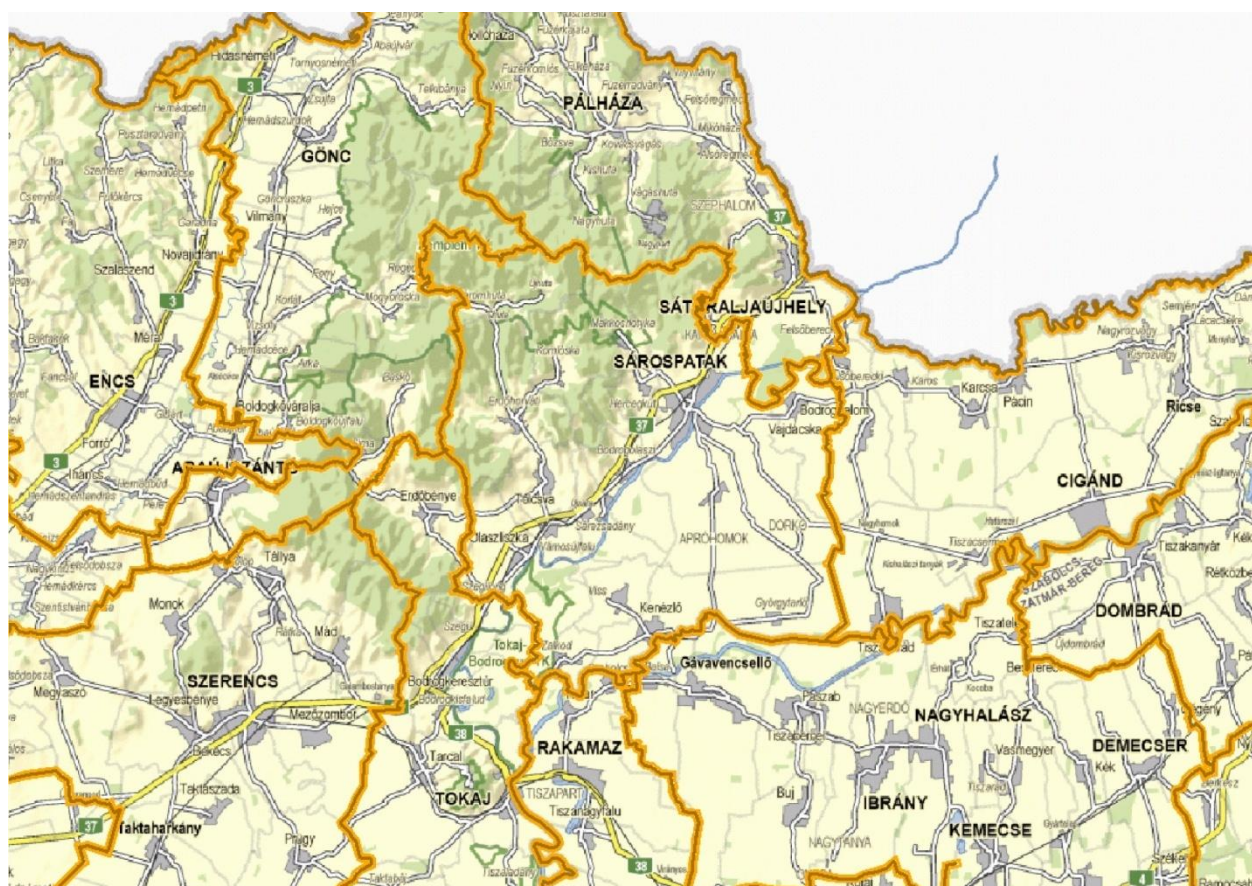
Készítette: Papp Imréné, a Sárospataki Gondozási Központ vezetője,
Lökkös Attila szakmai vezető

Törvényességi szempontból ellenőrizte:

dr. Vitányi Eszter
jegyző

A Sárospataki kistérség szociális és gyermekvédelmi szolgáltatási koncepciója

2014-2016



A kistérség leírása

A Sárospataki Kistérség Borsod-Abaúj-Zemplén megye keleti részén, a hajdani történelmi Zemplén vármegyében helyezkedik el. A kistérség területe 478 km², a 16 településen 24 946 fő él, székhelye Sárospatak. Sárospatak távolsága Budapesttől 251 km, Miskolctól és Nyíregyházától közel egyforma távolságra helyezkedik el.

A kistérségbe az alábbi települések tartoznak: Bodrogolaszi, Erdőhorváti, Györgyarló, Háromhuta, Hercegkút, Kenézlő, Komlóska, Makkoshotyka, Olaszliszka, Sáradsadány, Sárospatak, Tolcsva, Vajdácská, Vámosújfalú, Viss, Zalkod.

A települések együttes területe 477,61 km², ami a B-A-Z megye területének 6,59 %-át teszi ki. A kistérség egyetlen városa Sárospatak.

A kistérség az Alföld és az Északi-középhegység találkozásánál helyezkedik el – közel a magyar-szlovák határhoz -, melyet a Bodrog folyó köt össze. A kistérség települései két földrajzi tájegységbe sorolhatók: a Zemplén hegység dél-keleti peremlépcsőjét nevezzük Hegyaljának, a Bodrog és a Tisza által határolt területet Bodroglőnek.

A kistérség 16 települése közül a Bodroglő kistérséghez tartozik Sárospatak, Bodrogolaszi, Györgyarló, Kenézlő, Olaszliszka, Sáradsadány, Vajdácská, Vámosújfalú Viss és Zalkod, míg a Hegyalja kistérséghez Erdőhorváti, Háromhuta, Hercegkút, Komlóska, Makkoshotyka, valamint Tolcsva.



Demográfia

A lakónépesség alakulása

A lakónépesség az adott területen lakóhellyel rendelkező, és másutt tartózkodási hellyel nem bíró személyek, valamint az ugyanezen területen tartózkodási hellyel rendelkező személyek együttes száma.

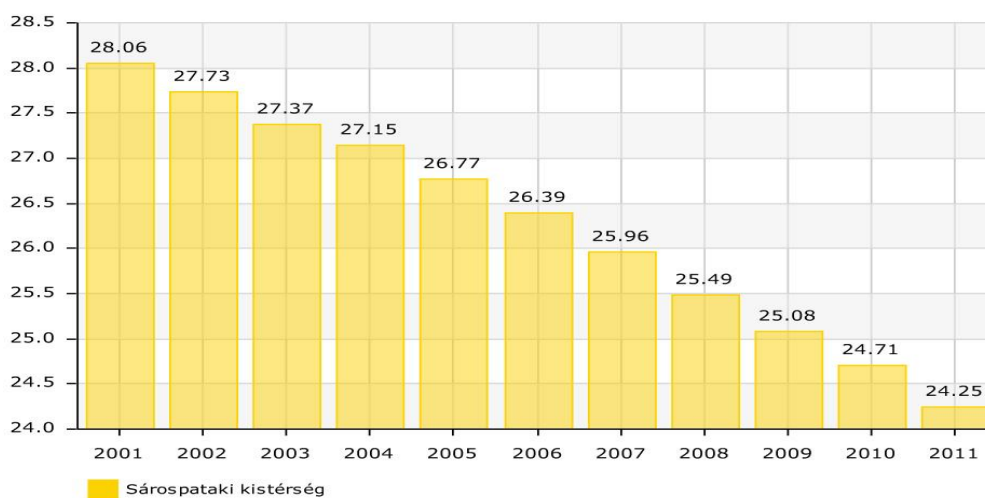
A Sárospataki Kistérség lakónépessége alakulása (bázis 1970 {100%})

1970	1980	1990	2001	2011
32 487	31 239	28 689	27 931	24 946
(100%)	(96%)	(88,3%)	(85,9%)	(76,7%)

Forrás: KSH 2011 népszámlálási adatok

Jól látható a táblázatból, hogy az elmúlt negyven esztendőben folyamatos csökkenő tendencia jellemzi a kistérség lakosság számának alakulását. A népesség fogyást nem törte meg a rendszerváltás sem, igaz a kilencvenes években némileg csökkent a fogyás üteme.

A fogyás az utolsó egy évtizedben ijesztő mértékben felgyorsult. Ezt mutatja az alábbi grafikon is.¹ Forrás: KSH, TEIR Kistérségi helyzetképek



¹ <http://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz10.html>

A grafikon adatai mutatják, hogy az elmúlt tíz év fogyási tendenciája kiegyensúlyozott, évi 0,33-0,46% körüli.

A halmozódás hatásait figyelembe véve azt láthatjuk, hogy a kistérség 1970 óta csaknem minden negyedik lakóját elvesztette.

Ha ezt a folyamatot jobban meg akarjuk érteni, három változót érdemes alaposabban vizsgálnunk. Az egyik a természetes szaporodás/fogyás, a másik a vándorlási egyenleg, végül az öregedési mutató.

A koncepció megalapozásához készült szociális térkép, a kistérség tizenhat településén 263 háztartás felkeresésével 576 együtt élő háztartástagról szóló információkat tartalmaz.

A kérdőíves adatfelvétel eredményeit fókuszcsoporthoz interjúval egészült ki. Az empirikus adatfelvétel főbb eredményeit árnyaló egyik fókuszcsoporthoz beszélgetésünkre a társszakmák képviselőit hívtuk meg, míg a másik beszélgetést a szociális szolgáltatást igénybe vevők egy csoportjával történt.

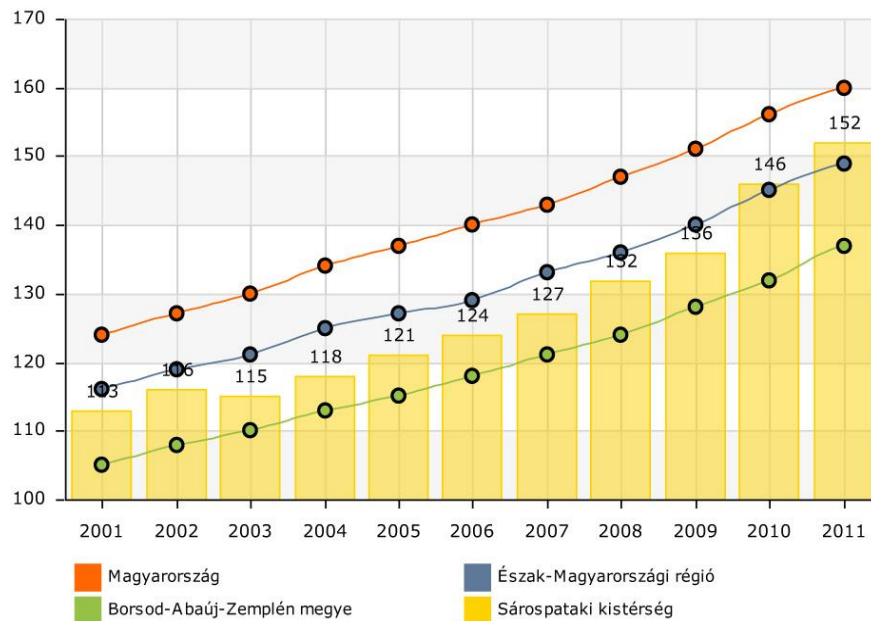
Ezek alapján az alábbi kép rajzolódott ki az igénybevevőkről.



Fontos adat a koncepció elkészítésekor az öregedési mutató, mely a népesség előregedésének mértékéről tájékoztat, az időskorúak gyermekkorúakhoz viszonyított arányát számszerűsíti.

Értelemszerűen, minél nagyobb ez a mutató adott területegységre, ott annál idősebb a népesség.²

² <http://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz10.html>



Forrás: KSH, TEIR Kistérségi helyzetképek

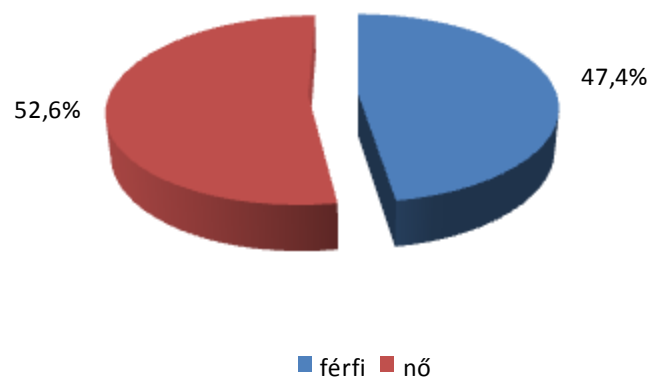
Egy folyamatosan öregedő társadalmat találunk, azonban a kistérségben - noha a tendencia megegyezik az országos a régiós és a megyei adatokkal is - azt láthatjuk, hogy az öregedési mutató mindvégig alatta marad az országos arányszámoknak, a régiós adatokat is csak az 2010-ben érte el, és haladta meg. Az ábra szerint azonban a kistérség a vizsgált időszakban egészében magasabb és egyre növekvő mértékű öregedési mutatóval bírt, mint Borsod-Abaúj Zemplén megye.

Megállapítható, hogy az idősök aránya Vajdácskán kivételével minden kistérségi településen meghaladja a gyermekkorúakét. A lakónépesség korösszetételének végletes torzulására utal, hogy ez az arány Háromhúton és Zalkodon több mint ötszörös, Herceghúton, Komlósán, és Sározsadányban több mint két és félszeres! A kistérség lakosságának több mint felét magáénak tudó Sárospatakon is másfélszeres.

