

# **Horváth Olga: Ellátási kötelezettség- finanszírozás kérdései a hajléktalan emberek ellátásában**

## **A témaválasztás indokolása**

Több mint egy évtizede hajléktalan emberek között dolgozom. Átéltém és megéltem a hajléktalan embereket ellátó rendszer jelentős fejlődését, ahogy a semmiből szolgáltatások jöttek létre, s megszületett egy szakma, amely sok konfliktust élt és él meg. A munkaanyagban megpróbáltam összefoglalni mindazt, ami a hajléktalanügyről- a célcsoportról, az őket „ellátó” intézményekről, a finanszírozásról, a jogi szabályozásról - ma különböző publikációk, s a napi gyakorlat tükrében, tudható elmondható.

Az összegzésnél törekedtem arra, hogy az elmúlt évek írásait, kutatásait felhasználva megpróbálkoztam egy helyzetfeltárással. Ez hozzásegíthet ahhoz, hogy megfogalmazhatók legyenek azok a problémák, amelyek mentén szakmai viták indulhatnak el, s amelyek mentén végiggondolható egy „másfajta” szolgáltatási rendszer.

## **A hajléktalanság kialakulásának okai**

Napjainkban a hajléktalanságot újratermelő társadalmi jelenségek, (az elszegényedés, a munkanélküliség, a lakhatási nehézségek, a lakásvesztés az alkohol és a drogfogyasztás miatt megjelenő viselkedészavarok) felerősödtek. Ezek a családi konfliktusok közvetlen kiváltó okaiként jelentkezve gyakran hajléktalansághoz vezetnek.

A hajléktalan emberek között igen nagy számban vannak, az állami gondozásból kikerült, a rövidebb-hosszabb börtönbüntetésből szabadult, elvált, alkoholbeteggé lett emberek. Ők nem egy esetben a megfelelő segítség hiánya, a szociális intézményrendszer diszfunkcionális működése miatt váltak hajléktalanná.<sup>1</sup>

Több szerző utal arra, hogy a hajléktalanság soktényezős folyamatok eredményeként beálló állapot. A makro-társadalmi, gazdasági folyamatok bár jelentős szerepet töltenek be egyes marginális helyzetű csoportok hajléktalanná válásában, nem egyedüli okozói a hajléktalanságnak, a jelenség magyarázata legalább annyira személyiségfejlődésben is keresendő.

A hajléktalansággal az emberi kapcsolatok szempontjából foglalkozó elméleteket és kutatásokat -elsősorban az angolszász irodalmakra támaszkodva<sup>2</sup>- megfogalmazták, hogy a hajléktalanság nemcsak a fedél, a hajlék hiányát jelenti, hanem a kapcsolati háló eltűnését is, annak a kapcsolati hálónak az eltűnését, amely biztonságot nyújt, hozzájárul az egészség, a jólét megőrzéséhez, erőforrást jelent, átsegít a válsághelyzeten<sup>3</sup>.

A fenti megközelítések felhívják a figyelmet arra, hogy a hajléktalanügynek nemcsak a társadalmi struktúra működéséből, az intézményi diszfunkciókból származó problémák kezelésével kell foglalkoznia. A társadalmi integráció, a kirekesztődés enyhítése

---

<sup>1</sup> Gyuris Tamás – Oross Jolán (1995): A hajléktalan-ellátás intézményrendszerének kialakulása, jelenlegi állapota és fejlesztésének lehetőségei. Kézirat, 1995.

<sup>2</sup> Robert K. Merton (1980): Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Gondolat, Bp., 1980. VI. fejezet Társadalmi struktúra és anómia. 338-451.

<sup>3</sup> Lásd bővebben: Albert Fruzsina- Dávid Bea (2001): Ha elszakad a háló... Hajléktalanság az emberi kapcsolatok szemszögéből. Új Mandátum 2001.

érdekében a személyiségfejlődés, a szocializációs zavarok és az emberi kapcsolatok újraépítésével is foglalkoznia kell.

### **Az intézményrendszer<sup>4</sup>**

A hajléktalan ellátás intézményei 1990-től folyamatosan épültek ki. 1990 előtt az országban 13 hajléktalan embereket fogadó intézmény működött, 280 ágygal. 1992 elején, amikor a hajléktalan ellátás első központi szabályozása megtörtént, 67 intézményben már 2000 szálláshely fogadta a „rászorultakat”.

1993 elején a szociális törvény születésének évében az ország 45 településén, 137 intézményben közel 4000 ágyműködött. A jelenlegi szállásrendszernek gyakorlatilag a fele már létezett az 1/1994. / I.30. / NM rendelet megjelenése előtt.

1994-ben 72 településen voltak hajléktalan-szálláshelyek, (70 önkormányzati és 20 nem állami) 1998 elejére az ország 90 településén, 105 szervezet (73 állami és 32 nem állami) tartott fenn hajléktalanszállásokat. 1996-ban a férőhely növekedés meghaladta a 900-at. Az utóbbi két évben a növekedési arány azonban elenyésző volt.

A *kapacitás-növekedés* az első években az átmeneti szállásokat érintette, a 90-es évek közepétől- szakmai megállapodások és pályázati felhívások eredményeképpen- lassan megindult az „első-befogadó”, „életmentő” jelentőségű éjjeli menedékhelyek létesítése, szálláshelyek bővítése. Az utóbbi években pedig – bár csak nagyon kevés számban – létrejött néhány speciális ellátás-szolgáltatás, (hajléktalan emberek otthonai, rehabilitációs intézményei, kiléptető lakások.), s ezzel elindultak azok a programok is, amelyek foglalkoztatásra, utógondozásra építve a társadalmi reintegrációt célozták meg.

A hajléktalan-szállásrendszerben ma az átmeneti szállások aránya a legmagasabb. 1996-ban az átmeneti szállások aránya közel 70% volt, napjainkban 50% körüli. Az éjjeli menedékhelyek aránya 1996-ban 26% volt, ez mára eléri a 40%-ot. A specializált szállást nyújtó helyek aránya ma sem több mint 10%.

1994-től kezdődően a hajléktalan-szálláshelyeknek több mint a fele a fővárosban volt. 1997-től megfordult az arány, mostanra a férőhelyek aránya valamivel magasabb vidéken (53%).

A szálláshelyek jellemzően férfiakat fogadnak. A hajléktalan nők szálláslehetőségei minimálisak, a települések többsége nem tart fent női férőhelyeket. (Jelenleg országosan mintegy 1000–1100 női férőhely van, a női éjjeli menedékhelyek száma alig több mint 200. )

A hajléktalan fiatal felnőttek ugyancsak a hajléktalan ellátórendszer intézményeinek férőhelyein élnek, kiszorítva onnan az idősebb korosztályt. Ez az elhelyezési forma, amely konzerválja a hajléktalan létet, rehabilitációs- re-integrációs- foglalkoztatási programok helyett tartós kirekesztődést eredményez.