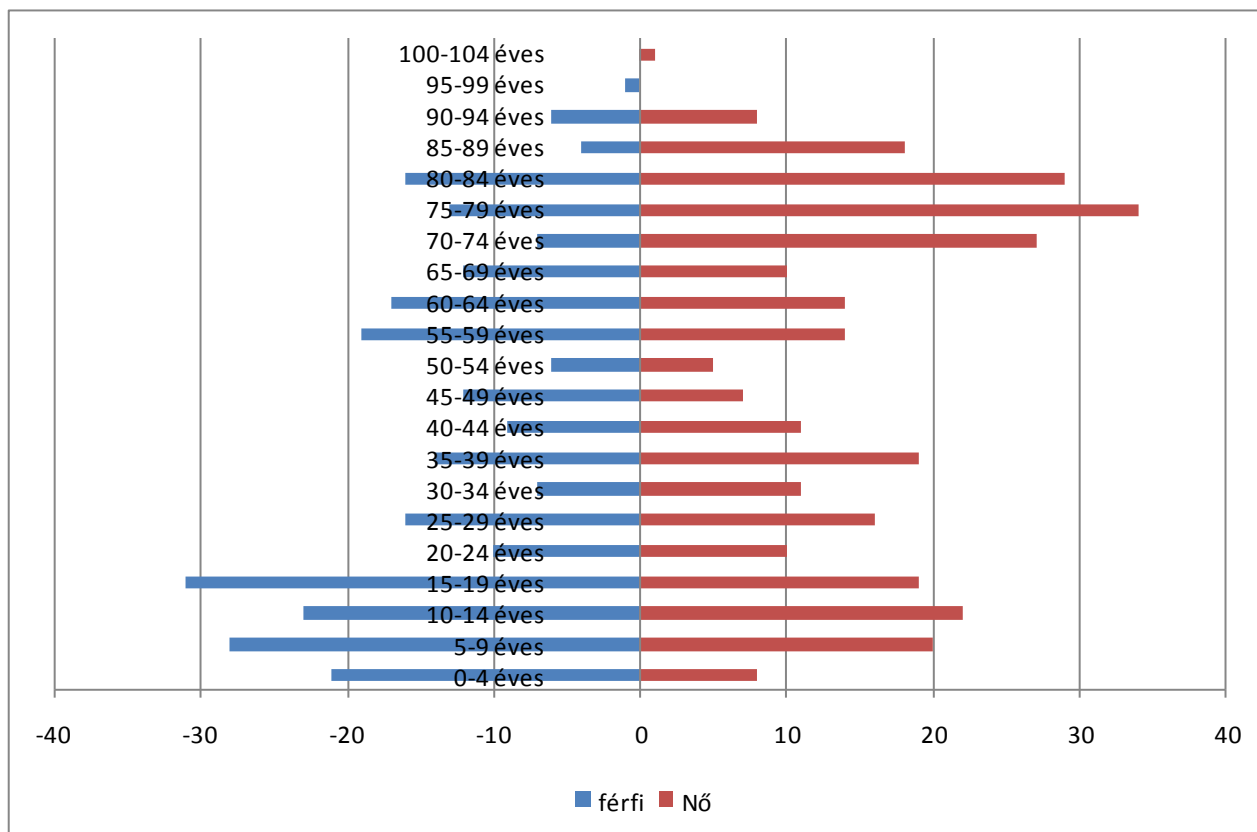
A szociális ellátó rendszer felé ez egy komoly jelzés arra, hogy a jövőben milyen típusú ellátásokra jelentkezhet igény a kistérség egyes településein.

A szociális szolgáltatásokban részesülő háztartások főbb jellemzői

A megkérdezett háztartásokban élők nemek szerint

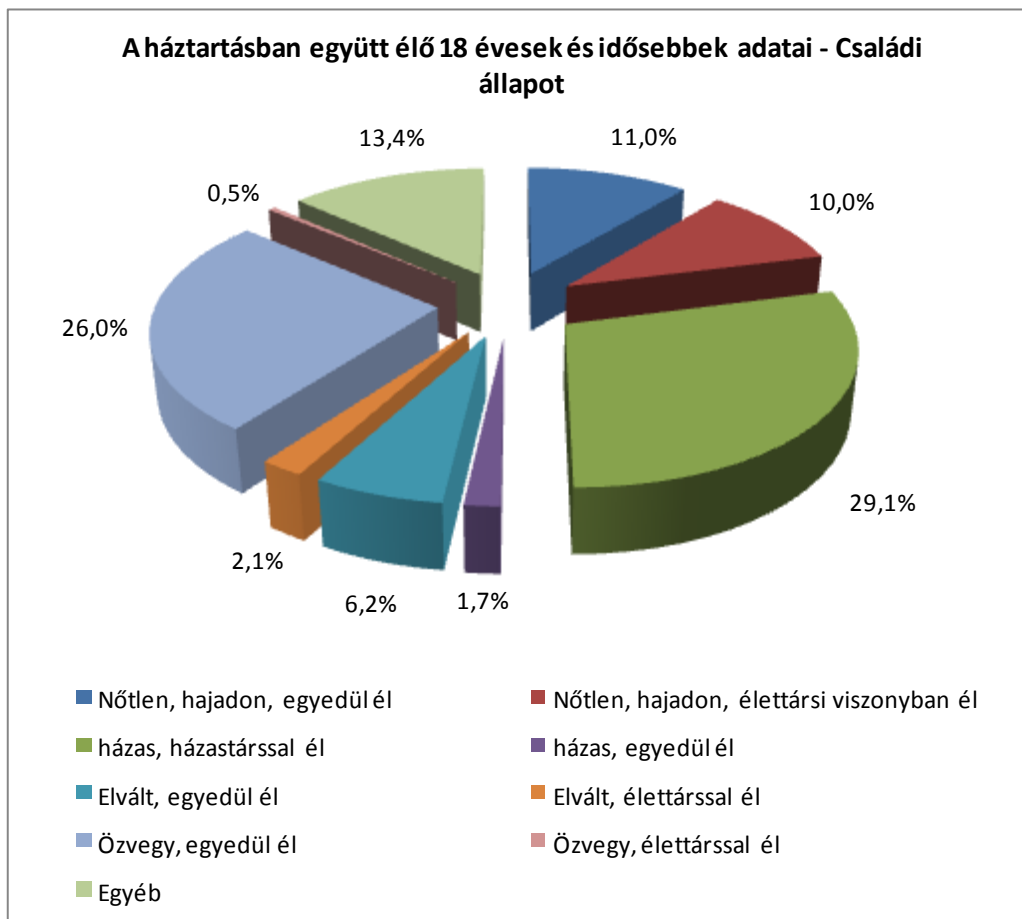


A szociális szolgáltatást igénybe vevő háztartásokban élők korfája



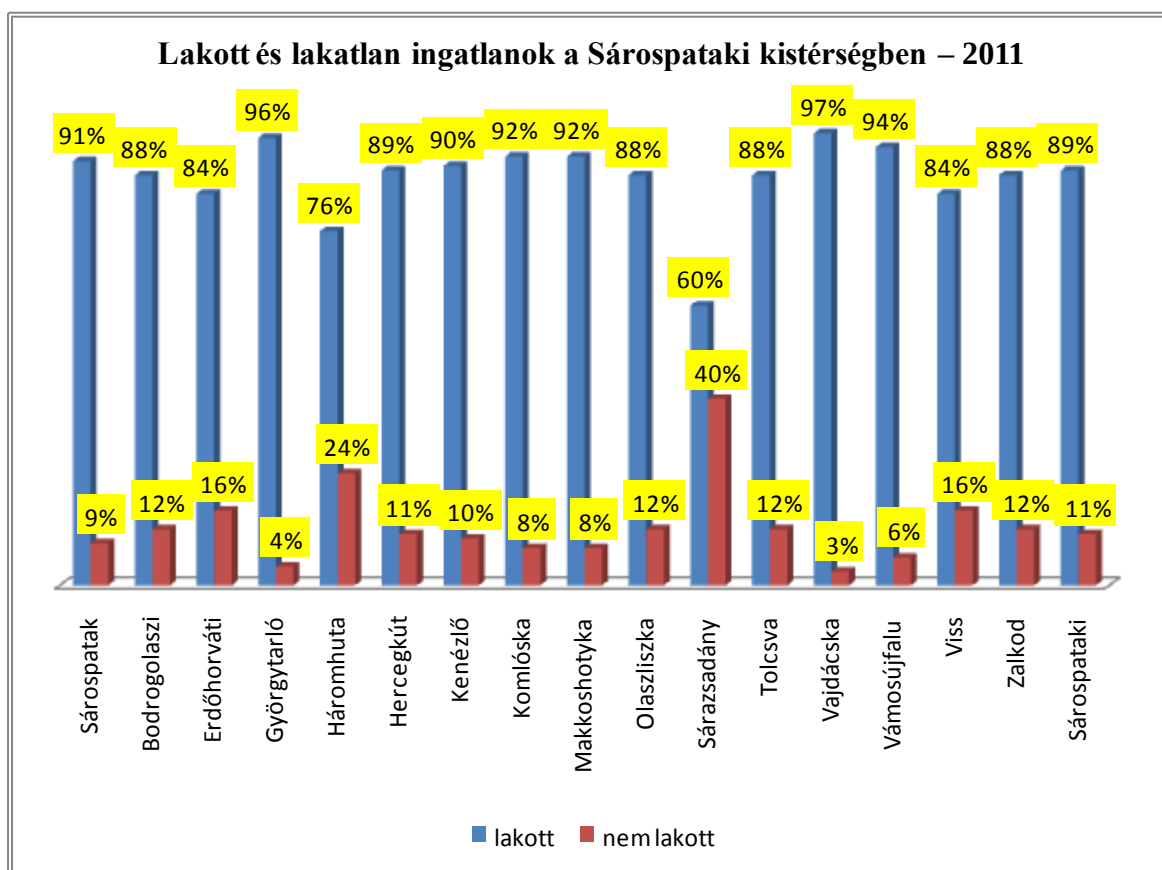
A nemek életkori megoszlását elemezve arra a megállapításra juthatunk, hogy a nőtöbbség döntően a 70 éves kor felett jelenik meg.

Családi állapot



Egy vagy kétfős lakóingatlanok adják a megkérdezettek háztartásai közel $\frac{3}{4}$ -ét, 70,8 %-át (a négy főnél többen egy fedél alatt élők aránya 13,2 %). Vagyis a nagy családok jelenléte nem meghatározó a szociális szolgáltatásokat igénybe vevők közt. Az elkészült szociális térkép felhívta a figyelmet egy lényeges problémára, mely a koncepció szempontjából lényeges elem lehet.

A KSH adatbázisából megállapítható hogy hány nem lakott ingatlan található a kistérségben. Az alábbi táblázat ezeket mutatja, települési bontásban.



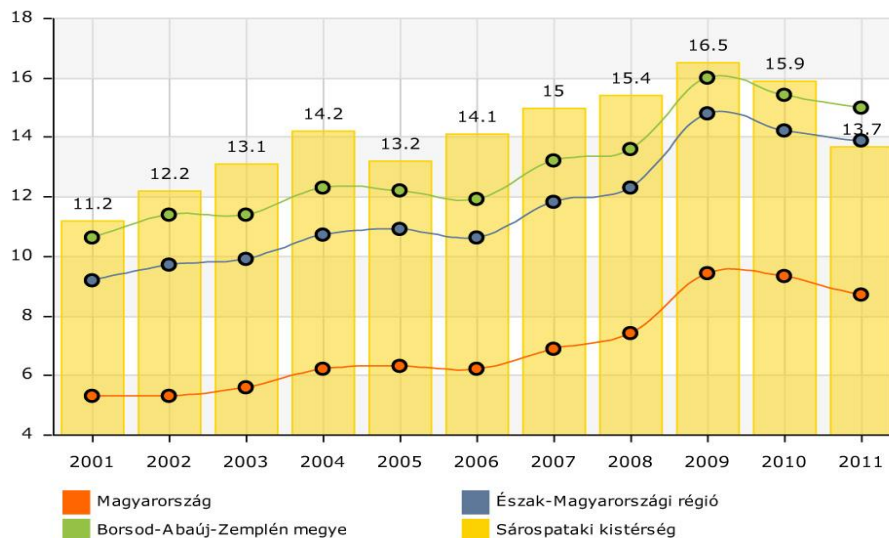
Forrás: KSH – népszámlálás 2011

Sárazsádányban a nem lakott ingatlanok aránya magas 40%. Háromhután csaknem minden negyedik ingatlan áll üresen. Erdőhorvátban, illetve Vissen 16%. Ez azt is jelenti, hogy az ezeken a településeken az alacsony ingatlanárak miatt megjelenhet egy olyan vásárlói csoport, amely a szociális ellátó rendszerre komoly nyomást fejt ki.

Nem szabad azt sem figyelmen kívül hagynunk, hogy ezen ingatlanok a kistérség azon településein találhatók, amelyekről lényegében minden szolgáltatás hiányzik.

A szociális ellátórendszer szempontjából szintén nagyon fontos mutató a foglalkoztatottság, melynek kapcsán a szociális térkép készítői megjegyzik az alábbiakat:

A munkaerő piaci elemzések rendre azt mutatják, hogy az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők a leginstabilabbak a munkaerőpiacon. Még a segéd- és betanított munkáknál is hátránnyal indulnak, ugyanis az elmúlt években a munkaerő-piacon keletkező kínálat miatt a foglalkoztatók e területeken is a magasabban képzett embereket keresik.



Forrás: KSH, TEIR Kistérségi helyzetképek

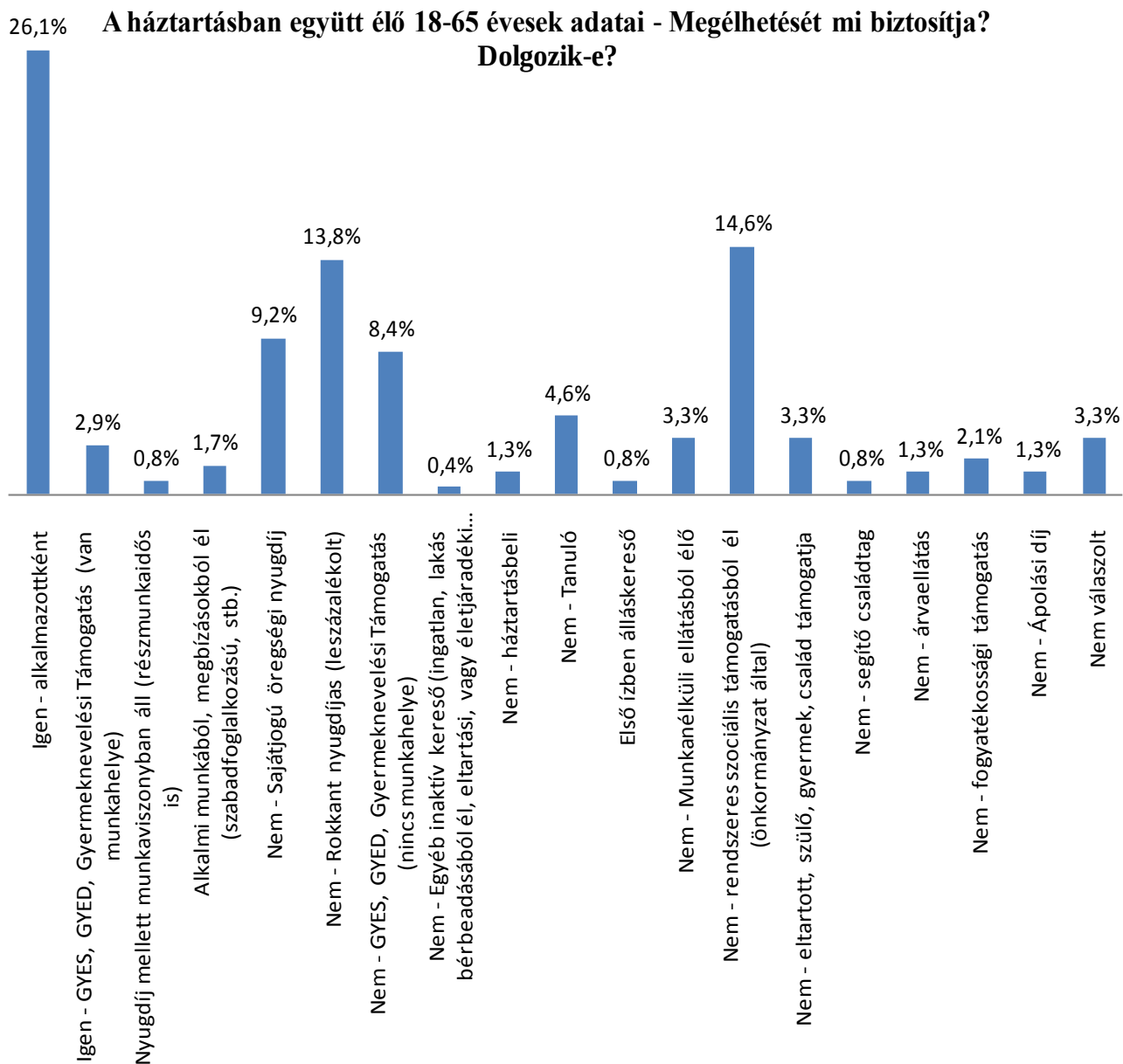
A grafikon szemléletesen mutatja, hogy a Sárospataki kistérségben lakó munkanélküliek aránya háromszorosan haladja meg az országos átlagot.

A 2001-2011 közti tíz esztendőben a munkanélküliségi ráta soha nem volt alacsonyabb 10%-nál. Ez a tendencia 2010-ben – vélhetőleg a közmunka hatására - megtört.

Mi biztosítja a kliensek háztartásainak megélhetését? A háztartásokban élők közül dolgozik, jövedelmet biztosító tevékenységet végez a háztartásban együtt lakók mindössze 14,2 %-a. A legjelentősebb csoport, az összes kategóriáink közül a sajátjogú öregségi nyugdíjasok csoportja: 37,1 %. A háztartásokban együtt élők között tanul 19,8%. Gyermekgondozással összefüggő inaktívak aránya 3,8%, rendszeres szociális támogatásból élőké 6,8%, szülő, gyermek stb. támogat: 5,9%-ot. Ha a sajátjogú öregségi nyugdíjasokhoz hozzáadjuk az egyéb ok miatt nyugellátásban részesülőket, láthatjuk, hogy a kliens háztartásokban élők közül 44,5% kap valamilyen nyugdíjszerű ellátást. Azaz elmondható hogy a szociális szolgáltatásokkal elsősorban a nyugdíjasokat éri el a kistérségben.

Ez alapvetően meghatározza a szolgáltatási struktúráját is a kistérségi szolgáltatásoknak.

Miközben a térségben élő szakember folyamatos azt jelzik problémának, hogy a kliensek nem motiváltak a helyzetük megváltoztatására, az is elmondható, hogy a kialakított szolgáltatások döntő többségében nem a helyzetváltoztatást, csupán a helyzet megőrzést segítik.



A nem túl magas foglalkoztatotti arányról kapott képet tovább árnyalja, ha megvizsgáljuk, hogy a foglalkoztatottak milyen formában folytatják tevékenységüket.

A háztartásban együtt élők adatai - Milyen foglalkoztatási formában folytatja a tevékenységét?

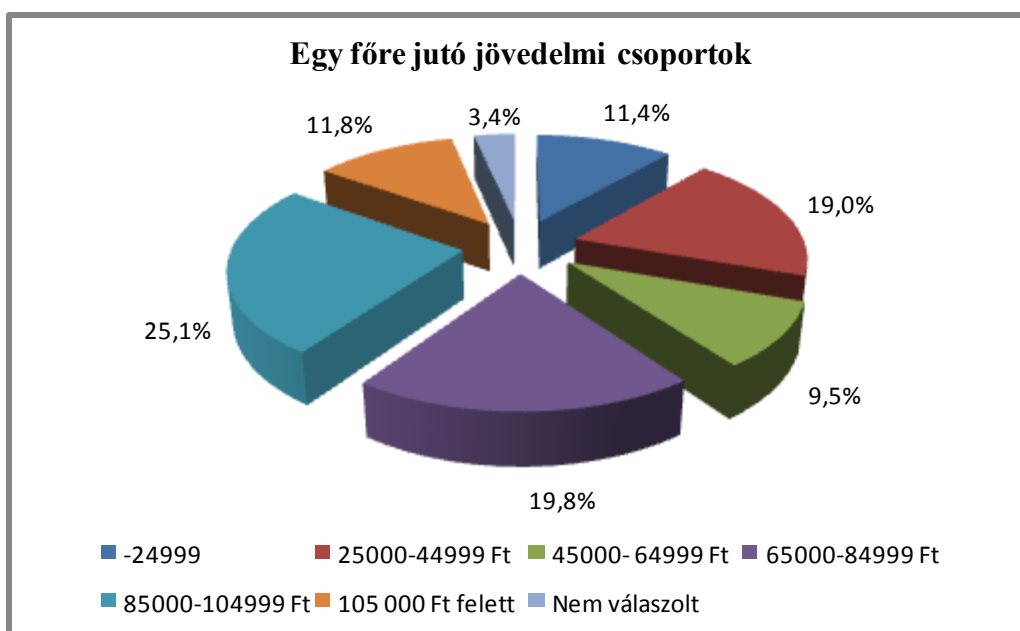


A kistérségben az egy főre jutó összes nettó jövedelem két és félszeresére nőtt, a növekedés együtt mozog a régiós és megyei adatokkal. A leszakadás azonban nominálisan egyre nagyobb lett. Míg 2000-ben a különbség az országos adathoz képest 70.000.- forint volt ez az évtized végére megduplázódott! Ha figyelembe vesszük a fogyasztói kosár termékeinek és az inflációnak az együttes torzító hatását, akkor elmondhatjuk, hogy a Sárospataki kistérség jövedelemképző ereje sokat esett az elmúlt évtizedben.

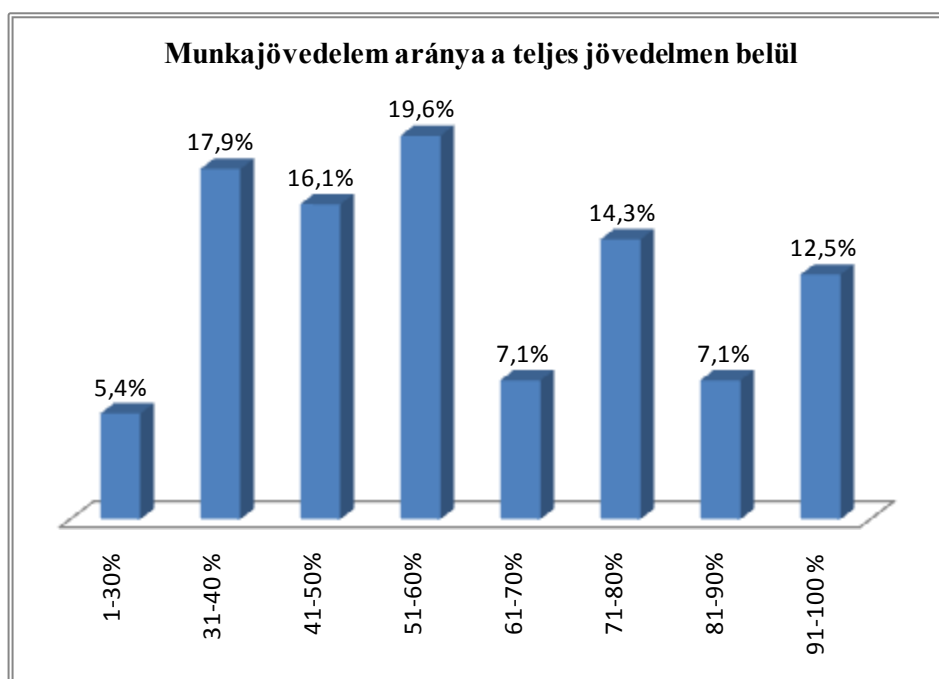
A foglalkoztatási adatok megelőlegezik a háztartások jövedelmi viszonyait. A létminimum egy fogyasztási egységre számított átlagos értéke 2012-ben havonta 85.960.- forint volt.

A grafikon szerint a háztartások jövedelmi viszonyait jellemzi, hogy majd 2/3 -uknál az egy főre jutó havi nettó jövedelem a már említett létminimum alatt marad.

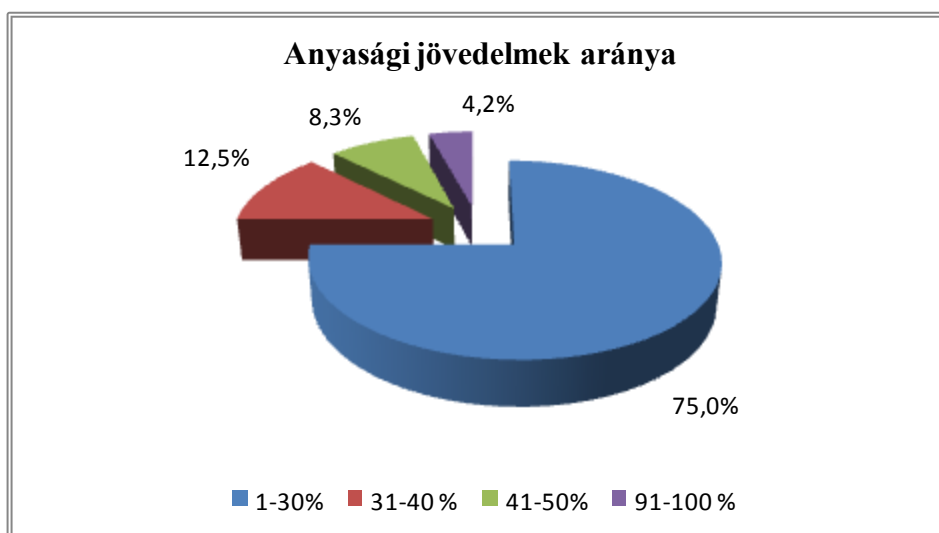
A kliens csoport háztartásainak egy főre eső átlag havi nettó jövedelme 70.005 forint, ami szintén nem éri el a létminimumot. .