Az első „anya-gyermek otthonok” 1992-től jöttek létre s kezdetben hajléktalan szálláshelyként működtek. Ma 60 ilyen intézmény található az országban több mint 1000 férőhellyel. Ezen intézményeknek mintegy a 60%-át civil szervezetek működtetik.

---

<sup>4</sup>Gyuris Tamás- Horváth Olga- Oross Jolán. Szakvizsgajegyzet Kézirat

A nappali melegedő létrehozására a szociális törvény 2003. évi módosítását megelőzően 69 település volt kötelezett, de közülük 1999. december 31-ig 24 településen a törvényi határidő leteltekor még nem működött ilyen ellátás. Jelenleg a nappali melegedők kapacitása országosan mintegy 2800–2900 fő. Utcai szociális munkást pedig csupán az intézmények fele foglalkoztat. A nappali melegedőkre csupán 1996-tól biztosított az állami normatív hozzájárulás, az utcai munka támogatása a mai napig nem valósult meg.

Bár nem tipikusan hajléktalan embereknek nyújt szolgáltatást a népkonyha, de az egy tál étel biztosításával fontos szerepet tölt be a hajléktalan emberek étkeztetésében. Ezek kapacitása országosan naponta 5100–5200 adag. Az elmúlt évek során a népkonyhák száma és így a népkonyhai adagok száma is csökkent. Oka: az élelmezési normáknak megfelelő szolgáltatás nagy költségigényű, és az étkeztetést mint alapellátást az önkormányzatoknak kell finanszírozni a szociális normatívából, így inkább más szolgáltatásokat támogatnak e forrásokból.

A hajléktalan emberek részére létrehozott intézmények a semmiből nőttek ki, az elmúlt évek fejlesztései ellenére azonban mégis súlyos ellátási hiányosságokról beszél a szakma. Ez egyrészt kapacitásbeli problémákat vet fel, hisz a települések nem kínálnak egyelő esélyt az ellátásokhoz való hozzájutásokban, másrészt pedig a szolgáltatási kínálat differenciálatlanságára hívják fel a figyelmet.

### **Hajléktalan embereket ellátó intézményrendszer jellemzői<sup>5</sup>**

A Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet 2002. évi kutatási beszámolója a vizsgálatba bevont 122 intézmény adatszolgáltatása alapján az alábbi megállapításokat tette:

A vizsgálatba bevont éjjeli menedékhelyek (1809 fh.) és átmeneti szállók (3202 fh.) 94 %-a integrált szervezeti formában működik, s csupán 20 %-uk rendelkezik önálló gazdálkodási jogkörrel.

A szálláshelyek 73 %-a belterületen, 23 %-uk külterületen, 4 %-uk pedig a település határán kívül létesült. Az intézmények 15 %-ának megközelítése balesetveszélyes (23 halálos balesetet regisztráltak az intézmények).

Az épületek 65 %-a teljes, vagy részleges felújítást igényel, 6 %-át öt éven belül le kell bontani.

A vizsgált intézmények 8 %-a (10 intézmény) felelt meg a jogszabályi előírásoknak. A szolgáltatások minőségét jól reprezentálják az alábbi megállapítások:

- Az intézmények 55 %-ban van betegek elkülönítésére alkalmas helyiség,
- 85 %-ban van lehetőség főzésre,
- 93 %-ban étel melegítésére,
- 81 %-ban biztosítanak ágyneműt,
- 89 %-ban van lehetőség a személyes tárgyak elhelyezésére...

---

<sup>5</sup> Hajléktalanság 2001-2002. Készítette: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, Szociálpolitikai Főosztály, Kézirat

A tárgyi- épületbeli és személyi feltételek tartós hiánya miatt ma az átmeneti szállók 16 %-át, az éjjeli menedékhelyeknek pedig 34 %-át fenyegeti a megszüntetés veszélye.

A nagyvárosokban 13-33 között változik az éjjeli menedékhelyen az egy férőhelyére jutó hajléktalan emberek száma. A forgási sebesség mérése alapján minden második ember egész évben ugyanazt a férőhelyet foglalja el.

A nappali melegedők 82 %-a működik belterületen, 16 % külterületen, 2 % pedig a település határain kívül. A nappali melegedők épületbeli adottságai megegyeznek a szállásnyújtó intézményeknél leírtakkal.

A nappali melegedők 73 %-a bemondás alapján végleges működési engedéllyel rendelkezik, ugyanakkor az adatok alapján megállapították, hogy csupán 55 %-ban van mosásra alkalmas helyiség, 31 %-nál biztosított az egészségügyi ellátás, míg orvosi rendelő csak 22%-ban található.

A hajléktalanok nappali melegedője működtetésének diszfunkcióit mutatják azok az adatok, amelyek a szolgáltatási célcsoportot jellemzik. A nappali melegedők 43 %-a az adott településen élő bejelentetett lakcímmel rendelkezőknek nyújt ellátást, 82 % a szállón élő hajléktalanokat fogadja, 77 %- a válaszoknak a jövedelemmel nem rendelkezőket preferálta, 43 % a kisnyugdíjasokat.

Összességében elmondható, hogy a nappali melegedők több településen a szegénygondozás intézményeivé váltak, alacsony színvonalú szolgáltatásokkal.

1989-1990-ben, a hajléktalan emberek tömeges megjelenésével nyilvánvalóvá vált, hogy a hajléktalan létforma együtt jár számos súlyos betegséggel is. *Bár a probléma társadalmi, szociális eredetű, a helyzet elsősorban egészségügyi, orvosi intervenciót sürget.*<sup>6</sup>

Arra a közegészségügyi kihívásra, amit a hajléktalanság jelent, a mai napig nem készült összehangolt koncepció. Az egészségügyi, és a szociális ellátás intézményeinek kereteit- elsősorban télen- szétfeszíti az az ellátási igény, amely a beteg hajléktalan emberek ellátása területén jelentkezik. Így a súlyos egészségi gondokkal küzdő hajléktalan emberek nem tudnak a nekik megfelelő ellátásokhoz hozzájutni. A szociális és az egészségügyi ellátás összehangolatlansága, illetve az erre szolgáló "köztes" intézmények hiánya<sup>7</sup> tehetetlenséget felelősség hátrítást eredményez, legvégső esetben pedig a hajléktalanokat ellátó intézmények olyan feladatok ellátására kényszerülnek, amelyekhez egyaránt hiányoznak a személyi és a tárgyi valamint az anyagi eszközök.