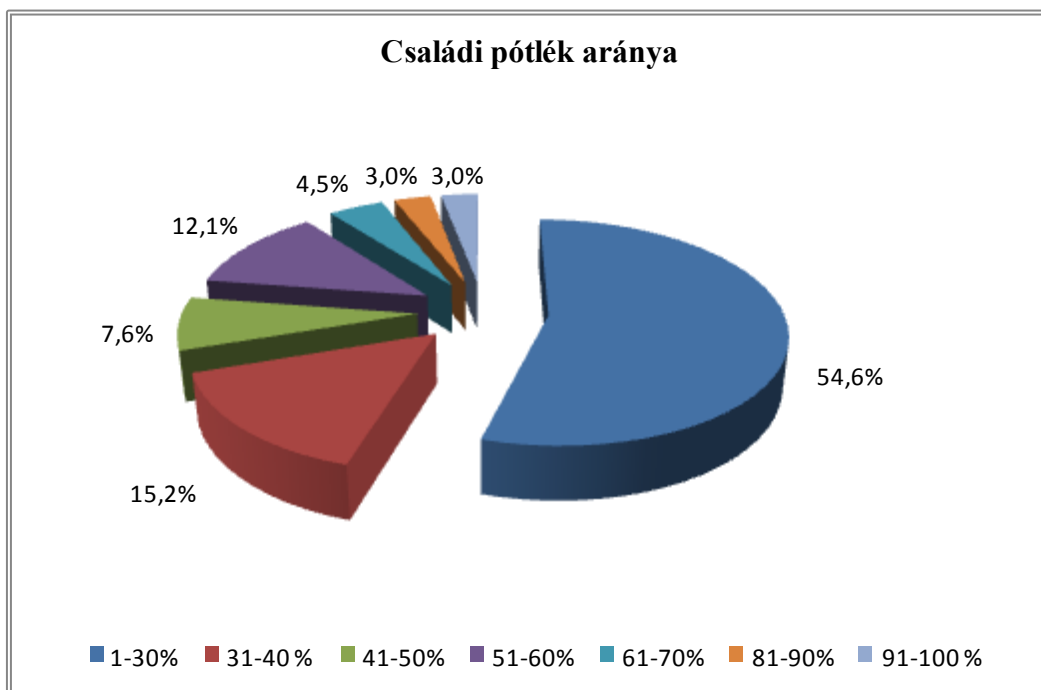
A jövedelem szerkezete:



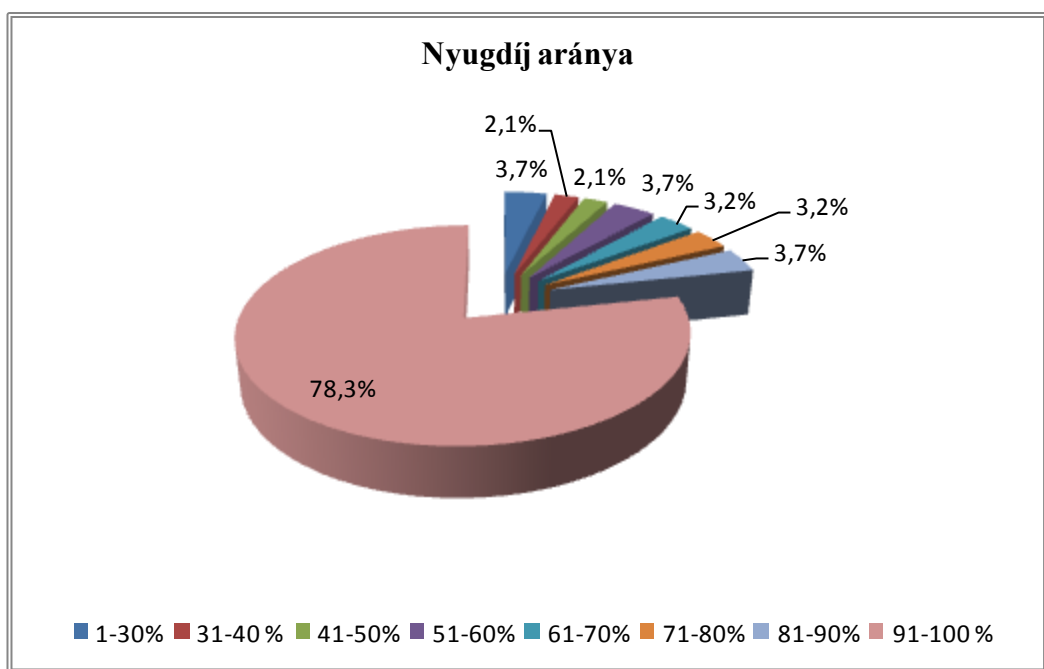
A háztartások negyedében az anyasághoz kötődő jövedelmek aránya az összjövedelmen belül meghaladja a 30%-t!



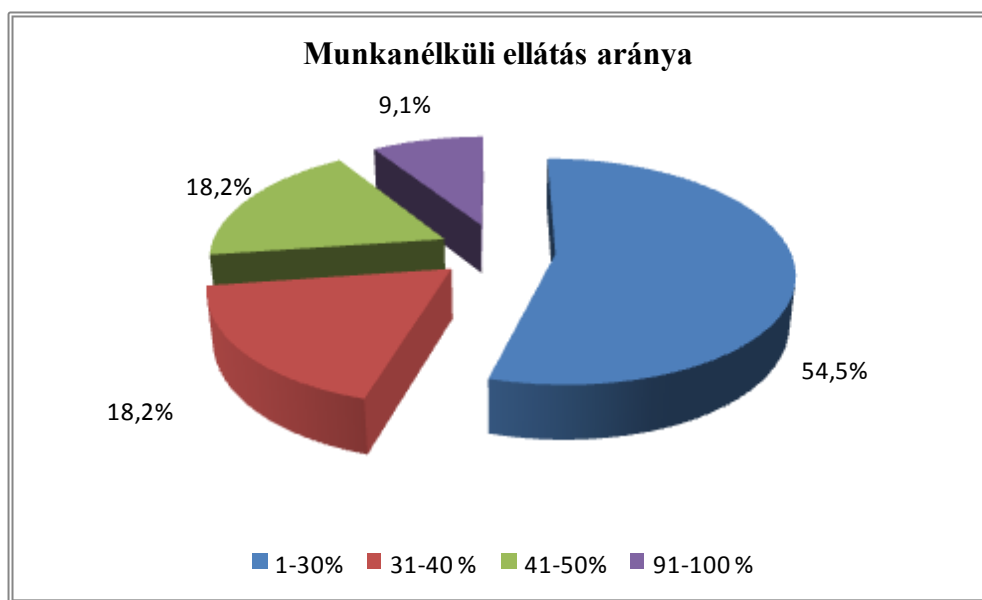
A családi pótlék aránya az összjövedelmen belül csaknem minden második háztartásban meghaladja a 30%-ot, (30 háztartás)!



A nyugdíjjal bíró kliens háztartások 92,1 %-ában a nyugdíj jelenti a háztartások bevételeinek zömét.

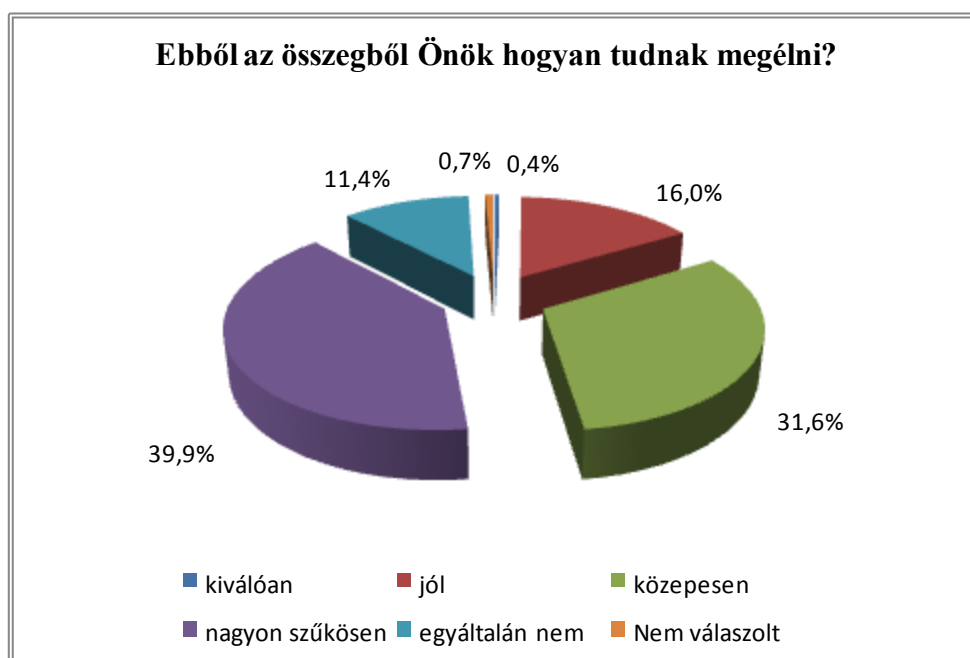
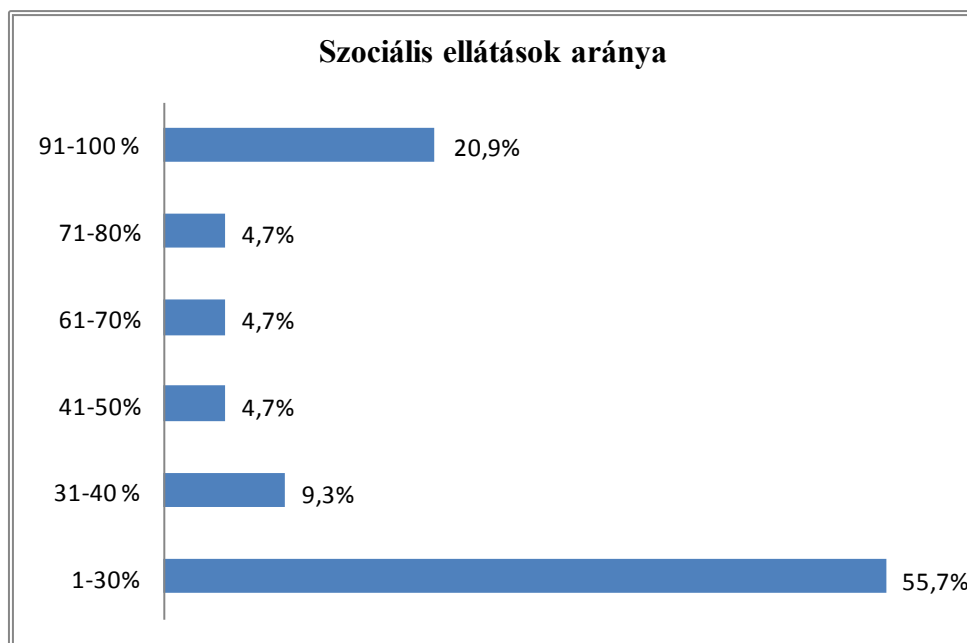


Összesen 11 (4,2 %) olyan háztartás jelent meg látó körünkben, amelyek tagjai jogosultak voltak az elmúlt egy esztendőben munkanélküli ellátásra. A munkanélküli ellátásból részesülők több mint felénél a munkanélküli ellátás jelenti az összjövedelem több mint 30%-át!!



A megkérdezett háztartások közül 16,3%-ban jelen van a szociális ellátás, mint jövedelem valamilyen formája. Harmadukban a szociális ellátások adják a bevételek több mint 50% -át,

(minden ötödik háztartás esetében ez az arány 90% feletti). 55,8% azon háztartások aránya, ahol a szociális ellátások összebevételeken belüli aránya nem éri el a 30%-t.



A jövedelmi viszonyaikat a megkérdezettek kétharmada nagyon szűkösnek (40,2 %) illetve egyáltalán nem elegendőnek (11,5%) ítélte meg. Majd minden harmadik (31,8%) válaszadónk

azonban közepesre értékelt. Jól vagy kiválóan a megkérdezettek 16,5 % tud megélni. Kérdés, hogy a szociális ellátások esetében ez az arány sok vagy kevés. Másképp fogalmazva, elképzelhető, hogy ez a 16,5% háztartás akár piaci alapú ellátást is meg tudna finanszírozni..

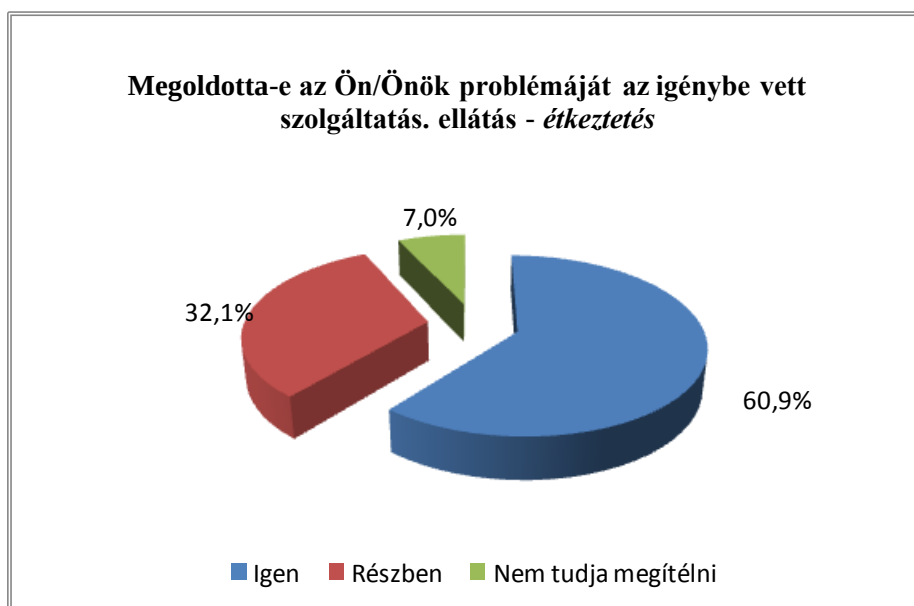
A kiadásszerkezeti adatokról összefoglalóan elmondható, hogy a csekély források egy torz kiadás szerkezetet eredményeznek, amely három nagyobb csoportra oszlik. Az élelmiszerek és a lakásfenntartás együtt a háztartások összkiadásának 71%-át teszi ki. Jelentős a gyógyszerre, orvosra fordított összegek aránya, különösen akkor, ha figyelembe vesszük az egészségügyben működő szubvenciókat. A kistérségben az adatok tanulsága szerint, az adósságkezelési szolgáltatásra az átlagot nem meghaladó mértékű igény mutatkozik.

A Sárospataki kistérség szociális szolgáltatást igénybe vevő háztartásainak leggyakoribb vagyontárgya a föld, mely a szolgáltatás szervezés szempontjából egy igényfelmérés után lehet egy olyan pontja a szolgáltatási struktúra kialakításának, mely a helyzetváltoztató szolgáltatások irányába tolhatja az ellátó rendszert. Az itt feltártak lehetőséget jelenthetnek a közösségi szociális munka néhány területi beavatkozására, melynek hosszú távon prevenciós hatásai is lehetnek.

Az ellátottak véleménye a szolgáltatásokról:

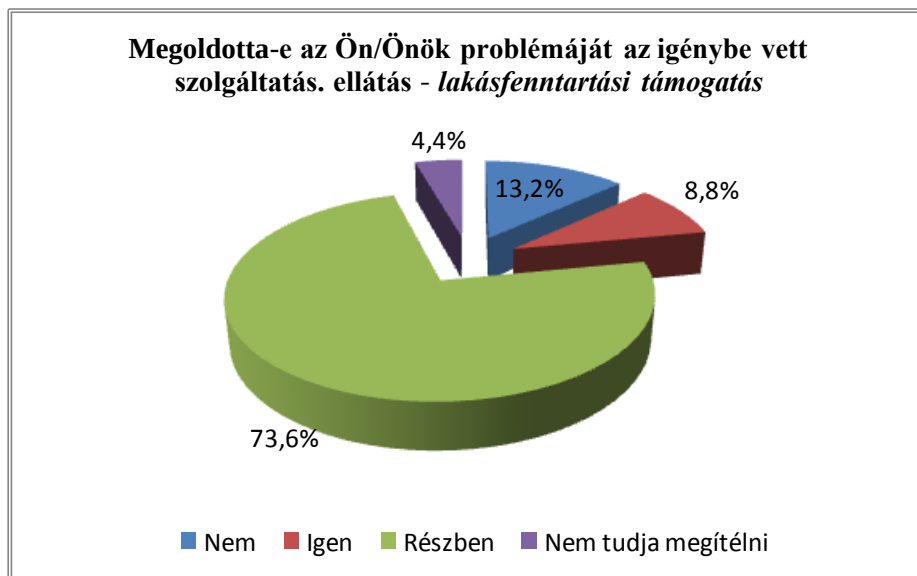
1. Étkeztetés

A Sárospataki kistérség szociális ellátó rendszere által nyújtott leggyakoribb ellátás, amit a megkérdezett háztartások (62,7%) vehetett igénybe.



2. Lakásfenntartási támogatás

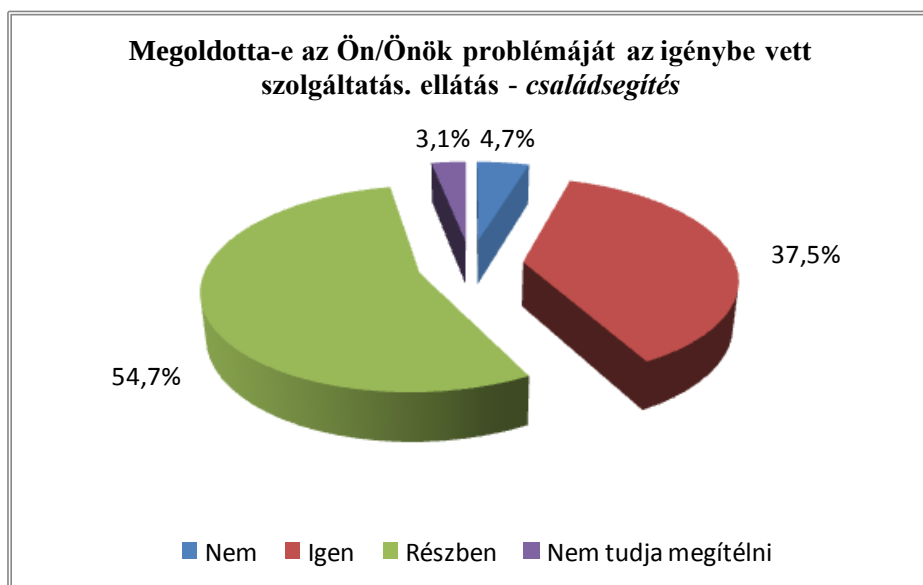
A sorban a második leggyakoribb ellátási forma a lakásfenntartási támogatás, ugyan étkeztetéshez képest a háztartásoknak kevesebb, mint fele, az összes megkérdezett háztartás bő negyede veszi igénybe azt.



A lakásfenntartási támogatásban részesülők 82,3 % valamilyen mértékben elégedetlen ezzel a második leggyakoribb ellátással. Mindösszesen kevesebb, mint minden tízedik háztartásnak jelentett ez a nyújtott segítség megoldást.

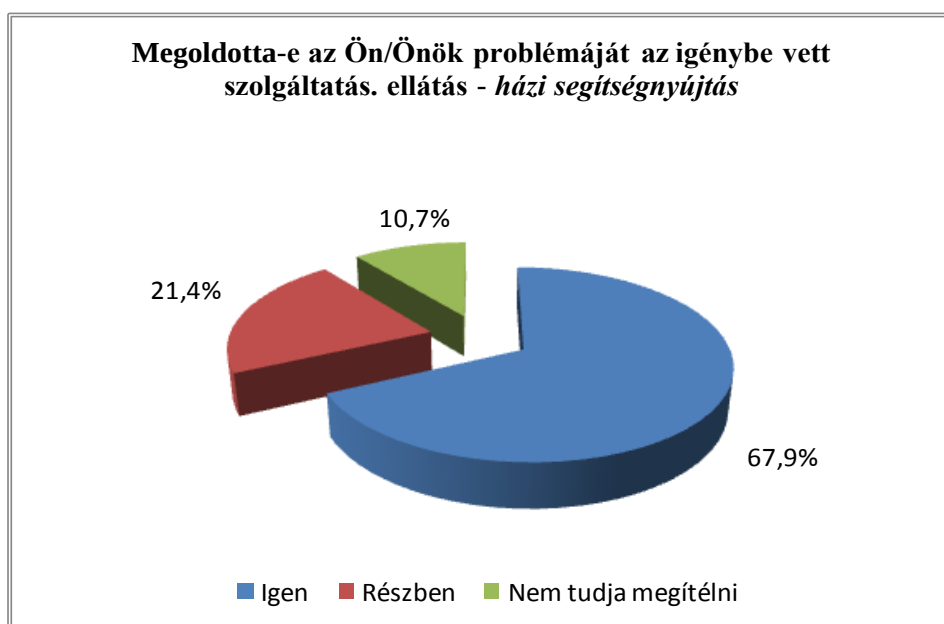
3. Családsegítés

Minden második esetben részben, további közel 40%-ban teljes megoldást jelentett, másképpen fogalmazva: a családsegítés igazi sikertörténete a Sárospataki kistérség szociális szolgáltatásainak, hiszen a mintánkba került és a szolgáltatást igénybe vett kliensek 90%-nak megoldást jelent.



4. Házi segítségnyújtás

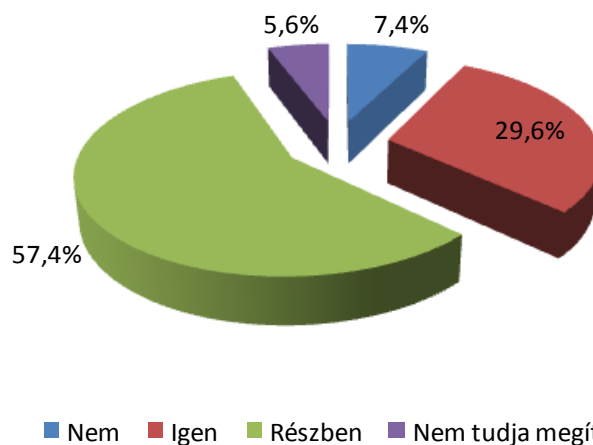
Az ellátásban minden megkérdezett ötödik háztartás érintett. Ez is az egyik legjobbra értékelt állatási forma, közel 90%-os a teljes vagy részbeni elégedettség.



5. Gyermekjóléti szolgáltatás

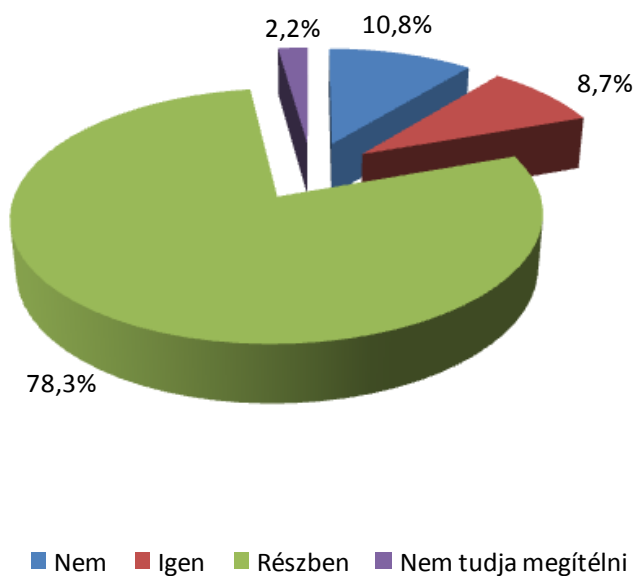
A szolgáltatást a megkérdezett háztartások ötöde veszi igénybe. A gyermekjóléti szolgáltatás a kliensháztartások valamivel több, mint felének megítélése szerint csak részben nyújtott megoldást.

Megoldotta-e az Ön/Önök problémáját az igénybe vett szolgáltatás. ellátás - *gyermekjóléti szolgáltatás*



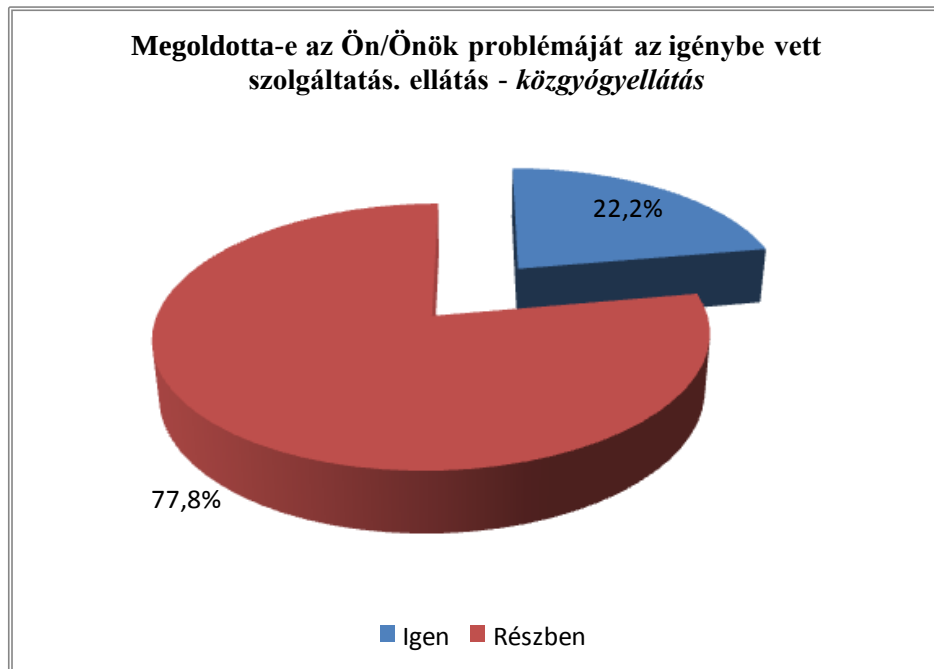
6. Rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény

Megoldotta-e az Ön/Önök problémáját az igénybe vett szolgáltatás. ellátás - *rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény*



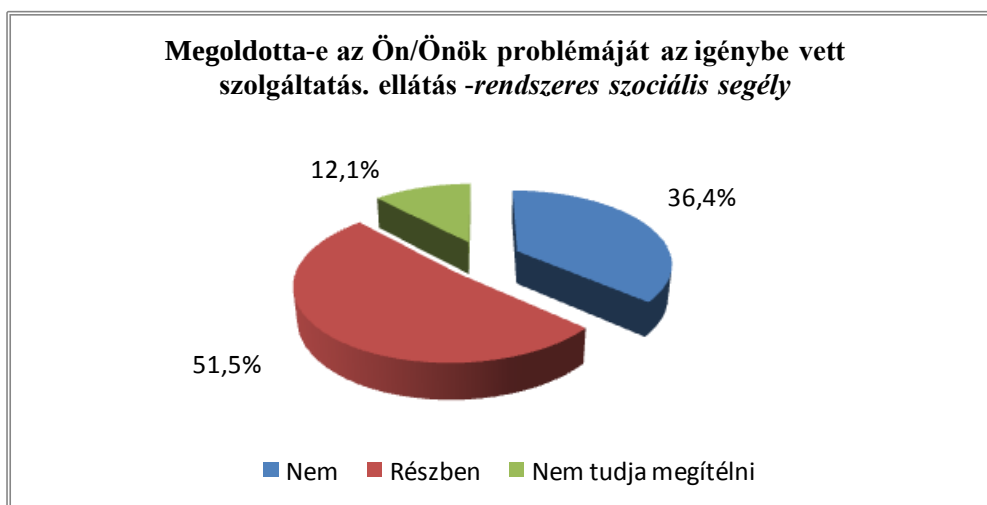
A gyermekvédelmi kedvezmény 18,1%-ban jelenik meg, és mindössze 4 olyan háztartás van, ahol maradéktalanul elégedettek. Nagy többségük számára csak részben jelent segítséget.