Egy 1994. novemberi kormányhatározat lehetőséget biztosított arra, hogy hajléktalan emberek részére az egészségügyi alapellátást külön orvosi rendelőkből szerveződjön.

(A fővárosban legfeljebb tizenöt, megyeszékhelyenként egy-egy, a hajléktalan emberek ellátására létrehozott, területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi szolgálat finanszírozására köthet finanszírozási szerződést a szolgáltatóval.)

---

<sup>6</sup> Levendel László: A hajléktalan ember. OAI, 1993. 116. oldal

<sup>7</sup> Lásd erről: Orosz Éva: Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések. Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány, 1992. 185. old.; Pik Katalin: A hajléktalanokról. Kézirat, 1994. 41-43. old.; Oross Jolán: Gondolatok a hajléktalanellátásról. In: Periferia Füzetek 94/3, 58-59. old.; A hajléktalan emberek egészsége. In: Szociális munka és egészségügy. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Bp., 1994. 150-158. old.; "A szabadság rád fagy", ESÉLY 95.5., Periferia Seria 6., Bp., 1996.

1995-től jöttek létre az első orvosi rendelők, s sorra megjelentek a hajléktalanokat ellátórendszeren belül a speciális egészségügyi szolgáltatások is. A hajléktalan emberek házi-orvosi rendelői mellett létrejöttek az úgynevezett betegszobák, lábadozók, ápoló házak, továbbá megjelent a mozgó orvosi szolgálat és a mentő szolgálat is, amelyek mellé ápoló személyzetet és rendszeres orvosi ellenőrzést kell biztosítani a szervezetek..

2001-ben vidéken 14 megyeszékhelyen és Budapesten 9 helyen működtek hajléktalan-házi-orvosi rendelők.<sup>8</sup>

A hajléktalan rendelők tárgyi feltételeiről egy 1998. évi felmérés az alábbi megállapításokat tette:

*A rendelőknek csupán a felében volt biztosított a szociális munka, harmadukban megoldott a fertőtlenítés illetve működik kislabor, valamint biztosított a bőrgyógyászati segítség is. Van rendelő, amely „mozgó orvosi rendelőként” a mentő és betegszállítási feladatokat is elvégzi egyúttal.*

A hajléktalan emberek ellátására létrejött intézmények jelentős hányada sem tárgyi, sem személyi feltételeiben ma nem felelnek meg a működési engedélyi feltételeknek. A ténylegesen biztosított szolgáltatások alacsony színvonalúak, sokszor a legegyszerűbb létfeltételeket sem biztosítják. A „szolgáltatáshiányos” rendszerek, a szegregált telepítése az a hajléktalan létben „bent tartanak”, nem segítik az integrációt.

### **Az intézményekben, utcán élőkéről<sup>9</sup>**

Az NCSSZI Szociálpolitikai Főosztálya által készített kutatási beszámoló adatai alapján az megkérdezett intézményvezetők megítélése szerint a szálláshasználók 20 % -a hajléktalanok otthonába, 17 %-a rehabilitációs intézménybe, 11 %-a egészségügyi intézménybe, 5 %-a pedig fogyatékkal élők intézményébe igényelne elhelyezést. Az ellátottak csupán 47 %-nak elhelyezését tartják adekvátnak a hajléktalanok éjjeli menedékhelyén, átmeneti szállásán.

A szállásokon élők munkaerő-piaci helyzete tovább árnyalja azt a képet, amely a szállásnyújtó rendszer funkció zavaraira mutatnak rá. Az intézményekben élők 21 %-a folyamatos munkaviszonnyal rendelkezi, 26 %-uk rendszeresen végez alkalmi munkát.

A vizsgálat eredményei megdöbbentő következtetés levonására adnak alkalmat. Egyrészt a hajléktalan szálláshelyek 53 %-át azok az igénybevevők foglalják el, akiknek tartós bentlakást nyújtó szociális intézményi, vagy egészségügy ellátásra lenne szüksége, 47 %-nak a lakáspiacon kellene megoldást keresni.

A felmérés adatainak alapján fel kell tenni a kérdést :

---

<sup>8</sup> Maróthy Márta (2001): Gyorsjelentés a hajléktalan ellátórendszeren belüli egészségügyi ellátás alapvető elemeiről. (Kézirat, 2001)

<sup>9</sup> NCSSZI Kézirat

- kiket kell hajléktalannak tekinteni,
- mely klienscsoport számára és milyen intézményrendszert kell és lehet működtetni,
- s ezekben az intézményekben milyen szolgáltatásokat kell és lehet biztosítani?

Az utóbbi években megjelent írások közül több megpróbálta az elhelyezés és az intézményes ellátás oldaláról vizsgálni a hajléktalan populációt. Valamennyi írás arra is választ keresett, hogy a rendelkezésre álló intézményrendszer bővítésével kezelhető-e a hajléktalan emberek problémái, vagy paradigma váltásra lenne szükség.

*Mezei György: Vendégségben a polgári világban*<sup>10</sup> című írásában a hajléktalan emberek alvási szokásait vizsgálva a következő megállapításokat teszi: egyharmaduk csak egy-két éjszakát tölt az éjjeli menedékhelyeken, ahová a krízishelyzet hajtja őket.

A fapadok közönsége többféle alvási lehetőséget is igénybe vesz, menhelyen kívül leggyakrabban az utcát. Minden hatodik éjszakát a polgári világban töltönek, a menhelyen kívül töltött éjszakákat a munka, az alkohol, a társas kapcsolatok világa motiválja.

*Gurály Zoltán- Győri Péter – Mezei György- Pelle József: A margó szélén* című írásukban elemezték a fővárosi hajléktalanok „összetételét” 1999.,2000.,2001. évben, mindig azonos időben megismétel, adatfelvétel alapján.<sup>11</sup>

Az utcán élő hajléktalanokról a szerzők az alábbi jellemzőket rögzítették:

- Minél idősebb egy hajléktalan ember, annál kisebb a valószínűsége, hogy lakásban is megalhat, és annál nagyobb, hogy csak hajléktalan szállón aludt.
- Közterületen legjellemzőbben középkorúak aludtak az év során néhány hetet, az idősebb és fiatalabb otthontalanok 70-75 %-a egyáltalán nem aludt közterületen.
- A megkérdezett férfiak 7 %-a, a nők 3 %-a töltötte az egész évet utcán
- Az középfokú és felsőfokú végzettek 55%-a , illetve 78 %-a egyáltalán nem aludt utcán. Az összes megkérdezettből csupán 6 % aludt egész évben végig közterületen.
- A jövedelemnélküliek körében az átlagosnál két és félszer nagyobb arányban vannak olyanok, akik egyfolytában közterületen tartózkodtak, addig a társadalombiztosítási ellátásokból élők körében nagyobb azoknak az aránya, akik egyáltalán nem aludtak utcán.
- Figyelemre méltó adat, hogy a csoportban élők az átlagosnál lényegesen gyakrabban alszanak közterületen, de gyakrabban alszanak lakásokban is, ugyanakkor sokuk egyáltalán nem veszi igénybe a hajléktalan szállókat.