7. Közgyógyellátás



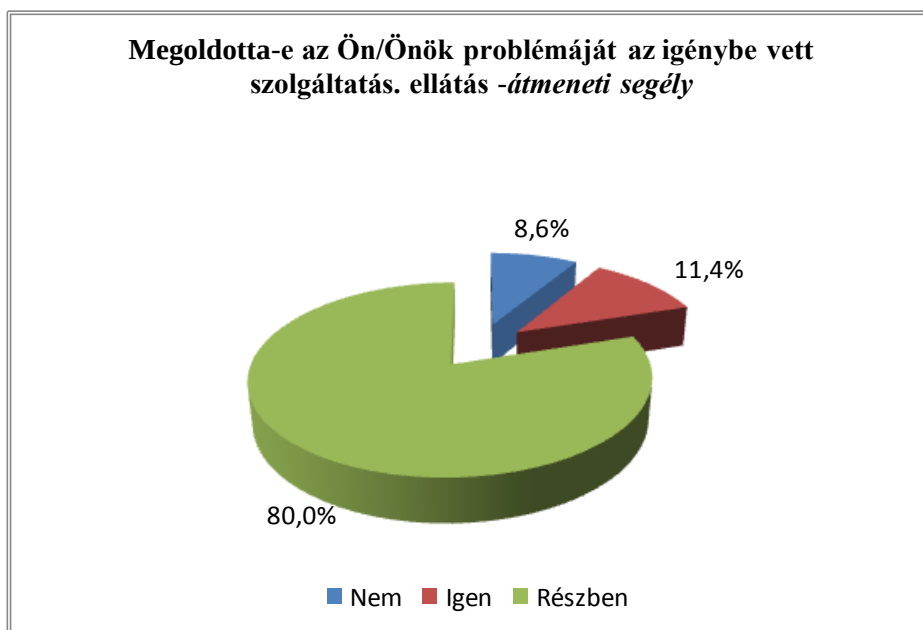
A közgyógyellátásban részesülő háztartások száma nem jelentős, főleg figyelembe véve a már ismertett életkori struktúrát és jövedelemszerkezetet, valamint a később tárgyalásra kerülő, a mintánkba került kliensháztartásokat jellemző rossz egészségi állapotot. A fentiek ismeretében nem meglepő, hogy mindössze 22,2 % elégedett teljes mértékben.

8. Rendszeres szociális segély



A rendszeres szociális segélyről az eddigi legmagasabb arányban, az ellátást kapók bő egyharmada (36,4%) nyilatkozta, hogy nem oldja meg a problémáját, a szűk többségnek (51,5%) is csak részben. Figyelemre méltó, hogy elégedett háztartás ebben a kategóriában nem volt

9. Átmeneti segély



Az átmeneti segéllyel kicsit „jobb” a helyzet, mint a rendszeres szociális segély esetében, a 35 háztartásból 11%-nak megoldást jelentett problémájára.

A szolgáltatások igénybe vételének halmozódást Sárospatakon és Olaszliszkán találtuk, és zömmel nagyobb létszámú háztartásokban.

A szociális ellátásokat igénybe vevő háztartások több mint felében van krónikus beteg, tartós betegségben szenvedő. Ez a nagyon magas arány, azt is jelezheti, hogy a rossz egészségi állapot, amely valószínűleg a magas korral is együtt jár, az egyik oka lehet a szociális rászorultságnak. Ezt az állításunkat csak tovább erősíti, hogy minden hatodik/hetedik háztartásban nem egy, hanem több krónikus vagy tartós beteg él.

A szociális szolgáltatásokat igénybe vevő lakosság esetében általános probléma a tartósan rossz egészségi állapot jelenléte, negyedük/ötödük esetében ennek halmozódása az egyes háztartásokban. Elképzelhető, hogy a szociális ellátások rejtetten egészségügyi kiadások, a csökkent munkaképesség egyik oka lehet a munkaerő piacról való kiszorulásnak. Összességében tehát egy szegény, de még beosztható jövedelemmel élő klienskört találtunk, amely ugyan erőforrásainak nagy részét a napi megélhetésre fordítja. Iskolázottságban, általában kulturális státuszában stabilan rossz, a munkaerő-piacon érvényesíthető kulturális tőkével nem bíró kondíciókkal, átlagos jövedelme a KSH létminimumát alulról közelíti, de el nem éri. Jellemző még a rossz egészségi állapot szociális hátránnyá válásának gyakorisága, épp úgy, mint a rossz szociális helyzet, a társadalmi státusz következményeként elő álló rossz egészségi állapot. Ez az adat felveti az egészségügyi és a szociális ellátó rendszerek egymásra utaltságát.

A fenti adatok egyértelműen mutatják, hogy a szociális , gyermekjóléti és egészségügyi szolgáltatások tekintetében érdemes a változások felé elmozdulni. Lényeges kényszerítő elem lehet még, az Önkormányzati rendszer jelentős átalakulása, mely a kötelező ellátások megszervezése kapcsán jelenthet fontos kötelezettségeket, illetve az ebből adódó finanszírozási rendszer átalakítása, mely előkészületeinek folyamatosan tanúi lehetünk. Nem nehéz megjósolni, hogy az Önkormányzatok állam által átvállalt adóssága, valamint az ezen lépés alapján a helyi önrendelkezéstől elvárt irányul szabott kérés, a helyi gazdaság fejlesztése iránt, a humán szolgáltatások rendszerére is hatást gyakorol. Fontos finanszírozási kényszerként rövidesen meg fog jelenni a feladatfinanszírozás rendszere, mely szintén az átalakulás irányába ható erőként nehezedik az ellátó rendszerre. A fentiek alapján a koncepcióban megkísérelünk egy olyan átalakítási irányt felvázolni, mely összegzi a felmerült problémákat, valós válaszlehetőséget nyújtva azok megoldására, illetve egy minőségfejlesztési szemlélettel, a valós igényekre próbál reagálni, középpontba helyezve a szolgáltatások igénybevevőit, vagyis a kistérségben élő embereket.

Motivációs tényezők a változás iránt:

Az intézmény munkatársai szakmai igényessége, másrészt a településeken, kistérségekben élők motivációját részint azok a lakossági igények jelentik, melyek megjelennek az intézményi szolgáltatások iránti elvárásokban.

A kielégítetlen igények folyamatos frusztrációt, illetve megoldatlan problémákat jelentenek, melyek elmélyülése mind szakmai mind pedig finanszírozási szinten kezelhetetlen problémahalmazt gerjeszthet.

Másrészt azok a fenntartói elvárások, melyek az intézményekben a fenntarthatóságot is biztosítani képesek.

A fenntartói motivációt pedig az Önkormányzati törvény változása, mely az Önkormányzatok feladatellátását és a hozzá szükséges források biztosítását is megújítja.

A feladatfinanszírozás bevezetése is jelentős motivációs tényező a koncepció megvalósulása során.

Információhoz való hozzáférés

Az infokommunikációs technológia elterjedtsége a térségben a lakosság körében nem megfelelő, ezért az információhoz való hozzáférése a lakosság szociális ellátást igénybevevő rétegében kifejezetten korlátozott. Ennek megfelelően ki kell építeni azokat a megfelelő kommunikációs csatornákat, melyek hatékonyan képesek eljuttatni az információt a lakossághoz. Elsődleges terepe a személyes kontaktus, melynek különböző fórumait kell megteremteni a programban.

Az intézmény központjában Sárospatakon a szakmai munka szervezése kapcsán lehetőségként felmerült a lakosság számára információhoz való hozzáférést elősegítő munkamódszer bevezetése, mely az intézményen belül, egy úgynevezett front office és back office jellegű munkavégzés. A rendszer bevezetése kapcsán a lakossági információ és ügyintézési szolgáltatás biztosítása, valamint az ellátott irányítási rendszer kezelése egy az igénybevevők számára nyitott folyamatos elérést lehetővé tevő, asszisztensi szolgáltatás biztosításával történne,(front office) így ez nem venné el az időt a családgondozói feladatoktól. A családgondozói tevékenység pedig szakmailag megalapozottan az integrált intézményből fakadó előnyök kihasználásával(back office) több ráfordított idő biztosításával tud megvalósulni.

Szolgáltatások között fennálló problémák

A családok – gyermekes családok ellátását biztosító szolgáltatások kapcsolata: családsegítés, gyermekjóléti szolgáltatás, védőnői ellátás

A családok segítése nyitott, sokféle probléma észlelésére és fogadására alkalmas, életciklus menetén is széles sávban feltáró, nem csak kor-specifikus szükségleteket kielégítését szolgáló ellátásként kell, hogy működjön.

A fennálló problémák:

1. kommunikációs probléma: a szolgáltatások esetében a konzultáció és a közös esetkezelés kötelező, viszont az ellátó rendszerbe történő bekerülés, az ellátott irányítás és jelzőrendszer tagjai között a feladatfinanszírozás helyett működő bázisalapú finanszírozás miatt nem tervezhető bevétel

2. szolgáltatás elem probléma: pszichológiai tanácsadás és terápia hiányzik a szolgáltatásokból.

A különböző jogszabályok alapján működő szolgáltatások hasonló szolgáltatási struktúrával (jelzőrendszer működtetése, családgondozás, tanácsadások, információnyújtás – tájékoztatás, prevenciós programok, stb.) de gyakorlatilag ugyanannak az igénybevevői körnek nyújtanak szolgáltatást. Az egyik fókuszában a család (elsődlegesen felnőtt tagjai), a másikban a gyermek áll. A családokhoz közeli alapszolgáltatások egységbe szervezésével, koordinációjával, az esetkezelési feladatok – rendszerszerű felvállalásával és professzionális működtetésével elkerülhetővé válna a túlgondozás és az eltévedés a szolgáltatások útvesztőiben.

A szolgáltatási tervben ezért a szervezetek közötti multidiszciplináris team konzultációkat havi 6 órában tervezzük, a pszichológiai tanácsadást, terápiát pedig havi 12 órában.

A védőnői szolgálat leterheltsége és a feladatpárhuzamosságok a gyermekjóléti szolgáltatással.

Nehezíti a feladatellátást, hogy a gyermekjóléti szolgálatok és az oktatási – nevelési intézmények közötti kapcsolat esetfüggő, illetve nincs rendszerbe foglalva.

Problémát jelent az is, hogy a problémakezelésre az intézmény nem a probléma keletkezésének helyén(pl az iskolában,) reagál, hanem a saját intézményi keretei között. Jó példa erre a gyermekjóléti központban kötelező elemként biztosítandó fejlesztő pedagógiai szolgáltatás, mely ha kihelyezetten az iskolában működhetne, talán hatékonyabb megoldást jelentene a probléma kezelésre.

A prevencióra kevés forrás és energia jut, miközben a kezelés sokkal nehezebb egy olyan helyzetben, mely például az adósságcsapdában vergődő családok esetében komoly veszélyeztető tényező. A prevenció által a kistérségben élők információt kaphatnak a területen működő szolgáltatásokról, mérséklődhet a gyermekvédelmi problémák előfordulása.

Problémaként jelenik meg a kommunikációt hiánya az intézmények között egymás valamint az intézmények és a fenntartók között.

A pénzbeli és természetbeli ellátások valamint a szolgáltatások egymástól elkülönült működése is problémát jelenthet, mivel a források allokációja nélkül, az ellátás drága, viszont nem jelent hatékony megoldást a probléma kezelésre.

Az egészségügy és szociális szolgáltatások közötti esetleges kapcsolattartás nagymértékben megnehezíti az ellátás hatékony biztosítását. Pedig a szolgáltatások outputja szinte minden esetben a háziorvos, vagy a házi gyermekorvos, aki az eset átadása, az ellátás javaslata után annak inputjáról nem rendelkezik információval.

A hiányzó szolgáltatási lábak, pl. adósság kezelés pl. csoportos szociális munka, pl. specifikus ellátások a szenvedélybetegek, pszichiátriai betegek részére szintén nehézséget jelent.

A változás iránya, Szolgáltatási terv

Napjainkban a nem termelő ágazatok szakmai és finanszírozási szempontból is átalakulóban vannak. Az átalakulás időszerű. A szolgáltatások szakmai és finanszírozási oldalról is megújításra szorulnak. A megújítás alapgondolata, hogy aminek a bekövetkezését megakadályozni nem tudjuk, legalább álljunk a változások élére. Ebben a szellemben születik meg, a humán szolgáltatások megújítását célzó terv, mely a változások megvalósítását legalább 2 lépcsőben kívánja megvalósítani.

Az Egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer számos előnnyel, de legalább ennyi hátránnyal is rendelkezik. Előnynek tekinthető az Önkormányzat viszonylagos piaci monopóliuma, illetve a széleskörű ellátás biztosítását lehetővé tevő kapacitások. Ugyanakkor hátrányt jelent a rugalmatlan, sokszor indokolatlan kapacitással is rendelkező intézményrendszer, valamint az intézményközpontú ellátások.

A valós igények felmérése régóta elmaradt. A rugalmatlan ellátórendszer nem igazodott a kialakuló új igényekhez, problémákhoz.

A változtatást az alábbi értékek mentén kívánjuk megszervezni:

Egészség

Szolgáltatástervezés a valódi igények, szükségletek alapján

Emberi kapcsolatok kiemelt szerepe

Család, mint elsődleges természetes támasz

Az egyéni felelősségvállalás

Jólét

Munka

Prevenció

A tervezés során az alábbi **kihívásokkal** kell, szembenéznünk:

- Ellátó rendszer átalakulása
- A kötelező és választott önkormányzati feladatok változása
- Jogszabályi keretek megtartása
- Finanszírozhatóság - A teljesítmények nincsenek értékarányosan finanszírozva, minimális bevételt hozó szolgáltatások
- Fenntarthatóság
- A szolgáltatásokat nyújtó és a szolgáltatásokat igénybe vevők közötti kapcsolatba beékelődik a finanszírozó és önálló igényekkel(adminisztráció) jelenik meg.
- A szolgáltatás biztosítása anyagi előnyökkel nem jár az Önkormányzat számára, de megvalósulása jelentős társadalmi haszonnal, és a szociális kiadások csökkenésének eredményével járhat
- Széles körű elfogadhatóság
- Átláthatóság
- Az intézményi keretek mentén tagolt ellátások, középpontjában nem minden esetben az ellátotti igények, hanem az intézmény által biztosítható ellátások állnak. A szolgáltatások igénybevevői számára nem az intézményi keret, sokkal inkább a kielégítésre váró igény jelent keretet a szolgáltatásokkal kapcsolatban.

- Ez folyamatos elégedetlenséget generál, mind az ellátott, mind pedig az intézmény oldaláról. Az ellátott azért nem elégedett, mert nem a számára megfelelő szolgáltatást kapja, az intézmény pedig azért elégedetlen az ellátottal, mert „nem jó neki semmi”, „mindig más kell neki mint amit kaphat”.
- Ráadásként az is elmondható, hogy mindez az ellátás drága. Az ellátások párhuzamossága, az ellátások nem egymásra épülő rendszere, az a tény, hogy minden igénybevétel esetén gyakorlatilag újrakezdjük az ellátottal az intézményi kapcsolatot, mindenképen költségnövelő tényezők.
- Ha a figyelembe vesszük, az ellátások igénybevételi adatait, illetve önköltséget határozunk meg egy-egy szolgáltatás kapcsán, pontosabb képet kapunk arról, mibe is kerül az ellátás az adófizetőknek, illetve az Önkormányzatoknak. Fontos tudni, hogy az ellátások döntő többségét közpénzből finanszírozzuk, legyen az állami, vagy önkormányzati forrás. Mindkettő adófizetői hozzájárulás a működéshez.
- Az ellátások a jelenlegi forrásokból is működtethetők hatékonyabban. Ennek a hatékony működésnek teremtyük meg az alapjait azzal, hogy **az ellátásokat egymásra épülő, egymással együttműködő rendszerbe szervezzük, valamint az ellátottakhoz közelebb vesszük.**

A szervezeti hatékonyság kialakítása érdekében jelenleg tagoltan működő több párhuzamosságot is tartalmazó intézményrendszertől való elmozdulásra teszünk javaslatot. Az átalakítás révén a fenntartó irányítása alatt egy komplex problémamegoldásra, illetve lakossági igények széles körű kielégítésére alkalmas szervezet jöhet létre, mely a gyermekvédelem a szociális ellátások és az egészségügyi ellátások rendszerét is képes lefedni. A szervezeten belül a párhuzamosságokat megszüntethetjük, a gazdálkodást hatékonyabbá tesszük, illetve egységes szakmai és gazdasági irányítási elvek mentén tudjuk működtetni az igényekre és szükségletekre reagáló szolgáltatásokat.

Az intézményközpontú szemléletmód helyett, a szolgáltatás igénybevevőt állítjuk a rendszer középpontjába.

Az ellátásszervezés fontos részét képezi, hogy területi alapon szervezi át a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítását.

Területi alapként a jelenlegi háziorvosi körzeteket fogadjuk el, mely kialakítása során figyelembe vettük, hogy megközelítően 1500 fő kerüljön ellátásba egy –egy körzetben. Ez a kártyaszám a praxisok tekintetében.

Ez alapul szolgálhat arra, hogy a szolgáltatási ablak, amelyen keresztül igyekszünk egy ablakos ellátási rendszert kialakítani, maga az ellátott lakókörnyezete legyen. Az igénybevevő egyablakos ügyintézés lehetőségéhez jut hozzá, a saját otthonában. A szolgáltatók közelebb vitele az igénybevevőhöz jelenti egyrészt az intézményi struktúra merevségének feloldását, másrészt az ellátásszervezés megfordulása kapcsán a szolgáltatói szemlélet erősödését is.

Ha a gyermekjóléti szolgálat munkatársa rendszeresen elérhető mind a szülő, mind a pedagógus számára az iskolában, óvodában, akkor a probléma keletkezésének a helyén igyekszünk megoldani azt, így hatékonyság növekedés, illetve eszköztár bővülés érhető el a szolgáltatásban.

Az összes ellátást végzőt egységes szemléletű, egységes elveken működő, egységes minőségi követelményeket támogató rendszerré alakítjuk át.

Ha az összes közreműködő a rendszerben a szolgáltatási igényeknek megfelelően tevékenykedik, illetve a kompetencia határok pontos kijelölésével együttműködési keretet kap a feladatai ellátásához, valamint „kézből-kézbe” adja az esetet az ellátás más szegmenseiben, akkor az igénybevevő elégedettsége illetve a problémakezelés is javulhat.

A humán szolgáltatások ágazati hatókörbe tartozó szociális, egészségügyi, gyermekvédelmi, illetve pénzügyi és természetbeli ellátást biztosító ellátás összehangolható ily módon, valamint közelebb vihető az ellátotthoz.

Fontos elem még az új modellben a lakossági tájékoztatás, mely magában foglalja a jogosultságok, igénybevételi feltételek, valamint az ellátást nyújtó személyek elérhetőségét, illetve részletes ismertetését.

Az intézményközpontú ellátás rendszerét, felválthatja egy olyan rendszer, melyben az ellátotti körzethez rendelve együtt tevékenykedik, a saját kompetenciáját megtartva, a

- Házi orvos,
- Házi gyermekorvos
- Védőnő
- Iskola egészségügyi szolgáltatást nyújtó,
- A fogászati ellátás végzője
- A gyermek fogászati ellátás nyújtója
- A foglalkozás egészségügyi ellátás nyújtója
- A családsegítő központ családgondozója
- A gyermekjóléti ellátást végző családgondozó

- A házi segítséget nyújtó gondozónő
- A segélyezési kérelem bírálatát végző ügyintéző
- A kisgyermeket a bölcsődei egységben gondozó gondozónő
- Ellátásban közreműködő civil szervezet munkatársa
- Az önkéntes segítséget nyújtó szomszéd, rokon

Ez az ellátási modell lehetővé, illetve kötelezővé teszi a fenti szakemberek együttműködését a körzetben rájuk bízott megközelítőleg mintegy 1500 ember érdekében. A kötelező együttműködés fontos eleme, hogy rendszeres időközönként kötelező körzeti megbeszélést kell tartani az esetekről, illetve a kialakult problémákról!

Ebben minden az ellátásban résztvevő szakember a saját kompetenciájával, de egyenrangú partnerként vesz részt. A partnerségen alapuló egységes szemléletű megközelítés kialakítását előre a résztvevő szakembereket képviselő, mintázó, pilot programot kidolgozó munkacsoport fogja meghatározni, melyet kötelezően vezetendő dokumentáció formájában közzé fog tenni, annak érdekében, hogy mérhető legyen az együttműködés.

Másrészt viszont megváltoztatjuk a jelenlegi intézményközpontú modellt, helyére egy kimenetvezérelt rendszert alakítunk ki. A kimenet vezéreltség két alapvető dimenzióját különböztetjük meg. Egyrészt ha az ellátás igénybevevője az ellátási status felvételekor igényli, illetve állapota lehetővé teszi, úgy a gondozási szolgáltatás mellé fejlesztési szolgáltatást is igénybe vehet, melyet egy külön e célra létrehozott multi funkciós, több szakember részvételével megalakuló szervezeten belüli team biztosíthat. Ennek az a célja, hogy a fejlesztés révén az igénybevevő jelenlegi helyzetét megváltoztatva, vagy képzésbe, (pl. óvoda, iskola, szakképzés stb.) kerülhessen, vagy pedig bekapcsolódhasson a munkaerő-piacra.

Másik dimenzióként az állapotromlás megakadályozását, a jelenlegi állapot szinten tartását célul kitűző gondozás lehet az igénybevevő számára megajánlott szolgáltatás, mely szintén az állapotfelmérés során derülhet ki. A szolgáltatások szerződéses viszony alapján, többnyire térítési díjért járnak az igénybevevőknek, melyek önköltség alapján képzett árából, az önkormányzati támogatás révén az ellátott szociális helyzeténél fogva, jelentős kedvezményekben részesülhet.

A modell fontos eleme, hogy az egyén számára is átláthatóvá, illetve a közösség számára is nyomon követhetővé teszi a költségek alakulását.

A szolgáltató önálló szakmaiságát és vezetőit megtartó Egészségügyi, Szociális, Bölcsődei intézményi egységeket fog össze.

Az új szervezeti irányítási struktúra valamint szabályzatai a lehető legrövidebb időn belül elkészülhetnek a projekt keretében.

A szervezeti integráció második lépéseként az ellátásszervezés új modellje jön létre, mely a meglévő párhuzamosságokat már nem tartalmazó kapacitások felhasználó központú szervezési rendszerének alkalmazása révén egy olyan modellt alkot, mely a települési háziiorvosi ellátási körzetek bázisán humán ellátási körzeteket hoz létre, a körzetben lakó igénybevevőkhöz rendelve mind a háziiorvosi, mind az asszisztensi, mind a gyermekorvosi (tehát egészségügyi alapellátási), valamint a szociális gondozási, családsegítési, illetve a gyermekjóléti és segélyezési kapacitásokat. Egységes teamként az adott körzet érdekében végzik majd összehangolt, kötelező együttműködési formában megvalósuló tevékenységüket. Az új ellátási modell létrejöttének várható időpontja 2014 közepe, vége.

Az egységes szervezeti kultúra az önkormányzat hatékony rálátása az intézmény folyamatos működésére lehetővé teszi, hogy a lakosság a változások révén, hatékonyan működő, ugyanakkor emberközpontúbb humán szolgáltatásokat vegyen igénybe az általa finanszírozott források felhasználásából. A program várható lépései:

Kistérségi Szolgáltatói Fórum (KSZF)

Tagjai. A kistérség szociális és gyermekjóléti és egészségügyi (védőnő, háziorvos) szereplői.

A szociális ellátást igénybevevő családok esetvitelében megjelenő kapcsolódó szolgáltatások közötti szabályozott és menedzselt együttműködés, ami az esetátadások, a közös esetvitel vonatkozásában szabályozza a felelőségi köröket, a szolgáltatások közötti elérést, annak módját, az esetekkel kapcsolatos konzultációt, s ezt dokumentációval és felelősségi körökkel működteti; kiegészítve olyan mérföldkő meghatározásokkal, melyek kötelező jellegű továbbadást jelenthetnek az eset folyamatban

A területi ellátásmodellben nincs benne a szakellátás, de a kimenetvezérelt ellátásmodell kidolgozása után az esetek mentén együttműködés a szakellátással is.

Szempontok:

Kistérségen belül közel azonos számú körzetek meghatározása

Település és kistérségi szintű ellátások meghatározása

Esetellátás folyamatleírása, dokumentáció alapján határozzuk meg.

Az adminisztráció nem nőhet.

Elektronizálni a papíralapú adminisztrációt.

Kompatibilis szoftverek használata.

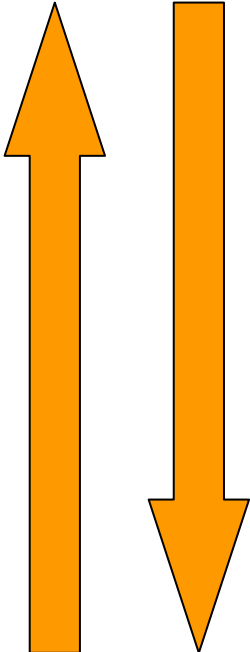
Szakemberek számára egységes szakmai dokumentációt tartalmazó intranet szerűen használható internetes honlap felület, mely alkalmas az esetek nyomon követésére, illetve a szakmai kommunikációra.

A koncepcióban alkalmazott modell:

Kistérségi Községi Központok” (K3)

Szolgáltatási tervünk alapjául a Kistérségi Községi Központok programjában megfogalmazott célkitűzések szolgáltak. Ebben a koncepcióban: a kistérségi szintű fejlesztés hozzájárul ahhoz, hogy a jelenleg hiányos egészségügyi, szociális, rekreációs célú, sport, kulturális, informatikai stb. alapszolgáltatások, valamint közigazgatási szolgáltatások és közösségi programok jó minőségben, a szükségleteknek megfelelően elérhetők legyenek a kistélepusléseken élők számára.

Az elképzelt rendszert és annak (lehetőséges) elemeit az alábbi ábra szemlélteti:

KAPCSOLAT - HOZZÁFÉRÉS	HOL	MIT (PÉLDÁK)
	Térségközpont	• (körzeti) háziorvos, • egyes szakrendelések, családsegítés, • gyermekjóléti központ, • helyettes szülői hálózat szervezése • közétkeztetés – konyha működtetése, • egyablakos ügyintézés (közig)
		• Községi programok
	Település	• jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, • étkeztetés, • helyettes szülői ellátás • falugondnoki szolgáltatás • családi napközi
		• községi programok

A programban tervezett fő fejlesztési elemek

- Szolgáltatásfejlesztés - közszolgáltatások infrastruktúrája (egészségügyi, szociális, közigazgatási)
- Közösségfejlesztés - kapcsolódó közösségi infrastruktúra (közösségi terek, sport, kulturális stb.)