A szerzők megállapították, hogy miközben az otthontalanok világában a különböző „lakhatási formák” között állandó mozgás van, az otthontalan- lakástalan-effektív hajléktalan-fedél nélküli élethelyzetek váltják egymást.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Mezey György: Vendégségben a polgári világban ( A hajléktalan ellátás szerepe a hajléktalan életmódban. In: Hajsolt Hírlap III. Évfolyam 4-6. sz.1988.május-július 6-11 p.

<sup>11</sup> Gurály Zoltán- Győri Péter- Mezei György-Pelle József: Margó szélén

<sup>12</sup> Bényei Zoltán- Gurály Zoltán -Győri Péter- Mezei György: Tíz év után. Gyorsjelentés a fővárosi hajléktalanokról. In: Esély 2000/1. 62-95 p.

A hajléktalan emberek körében nagyon kevés olyan kutatást végeztek, amely az egészségi állapotot is vizsgálta volna.

Az első és azóta egyetlen hajléktalan intervenciós eset-kontroll vizsgálat 1994-ben végezték, amely 350 fővárosi hajléktalan ember és 1000 budapesti 18 évnél idősebb, bejelentett állandó lakással rendelkező kontrollszemély reprezentatív mintáját foglalta magába. A kutatást a SzocioMed Kft végezte Dr. Molnár D. László vezetésével.<sup>13</sup>

A vizsgálat megállapításai szerint a kontrollcsoporthoz viszonyítva a hajléktalan emberek között 19-szeres volt az alkoholelvonás.

Kassai Melindának egy 1993-as vizsgálata<sup>14</sup> ugyanerre az eredményre jutott. A hajléktalan emberek több mint 65 %-nak életében voltak hosszabb ideig tartó, sokszor súlyos (egzisztenciális, családi, egészségi) következményekkel járó kóros ivások, csaknem egyharmada részesült egy, vagy több alkalommal elvonó kezelésben.

A hajléktalan emberek körében a kábítószer fogyasztás az alkoholhoz képest kevésbé van jelen. A használt drogok viszonylag szűk skálán helyezhetőek el. Jellemző a legolcsóbb drogok használata; szippantható vegyi anyagok, nyugtatók, altatók, gyakran alkohollal kombinálva. A szipuzás leginkább a tízen-, huszonevések között elterjedt. A szipuzó hajléktalan fiatalok sajátos szubkultúrát alkotnak. Mindkét csoportnál a rituálék nélküli, magányos drogfogyasztás a jellemző.

Molnár D. László által vezetett vizsgálat felhívta a figyelmet arra is, hogy a hajléktalan emberek körében a kontroll csoporthoz képest 6-7-szeres az öngyilkossági kísérletek, négyszeres a depresszió 8,8 % a szívinfarktus aránya. A TBC gyakorisága a hajléktalanok között nagyjából tízszer, a köhögéses panaszoké kétszer, fulladásos panaszoké háromszor nagyobb, mint a fővárosi kontroll férfi lakosság körében. A hajléktalan populációban összehasonlítva a kontrollcsoporttal nyolcszor annyi fejsérülés, ötször annyi végtagtörés fordul elő, kétszer annyi hajléktalan ember lát illetve hall rosszul, mint a nem hajléktalanok, és ötször annyian küzdenek beszédzavarral.

A *kriminalitás* a hajléktalan létformában – tapasztalatok alapján- meglehetősen magas. Ez elsődlegesen lopásokban, prostitúcióban, erőszakos cselekményekben nyilvánul meg. Ezek a cselekmények az utcai lét velejárójaként jelennek meg, gyakran a hajléktalan emberek túlélési stratégiájának részét képezik,

Egyaránt növeli a kriminalitási arányt az alkohol- vagy kábítószer abúzus valamint a mentális zavarok fennállása.

A büntetett előéletűek arányára vonatkozó adatok nagyon eltérőek, illetve ilyen jellegű vizsgálatok nem ismertek. A hajléktalan büntetett előéletűek jelen vannak a szállókon és az utcán egyaránt. Többségében csak a hajléktalan emberek elbeszélése alapján lehet arra következtetni, hogy a szállókon gyakori az egymás, nemegyszer a személyzet sérelmére elkövetett bűncselekmény.

Rendkívül magas az *áldozattáválás*<sup>15</sup> aránya is a hajléktalan emberek körében. Kiszolgáltatott állapotukat kihasználva vonják bele őket különféle törvénytörő

---

<sup>13</sup> Dr Molnár D. László: Budapesti hajléktalanok egészségi állapota. Periferia Seria 6. Bp., 1996. 33-61.

<sup>14</sup> Karsai Melinda: Szegénység, hajléktalanság, drogfogyasztás. (Szenvedélybetegségek a hajléktalanok körében). Előadás a Drog és politika című konferencián, 1993. november 2-4. kézirata. A szerző a Fővárosi Szociális Központ és Intézetei Krízisintervenciós Osztályának a munkatársa.

<sup>15</sup> Lásd e témában: Gurály-Györi-Mezei-Pelle (2002): A margó szélén. ESÉLY 2002/3. 30-55. valamint Oross Jolán (1996): A szabadság rád fagy. ESÉLY 95/5. és In: Periferia Seria 6. Bp., 1996. 132-164.

cselekményekbe, családokba. Előfordul az is, hogy az elszenvedett bűncselekmény lesz hajléktalanságuk okozója (pl. lakásmaffiák, lakásátjársások).

A hajléktalan emberek sérelmére elkövetett halált okozó bántalmazások gyakorisága kirívóan magas, a hajléktalan emberek sérelmére elkövetett bántalmazások, gyilkosságok nem kis számban fordultak elő. Az utóbbi években egyre többször előfordul az is, hogy hajléktalan ember követ el halált okozó bűncselekményt.

### A hajléktalan embereket ellátó rendszerek finanszírozása

A helyi önkormányzatok által fenntartott személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátási formák működési és fejlesztési költségeihez az állam normatív állami hozzájárulást (*szociálisintézményi normatíva*) valamint *kötött felhasználású támogatásokat* biztosít. (Szt. 125.§)

#### A szociális intézményi normatíva alakulása 1992-től (Ft)

Évek	<i>Hajléktalan átmeneti szálláshelyek</i>	Egyéb átmeneti szálláshelyek	Tartós bentlakásos intézmények	<i>Nappali melegedő</i>	Egyéb nappali ellátások
1992	50.000	80.000	174.000	0	28.000
1993	60.000	87.000	186.400	0	30.850
1994	78.000	87.000	186.400	0	30.850
1995	78.000	87.000	186.400	0	30.850
1996	87.000	202.000	202.000	36.200	36.200
1997	102.200	246.900	246.900	48.000	48.000
1998	120.200	292.000	292.000	60.000	60.000
1999	159.800	323.200	323.200	77.100	77.100
2000	170.600	388.000	388.000	96.500	96.500
2001	202.650	455.700	455.700	118.300	118.300
2002	230.200	539.200	539.200	143.300	143.300
2003	399 500	725 000	725 000	176 000	176 000 xx

X Pszichiátriai fogyatékos szenvedélybeteg: 770 000 Ft  
XX Fogyatékosok nappali intézménye: 442 000 Ft

Az intézmények működését és jogi szabályozását tekintve a hajléktalanok átmeneti szálláshelyeinek normatívái az egyéb átmeneti szálláshelyekkel (idősek átmeneti otthona, stb.) összevetve 1992–1995 között az összegek jelentősen közeledtek egymáshoz. Ez a tendencia azonban nem folytatódott. 1996-ban az egyéb átmeneti szálláshelyek finanszírozása mintegy két és félszeresére növekedett a tartós bentlakásos intézmények finanszírozásának szintjére emelkedett, ezzel szemben a hajléktalanok átmeneti szálláshelyeinek normatívája alig növekedett. Ez azt jelenti, hogy míg 1995-ben a hajléktalan átmeneti szálláshelyek normatívája mintegy 90%-a volt az egyéb átmeneti szálláshelyekre vonatkozó normatívának, addigra 2000-ben már csak a 44%-át éri el, és 2002-re tovább nő a különbség ( 43,3 % ) , 2003. évben a normatívák közötti különbség némileg csökkent( 55,1 % ) A normatíva fenti arányai ha a jövőben is hasonló tendenciát követik az az ellátórendszerek teljes ellehetetlenüléséhez vezet. Ugyanakkor azt is látni kell, hogy a szolgáltatás finanszírozásának átalakítása csak akkor történhet meg, ha a források mellé mérhető, számon kérhető feladatok kapcsolódnak.

A finanszírozásban a szektor semleges támogatás nem érvényesül, az egyházi fenntartású intézmények magasabb összeget kapnak a központi költségvetéstől. Az önkormányzati intézmények egy részében az önkormányzat valamilyen mértékben kiegészíti a normatíva összegét. A nem állami szervezetek tevékenységéhez az illetékes önkormányzatok általában nem vagy csak elenyésző mértékben járulnak hozzá. A költségelemzések szerint a normatíva összege a tényleges működési költségeknek mintegy a 60%-a, 2003. évben ez az arány tovább csökkent.

Súlyos gondja a szakterületnek az utcai szociális munka finanszírozási bizonytalansága. A Szt. 1999. évi módosítása ugyan a hajléktalanok nappali melegedőjéhez kapcsolódóan kötelező ellátásként határozta meg az utcai szociális munkát, azonban ennek anyagi fedezete nem jelent meg nappali melegedő után járó állami normatív hozzájárulásban. Az utcai munka évek óta a pályázati rendszeren keresztül kapott támogatást, de ez a forma nem tudott és nem tud hosszú távú működési biztonságot nyújtani. Az ellátási hiányt, s a finanszírozási hiányt pótló pályázati rendszer ugyanakkor „álságos”, mert nem a teljesítmény mérettetik meg, hanem mint járandóság funkcionál. Így fordulhatott elő, hogy a 2003. év a tavaszi pályázati fordulóján során elnyert hajléktalan forrásokból már csak 3 % jutott innovációra, beruházásra.

A 2003. évi Szt. módosítással (lsd. 1993. évi III. tv.65/E.§.) megteremtődött annak feltétele, hogy az állami költségvetésből normatív hozzájárulás formájában finanszírozhatóvá váljon az utcai szociális munka is. E tevékenység finanszírozásáról azonban megfelelnek a települési önkormányzatok.

A hajléktalan emberek egészségügyi ellátását jelenleg csak a háziorvosi rendelők esetében finanszírozza az OEP, a többi egészségügyi szolgáltatás csak a szociális ellátás oldaláról - elsősorban pályázati forrásokból- tekinthető részben, átmenetileg megoldottnak.

### ***Ellátási kötelezettség***

A hajléktalan emberek ellátásban a szociális törvény kiemelt szerepet szán/szánt a települési önkormányzatoknak, azzal, hogy az ellátási kötelezettség őket terheli. Ugyanakkor

az adatok azt bizonyítják, hogy a települési önkormányzatok kevésbé törekednek arra -a települési szociálpolitikai részeként-, hogy a hajléktalan embereket is ellássák.

A jelenlegi finanszírozási rendszer, - a felhasználási kötelezettség nélküli forráselosztás -s az a tény, hogy az ellátási kötelezettség elmulasztása nem szankcionált ( csak a nem állami szervezeteknél működnek szankciók) az önkormányzatokat kétfajta magatartásra ösztönzi. Egyrészt nem hoznak létre ellátást, tagadják a hajléktalanság megjelenését a településen, másrészt működtetnek ugyan intézményt, igénybe veszik az állami normatív hozzájárulást, de a szolgáltatás színvonalát alacsonyan tartják, s gyakran az alapellátási igényeket is bentlakásos intézményes ellátással helyettesítik. Fiskális megfontolások miatt nem működnek a prevenciók megoldások sem. Az önkormányzatok inkább érdekeltek a szociális probléma, jelen esetben a hajléktalanság intézményes kezelésében, mint a lakásvesztést megelőző támogatások biztosításában.

E programok zömében az önkormányzatok költségvetését terhelik – terhelnék; ezzel szemben az intézmények működési költségeinek nagyobb hányadát a központi költségvetés finanszírozza, normatív állami hozzájárulás formájában. Ily módon a probléma érdemi kezelésében való anyagi ellenérdekeltség, mind a magányos, mind a családos hajléktalanság esetében fennáll

Az egészségügyi ellátórendszerrel való kudarcos huzavonák után a hajléktalan embereket ellátó intézmények- a halasztást nem tűrő ellátási igények kielégítése érdekében elkezdtek kiépíteni azokat az egészségügyi ellátórendszereket, amelyek mára mint „harmadik rend az egészségügyben” meghonosodni látszanak, jogszabályi és stabil finanszírozási háttér nélkül.

Sürgős egészségpolitikai döntést igényel, a hajléktalan emberek fekvőbeteg-szakellátása. A társadalmi kirekesztődés elleni cselekvési programba nehezen beilleszthető az az időről időre felmerülő igény, és ma már ha szórványosan is de előforduló gyakorlat, hogy szükség lenne önálló hajléktalan kórházakra, szegénykórházakra.