A szociális szolgáltatások kialakítását tehát egy fontos kettősségnek kell jellemeznie:

1. meg kell tartani minden, jelenleg is működtetett ellátást, és
2. új, integrált szakmai irányítás alá kell helyezni a hiányzó szolgáltatásokat

Kistérségi modell

- Célja: a különböző ellátási szintek, szociális feladatainak integrált megvalósítása, jellemzően kistépülések körében megszervezett módon.³
- A konzorcium tagjai: a modellhez csatlakozó települések (nagyságtól független vagy azzal arányos befolyással), valamint csatlakozási szándékuk esetén – amennyiben nemcsak önkormányzati, költségvetési intézmények vesznek benne részt – a térség egyházi és civil szolgáltatói. A konzorciumoknak nyitottnak kell lennie a további, csatlakozni kívánók irányába.
- Irányítási modell: A kistérségben ellátott feladatok függvényében, a nappali és alap ellátási formák mentén olyan szakmai együttműködés alakulhat ki, amelyben a valódi szakmai irányításra nyílik mód. A kistérségi szervezet vezetője – amennyiben ez költségvetési intézmény – magasabb vezetői beosztású, elsőszámú vezető, ám munkáját az ún. Kistérségi Szakmai Tanács – mint kvázi „igazgatótanács” – támogatja, felügyeli.

A kistérségi modell – bár nem ismeretlen az országban – elterjedésének eddig számos akadálya volt. Az elsők között – a jogszabályi akadályok és finanszírozási rendezetlenségek után – az elkötelezettség hiányát kell megemlíteni.

A jelenlegi folyamatok – új szociális jogszabályok aktív előkészítése, új önkormányzati elképzelések térnyerése stb. – azt mutatják, hogy nem csupán az életminőség emelkedése szempontjából, hanem a jövőben követendő szervezési logikák okán is célszerű minél előbb e modell irányába nyitni.

Mindehhez szükséges az előnyök és hátrányok számbavétele is.

Előnyök	Hátrányok
▪ célzottabb ellátási formák kialakulása ▪ megvalósuló szubszidiaritási elv ▪ növekvő ellátási biztonság ▪ többféle finanszírozhatóság ▪ EU-s pályázati lehetőségek jobb kihasználhatósága ▪ Költség hatékony működtethetőség ▪ Forrás koordináció ▪ Humán kapacitások optimalizációja ▪ Tárgyi feltételek koncentrált biztosíthatósága ▪ Komplex problémakezelés	▪ szervezési nehézségek a megnövekedett számú szereplő okán ▪ eltérő érdekek összeegyeztetésének nehézségei akadályozhatják a hatékony működést ▪ közlekedés ▪ egyes szolgáltatások elérési nehézségei ▪ munkaszervezés a működtetés során ▪ szakmai felügyelet biztosítása minden telephelyen ▪ települések közötti különbségtétel

A **modell előnye** továbbá, hogy – az ún. intézményirányító, fenntartó társulások által működtetett – jelenlegi intézményekkel szemben a **különböző ellátási szintek között** kíván kapcsolatot kiépíteni. Lehetőséget kínál arra, hogy **hálózatépítéssel** bővüljenek egyes kapacitások és a szakellátásra nehezedő nyomás számottevően csökkenthető, legyen az alapellátások körében nyújtott, hagyományos és új típusú szolgáltatásokkal.

A modell elsősorban az idősellátás problémáira kíván választ adni, hiszen a települések jelentős része ennek megoldásában kíván partner lenni.

Ennek alapján a kistérségi modellben felvállalt, elsődleges szolgáltatások:

- lehetőség szerint szociális étkeztetés,
- házi szociális gondozás,
- napközbeni ellátások (INO, specializált formák),
- fogyatékosok ellátása (megfelelő lehetőségek esetén: támogató szolgálat),
- átmeneti és tartós bentlakást biztosító szakellátás (maximálisan 50 fő részére),
- s mindezek kiegészítéseként a jelzőrendszeres gondozást és a falugondnoki szolgáltatást is képes megvalósítani.

A modell további lehetőséget teremt a képzési és továbbképzési feladatok összehangolására, a kapacitások tervezhetőbb hasznosítására is.

A humán erőforrás gondozásának, az egyes munkakörök átjárhatóságának és rugalmasságának megvalósítása sem mellékes szempont ezen integrált működtetési modellben.

A „Mikrotérségek”/ellátási körzetek, hálózati összehangolásával mód nyílik arra is, hogy a specializált, szakmai tudás-többletet kívánó szolgáltatásokat költséghatékonyan lehessen kialakítani.

A modell elterjedése tehát nem csupán a szolgáltatások mennyiségi és minőségi változását, javulását hozza magával, hanem a szolgáltatásokhoz való hozzáférés növelésével alapvető biztonságot nyújt, s az alkotmányban biztosított szociális jogok érvényesülését szolgálja, elsősorban idős, egyedül élő emberek irányában

A modell előnye, hogy a helyben nyújtott szolgáltatások okán nagy lépést tesz, a bentlakást nyújtó intézményi szolgáltatások elkerülésének irányába. Mivel a szolgáltatások egymásra épülése kapcsán a közelben érhetőek el az ellátott igényeinek megfelelő szolgáltatások, ráadásul egyablakos szolgáltatási rendszerben, mely kapcsán az ablakot az ellátott otthona jelenti, Nem érdekelt az igénybevevő a kistérségen kívüli, bentlakásos ellátási formák igénybevételeiben.

A szolgáltatás irányát tekintve a klienst helyezi a középpontba, illetve a szolgáltatási igények kielégítését célozza az intézményközpontú ellátó szervezeti központúság helyett. Az intézményi határok feloldása lehetőséget teremt az együttműködés új modelljeinek kialakítására. A területi ellátási szervezés a körzetekre bontott feladat ellátási szintek olyan ellátási rendszert teremtenek, melyben a szolgáltatások érik el az igénybevevőt. Az igénybevevő a szolgáltatási elemek kötelező együttműködésének köszönhetően, illetve az integrált dokumentációs rendszer következményeként folyamatos nyomon követést kap, intézményi ellátástól függetlenül, az intézményi sajátosságok megőrzésével. Ebben az ellátási rendszerben a hiányzó szolgáltatások közvetíthetővé válnak az igénybevevők számára, mint például az adósságkezelési szolgáltatás, mely a kapacitás hiányok miatt nem elérhető a térségben. Illetve a szolgáltatási terhek optimalizációja kapcsán a párhuzamos ellátások megszűnhetnek. A modell középpontjában a hatékonyság és a szolgáltatási kör teljes vertikuma áll, mely igénybevevőhöz való eljuttatása a szervezés feladata.

Az igények felmérése alapján megtervezett szolgáltatási logisztika egy térségi folyamatmenedzsment jártasságokkal rendelkező ellátási szervező munkáját kívánja, mely

gondolkodás kialakítása fontos eleme a szervezetfejlesztési projektlábnak. Fontos, hogy a munkatársak szemléletében történjék változás ezzel kapcsolatban, hogy rendszer és nem személyfüggő legyen a modell működése.

Fontos elem még a modell alkalmazása során a fenntartó független részvételi lehetőség, valamint a bővíthetőség mint kritérium megtartása. Így lehetőség van az önkormányzati és alapítványi fenntartó együttműködésére szolgáltatásaik kiegészítőlegességének megteremtésére.

A modell alkalmazása a gyakorlatban:

A város által fenntartott szolgáltatások tekintetében megvalósul az egymásra épülő szolgáltatási rendszer, az előbb bemutatott modell alapján, csak a térségi szintek helyett a településen működő intézményi egységek szolgáltatásai épülnek egymásra. A jelenlegi szétagolt térségi ellátási struktúra helyett, javaslatunk szerint érdemes megfontolni, az egységesülő térségi ellátás bevezethetőségét, oly módon, hogy az alapítványi formában működő családsegítést a város fenntartásában működő intézményhez integrálva, a dolgozók átvételével komplex szolgáltatási struktúra kínálható a térségben élők számára. Ez a lépés közelebb vihet az átalakuló finanszírozási rendszer, a feladatfinanszírozás kapcsán várhatóan átstrukturálódó források optimális lehívhatóságához, a térségben. Fontos, hogy a települési szintek megmaradhassanak a szolgáltatás helyeként, viszont a fenntartói, munkáltatói jogok kerüljenek egységes szemléletben történő működésbe.

Természetesen a lépés, mivel változással jár, alkalmazkodást, érdekegyeztetést, felkészülést igényel. Bevezetését a következő év januárjától javasoljuk.

A szakemberekkel történő egyeztető beszélgetések keretében előnyök és hátrányok is megfogalmazódtak az elképzelés kapcsán. Az alábbiakban változtatás nélkül közöljük a vélemények összegzését.

ÉRVEK ÉS ELLENÉRVEK A CSALÁDSEGÍTŐ ÉS GYERMEKJÓLÉTI SZOLGÁLTATÁS TÉRSÉGI SZINTŰ MEGSZERVEZÉSÉHEZ

Jelenlegi állapot:

- Sárospatak városi családsegítő és gyermekjóléti szolgálat fenntartója Sárospatak Város Önkormányzata

- Térségi családsegítő és gyermekjóléti szolgálat fenntartója a Zempléni Családokért Alapítvány

Lehetőség: Gondozási Központon belül egy városi és térségi feladatot is ellátó családsegítő és gyermekjóléti szolgálat létrehozása

ELŐNYÖK

- egységesség - szemlélet, munkamódok
- a feladatok arányosabb elosztása a városi és a térségi családgondozók között, ha mindenkinek van városi és térségi esete is
- biztonság az önkormányzati háttér, szemben az alapítványi fenntartással
- helyettesítések megoldhatóbbak
- biztonság a kis települések önkormányzatainak
- szakmai megújulás lehetősége - több szem többet lát

HÁTRÁNYOK - KOCKÁZATOK

- városiaknak menni kell más településre
- városiaknak több esete lesz így

Azonban azt senki sem vitatta, hogy a térségben élő emberek ellátása szempontjából racionális a javaslat.

Természetesen a térségben lévő településeken is el kell fogadni a változást, ennek lehet az lehet a záloga, ha a szolgáltatást végzők személyében a lehető legkisebb változás történik.

Minőségfejlesztési irányok a koncepció alapján:

A szükséges változtatások alapján létrejövő ellátási körzetekben már a meglévő adatok alapján is, könnyedén megvizsgálható a jelenlegi ellátások esetsűrűsége a kialakításra kerülő ellátási körzetben. Ez az adat szolgáltatásokként, illetve a szolgáltatási egységben nyújtott ellátási formákként, is indikátor adat lehet. Az indikátor meghatározása után, a szolgáltatási körben végrehajtott változások alapján mérhetővé válik a szolgáltatás, illetve megteremtjük a lehetőségét egy olyan kapacitás szabályozási rendszernek, mely alapján szolgáltatási igényekhez igazodó rugalmas ellátásfejlesztést helyezte tevékenysége középpontjába. A feladatfinanszírozási protokollok minőségsszabályozó rendszere mellett, az ellátási igényekhez igazodó a szolgáltatási minőség fejlesztését is célul tűző ellátási struktúra kialakítása várható a kistérségben végbemenő változtatási elképzelések alapján. Az állapot megőrzést szolgáló szolgáltatások mellett a kapacitás rugalmas szabályozása a szolgáltatásokon belül lehetőséget teremthet egy olyan szolgáltatási struktúra kialakulására, mely a helyzetváltoztató (fejlesztési) szolgáltatásokra, is lehetőséget biztosít az ellátó rendszeren belül. Ezen változás pedig elősegítheti a helyi lakosság mobilitását, illetve esélyt adhat a hatékonyabb szolgáltatásra, valamint szerepet játszhat a preventív beavatkozásokban, mely végső soron csökkentheti akár már középtávon is a humán ellátások rendszerére nehezedő folyamatos és állandó nyomást.

SÁROSPATAK VÁROS ÖNKORMÁNYZAT KÉPVISELŐ-TESTÜLETÉNEK

/2014. (VI. 27.) KT. határozata

Sárospatak Város Önkormányzata Szolgáltatástervezési Konceptiójáról

Sárospatak Város Önkormányzat Képviselő-testülete tárgybani javaslatot megtárgyalta és a következő döntést hozta:

1. Sárospatak Város Önkormányzat Képviselő-testülete Sárospatak Város Önkormányzata Szolgáltatástervezési Konceptióját, az előterjesztés melléklete szerinti tartalommal elfogadja, és felhatalmazza a polgármestert annak aláírására.

Felelős: polgármester

Határidő: azonnal

2. Sárospatak Város Önkormányzat Képviselő-testülete felkéri a Sárospataki Gondozási Központ vezetőjét, hogy az elfogadott Szolgáltatástervezési Konceptió alapján készítse el az annak végrehajtását bemutató Intézkedési Tervet, mely részletesen tartalmazza a célok megvalósításához szükséges feladatokat, annak felelőseit illetve a beavatkozások sikerességét bizonyító eredményességi mutatókat és a szükséges erőforrások meghatározását

Felelős: a Sárospataki Gondozási Központ vezetője

Határidő: 2014. november 30.

dr. Vitányi Eszter
jegyző

Aros János
polgármester