A hajléktalan emberek számára létrejött/ létrejövő egészségügyi rendszer az amúgy is súlyosan marginalizálódott csoport szegregációját tovább mélyíti, s az így létrejövő rendszerek arra inspirálnak, hogy más területeken is működjön a kirekesztésük.

A hajléktalan emberek az NCSSZI kutatása<sup>16</sup> és az 2000. évben elindított komplex foglalkoztatási- modellkísérleti program tapasztalatai alapján munkaerőpiac széles skáláján mozognak, jelentős részük viszonylag kis ráfordítással a munkaerőpiac szereplőjévé válhat.

A hajléktalan emberek foglalkoztatása az évek során több akadályba ütközött:<sup>17</sup>

- A foglalkoztatás növelésére irányuló foglalkoztatáspolitikai következtében a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű hajléktalan csoportok kívül rekedtek a támogatási körön.
- A foglalkoztatáspolitikai eszközrendszerének aktivizálása érdekében a szociális ellátó rendszer maga is gyenge érdekérvényesítő képességekkel rendelkezett.
- A szociális és foglalkoztatáspolitikai problémák egymástól mereven elkülönültek, a hajléktalanokat ellátó szervezetek helyi szinten sem tudták megszólítani a munkaügyi szervezeteket.

---

<sup>16</sup> NCSSZI Kézirat

<sup>17</sup> Dr. Bajka Gábor: A munkaerőpiacról való tartós kiszorulás kezelésének lehetőségei In: Periféria Füzetek X. évfolyam 1.szám. 2002 szeptember, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, 49-54

- A munkaügyi szervezeteknek komoly terhet jelentett a dolgozni nem tudó, „nem akaró, az egyik városból a másikba vándorló” emberekkel való foglalkozás.
- Nem sikerült beláttatni azt sem, hogy a szociális és munkaügyi támogatások csakis egymásra épülve, és egymást kiegészítve lehetnek hatékonyak.

### **A helyzetértékelés alapján felvethető problémák**

A helyzetértékelés – kutatásokra utaló- szubjektív válogatás eredménye, így a problémafelvetések is magukon viselik a szubjektív elemeket, de megkockáztatom azt a feltevést, hogy ebből a nézőpontból megfogalmazhatók olyan megállapítások, kérdések, dilemmák, amelyek hozzájárulhatnak az ellátórendszer megújításához

A hajléktalanság kialakulásának okait (strukturális, intézményi diszfunkciók eredménye, emberi kapcsolati megközelítések) ma már komplex módon megközelítő elemzések felhívják arra a figyelmet, hogy a hajléktalanság kezelése nem lehet csak a szociális ágazat felelőssége

Az elmúlt évek azt igazolták, hogy a hajléktalan ügyet érintő szabályozásokból hiányzott a tárcák közötti olyan típusú koordináció, amely a probléma közös kezelését, közös stratégia kialakítását eredményezte volna.

### **A tárcákon átnyúló közös stratégiai kialakítását sürgető problémák, amelyek a hajléktalanügy kezelésében paradigmát váltást eredményezhetnek**

#### ***Lakhatás-lakásügy***

A lakásfenntartási támogatás sem szabályozásában, sem összegében nem tudott eredményesen hozzájárulni a lakhatás megtartásához. A települési önkormányzatok lakbér támogatási rendszere – leszámítva néhány önkormányzatot- nem a támogatásra szoruló embert tekintette a szociálpolitika alanyának, a rászorult ember helyett a lakást támogatta.

Ezek a támogatások azonban nem kompenzálták/ kompenzálják a közüzemi díjak emelését, s a korábban kedvező kamatozású kölcsönt igénybevett lakástulajdonosok felhalmozott adósságait.

A jelentősen lecsökkent bérlakás állomány, s az évek óta elmaradt lakásépítések miatt egyre többek számára egyedüli megoldás a magánbérlet, amely azonban az adózási kötelezettségek megkerülése miatt legtöbb esetben szerződése háttér és lakcímbjelentés nélküli lakhatást biztosít. Így a bérlő kiszolgáltatott a tulajdonosnak, jogok nélküli.

Az adósságspirálba került bérlők és tulajdonosok, továbbá a magánbérletet elveszítők egy részének útja ha csak átmenetileg is de a hajléktalan ellátó rendszerbe vezetett.

Az 1998-ban kampányszerűen elindult adósságkezelési program félúton megállt, s bár a Szociális Törvény 2001. évi módosítása beemelte az alapellátások körébe az adósságkezelési szolgáltatást, amelyből azonban kiszorultak azok a bérlők akiknek jövedelemtermelő képessége gyenge ahhoz, hogy önerővel rendelkezzenek ezért félték, hogy a hajléktalanság újratermelődése nem mérséklődik, sőt a hajléktalan populációban egyre nagyobb számban jelentek meg hajléktalan családok, családtöredékek.

### ***Egészségügyi ellátás***

Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása/ átalakulása a hajléktalan embereket ellátó intézményeket olyan kényszerek elé állította, amelynek következtében a ellátórendszer elkezdte kiépíteni a maga külön ellátórendszerét biztonságos és rendszeres finanszírozás, tárgyi és személyi feltételek nélkül. Így a hajléktalan emberek és az őket ellátó intézmények folyamatosan kirekesztődnek az állami egészségügyi szolgáltatásokból. Ezt az állapotot maga a szakma is generálta/ generálja azzal, hogy különböző szolgáltatások létesítésére „alkuszik” az egészségüggyel nyomot finanszírozással megelégedve.

### ***Foglalkoztatáspolitikai***

A társadalmi integráció és a prevenció szempontjából elsődleges kérdés a hajléktalan emberek esetében is a munkaerő-piaci integráció.

Bár a Foglalkoztatási törvény<sup>18</sup> nyújtotta lehetőségek kiterjeszhetőek lettek volna a hajléktalan emberekre is, ezekkel a lehetőségekkel nem, vagy csak kevés esetben élt az ellátórendszer, a munkaügyi szervezetek, pedig képtelenek voltak kezelni a hajléktalan életmódból fakadó másságot.

A potenciális hajléktalanok munkaerő-piaci lehetőségei erősen korlátozottak, a segélyezési rendszer és a rövidebb- hosszabb idejű közcélú foglalkoztatás között „vándorolnak”.

Mára egyértelművé vált, hogy a hajléktalan emberek, potenciális hajléktalanok munkaerő-piaci lehetőségei nem teremthetők meg támogatott foglalkoztatási és képzési, rehabilitációs programok nélkül.

Ebben a szociális-és munkaügyi tárca és a szakma felelőssége közös.

### **Önkormányzati szociálpolitika diszfunkciói a hajléktalanság kezelésében**

A Szociális törvény<sup>19</sup> többszöri módosítással egy differenciált intézményrendszer létrehozására törekedett, de az ellátási kötelezettség címzettjei ( települési önkormányzatok, megyei önkormányzatok) csak többé-kevésbé éltek a törvény kínálta lehetőséggel. A hajléktalan emberek ellátása többségében a nappali melegedők, éjjeli menedékhelyek és átmeneti szállások működtetésére korlátozódott/ korlátozódik s alig létesült rehabilitációs, vagy ápoló-gondozó intézményi férőhely, utcai munka pedig, ha működik a településeken Gyakran a karitatív tevékenységekben ki is merül.

---

<sup>18</sup> 1991. évi IV. tv.

<sup>19</sup> 1993. évi III. tv.

A 90-es évek elejétől létrehozott szálláshelyek szám ( 7000 ágy ), s ezzel szemben az adat, amely a hajléktalan emberek számát (30.000 – 50.000 stb) ennek többszörösére becsüli látszólag kapacitásbeli hiányokat vet fel, de a valóságban a probléma összetettebb.

Igazgatási szempontból a törvény azt a személyt tartja hajléktalannak, aki bejelentett lakóhellyel nem rendelkezik „...kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye hajléktalan szállás.” (Szt.4.§(2))

E szakasz értelmében „a hajléktalan személyek ügyében szociális igazgatási eljárásra az a szociális hatáskört gyakorló szerv illetékes, amelynek illetékességi területét a hajléktalan személy az ellátás igénybevételekor nyilatkozatában tartózkodási helyeként megjelölte” (Szt.6.§)<sup>20</sup> A tapasztalatok szerint csupán a hajléktalan embereknek mintegy a negyede válhat részesévé a fenti szempontok szerinti eljárásnak

A szociális ellátás szempontjait követő hajléktalan definíció a fentiekkel ellentétben széleskörűen értelmezi a hajléktalanságot,- „hajléktalan az, aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti”.(Szt.4.§(3))- s amelyhez ellátási kötelezettséget is társít. „A települési önkormányzat, tekintet nélkül hatáskörére és illetékességére, köteles az arra rászorulóknak átmeneti segílyt, étkezést, illetve szállást biztosítani, ha ennek hiánya a rászorulóknak az életét, testi épségét veszélyezteti.”<sup>21</sup> (Szt. 7.§(1)).

A Szociális Törvénynek a fenti rendelkezései a gyakorlatban- egyértelműsége ellenére- csak korlátozottan valósulnak meg. Egyrészt az illetékesség a fiktív bejelentett lakcímek miatt nem érvényesül, másrészt az ellátási kötelezettséget rögzítő szabályozás túl puha, nem definiálható, hogy mit jelent az élet és testi épség veszélye. A szabályozás lehetővé teszi, hogy az ellátás kötelezettjei a szállásnyújtást étkezés, vagy átmeneti segíly biztosításával „ kiváltsák”. Így találkozhatunk azzal a jelenséggel, hogy települési önkormányzatok előszeretettel „utaztatják” a hajléktalanokat, s azzal a ténnyel, hogy a nagyvárosokba koncentrálódik a hajléktalanügy, s lakásnélküliség minden „kínja”.

Az ellátási kötelezettség teljesítésében a települési önkormányzatok érdekeltsége – eltekintve a városképet rontó hajléktalanok eltüntetésének igényétől- minimális. Ez az a populáció amely „vándorló életmódja”, bejelentett lakcím hiánya miatt nem kötődik településhez, adóforintokat sem hoz a közösségnek. Az alacsony színvonalú, differenciálatlan állami normatív finanszírozás oka annak, hogy az intézmények működtetése csak teher a városoknak. Sajnálatos, de ugyanez mondható el a pénzübeli és természetbeli ellátásokról is.

### **Intézményrendszer diszfunkciói**

Az elmúlt évek gyakorlata, amely a lakástalanságot, fedélnélküliséget, otthontalanságot is a hajléktalanoknak létrehozott ellátórendszerben -differenciálatlan szakmai tartalmakkal- erón felül próbálta meg kezelni mára súlyos diszfunkciókkal küzdő intézményrendszert eredményezett.

---

<sup>20</sup> Az Sztv. 1999. évi módosítását megelőzően az a szociális hatáskört gyakorlós szerv volt az illetékes, amelynek illetékességi területén a hajléktalan ember tartózkodott; illetve amelynek területén lévő hajléktalanszállás lakója volt.

<sup>21</sup> Szintén az illetékesség kérdésköréhez tartozik, hogy a szociális törvény 1996 évi módosítása<sup>21</sup> rendelkezett arról, hogy „A hajléktalan személynek rászorultság esetén joga van az e törvényben meghatározott szociális ellátások igénybevételére, függetlenül attól, hogy van-e bejelentett lakó- vagy tartózkodási helye.” Ezt a rendelkezést a szociális törvény 1999. évi módosítása 1999. október 1-től hatályon kívül helyezte.

A nappali melegedők a települések szegényellátó intézményeivé váltak, az átmeneti elhelyezést nyújtó rendszerekben a beteg, ápolásra szoruló, súlyos mentális zavarokkal küzdő, büntetés végrehajtási intézményekből szabadult emberek mellett tömegesen vannak jelen azok a lakásvesztők, otthontalanok, akiknek problémáját a lakáspiacon kellene kezelni

A rehabilitációs intézmények berendezkednek a tartós ellátásra, ahonnan lakhatás hiánya miatt a kiléptetés lehetetlen.

Az utcán ugyanakkor jelentős számban élnek azok a hajléktalan emberek, akik vagy kiszorulnak az ellátásból, vagy alkalmazkodási gondok miatt nem is vállalják az intézményes kötöttségeket.

Az 1997. évi Gyermekvédelmi Törvény a „családos hajléktalanság” kezelésére létrehozta a családok átmeneti otthona intézményét, amelyekről némi túlzással elmondható, hogy nem történt más, mint a hajléktalanügy „vízein” bekúszó intézményeken címkét cseréltek.

A hajléktalan ellátórendszerbe ma már nem „alulról”, hanem „fölről” érkeznek emberek, s ezek az intézmények egy védő-óvó „puffer” szerepet töltenek be a lakhatás és az utca között.<sup>22</sup>

Ha ezt a szerepet, feladatot és funkciót szánjuk a hajléktalan ellátó intézményeknek, akkor az alábbi problémákkal kell számolni.

*Ennek a nagyon differenciált, erősen rétegzett populációnak más és más szükségletei jelennek meg, amelyek differenciált segítségnyújtási módokat igényelnek, illetve egészen más típusú intézményekre, támogatásokra lenne szükségük.<sup>23</sup>*

*Ugyanakkor úgy tűnik, hogy egyre kevesebb figyelem fordítódik a fedél nélküliek „ fedélhez juttatására”, s elemi szükségleteik kielégítésére. Az ő esetükben gyakran megelégszünk a téli krízisellátás keretein nyújtott akut szolgáltatásokkal.*

A diszfunkciók megszüntetésére ma két út kínálkozik:

*Az egyik út, ha a hajléktalanügy kiterjeszti szolgáltatásait, bővíti eszközrendszerét a fedél nélküliek ellátása mellett a lakástalanok irányába is, létrehozva a speciális ellátórendszereket.*

*A másik út pedig, ha a hajléktalanügy maga köré szervezi azokat a segítő rendszereket, eszközöket / egészségügyi, foglalkoztatáspolitikai, lakáspolitikai /amelyek más-más tárcák szakmai és finanszírozási kompetenciájába tartoznak.*

### **Egy lehetséges válasz a kihívásokra**

---

<sup>22</sup> Lásd bővebben: Gurály-Györi-Mezei-Pelle (2002): A margó szélén. ESÉLY 2002/3. 30-55

<sup>23</sup> Ebben a differenciálatlan intézményrendszerben megjelenő fedél nélküliek otthontalanok más és más normákkal, értékekkel, identitással érkeznek. Ez komoly feszültségeket okoz az ellátásban, amit felerősít, hogy a személyzet sem képes - szakmai felkészültség hiánya, szakemberhiány miatt – a problémák kezelésére.

A szolgáltatások kiterjesztése, speciális ellátórendszerek létrehozása - ma a lakástalanok, holnap az otthontalanok részére- a hajléktalanügy mára már súlyosan marginalizálódott ellátórendszerén belül a „felülről érkezőket” óhatatlanul deklasszálják a fedélnélküliek világába, intézményesítetté válik a kirekesztés.

A segítő rendszereknek és eszközöknek a „hajléktalanügy” köré szervezése előnyökkel járhat, amit megerősíteni látszanak az európai, elsősorban az angolszász gyakorlatok.

### ***Angol hajléktalanügyi tapasztalatok***

Az angol terminológia a homeless (otthontalan) fogalmat használja, a hajléktalanságot elsődlegesen lakáspolitikai kérdésként kezeli, s az ellátórendszert szorosan összekapcsolja lakáspolitikával.

A „**housing trust**” néven működő lakás társaságok azoknak a hajléktalan (otthontalan) embereknek nyújtanak segítséget, akiknek nincs hol élniük, vagy ahol élnek az nem megfelelő számukra.

A társaság lakással kapcsolatos hálózatot (**housing network**) működtet, amelyhez nappali központok (**day center**), lakhatási problémák megoldását segítő tanácsadó iroda (**housing aid legal center**), lakásszövetkezet (**housing association**) és támogatott szállások (**resettlement hotels**) kapcsolódnak, különböző szolgáltatásokkal.

A lakhatással kapcsolatos támogatásokon túl a társaság szenvedélybetegeket, mentális betegeket gyógyító projekteket szerveznek, **resettlement** ( lakáshoz vissza szocializáló ) programokat működtetnek, továbbá utcai szociális munkacsoportot ( **rough sleepers projekt**) szerveznek.

A rough sleepers projektet az utcán alvók problémáinak kezelésére a Környezetvédelmi Minisztérium indította el és finanszírozta 1997-ben.

Az utcai munka iránya kettős:

- *Az **autreach csoport** a szolgáltatásokhoz való hozzájutást a tájékoztatást, az ártalomcsökkentést szervezi és biztosítja,*
- *a **resettlement csoportok** pedig a hosszú utcai múlttal rendelkező emberek lakhatásra képessé tételével, a lakhatás fenntartását segítő programok szervezésével, szállás szervezéssel foglalkoznak.*

*A resettlement munkások feladata az állapotjavító programok szervezése, továbbá az igénybevevő állapotához legjobban igazodó, szükségleteinek leginkább megfelelő lakhatás biztosítása.*

Az intézményes szállások a speciális problémákat kezelik, s csak szállás funkciót töltenek be, a különböző szolgáltatásokat (mentális, szociális programok) a nappali intézményeken (day centereken) keresztül „vásárolják” meg.

Az átmeneti szállók rövididejű elhelyezést biztosítanak, feladatuk, hogy a kliens számára megtalálják a legadekvátabb továbbléptetési lehetőséget.(önálló lakhatás- intézménybe irányítás)

A lakhatási programok pénzügyi háttérét, állami támogatás biztosítja, amely az intézmények fenntartását, és a lakhatással nem rendelkező embernek megállapított lakhatási támogatást ( **housing benefit**) külön-külön finanszírozza. A lakhatási támogatás megteremti annak anyagi feltételét, hogy a hajléktalan emberek a lakáspiacon is lakáshoz juthassanak.

*A helyi hatóságok, (önkormányzatok) kötelezettségeit törvény szabályozza. Az ő feladatuk az elsődleges csoportok – családok gyerekekkel, „gyenge, sérült” emberek- ellátása. Az 2003-ban megszületett hajléktalanügyi törvény az elsődleges csoportokat kibővítette, s az önkormányzatok kötelezettségét kiterjesztette. Az önkormányzatnak biztosítani kell a lakáshoz juttatást, vagy a szállás lehetőségének megteremtését, illetve ennek két éven keresztül való fenntartását. Az egyedülálló hajléktalanok ellátását zömében a „civil szektor” szervezi.*

*A beteg, sérül embereknek nyújtott szolgáltatásokért az egészségügyi és a szociális osztályok együtt felelnek „egyévre szabott, betegközpontú gondoskodás” biztosításával.*

A bemutatott angol gyakorlat olyan partneri hálózatot hozott létre, amelyben hatékony tárcaközi, ágazatok közötti együttműködés valósul meg, a hajléktalanság „kezelése” nemcsak a szociális ágazat felelőssége és érdeke. Az önkormányzatok, a helyi közösségek felelőssége erős. Az egyes intézmények között a munkamegosztás a szolgáltatások szabályozottak, a hatáskörök és felelőségek tiszta viszonyokat hoznak létre. A finanszírozási rendszer a „több lábón állást” garantálja, természetes a „keresztfinanszírozás”. A folyamatok kézben tartottak, a hatékonyság mérhető, a működés átlátható, ellenőrizhető.

### **Javaslatok ( fikciók ) a hajléktalanügy jövőbeli szabályozásához**

Alapvető, filozófiai és értékrendbeli kérdés, hogy miként gondolkodunk a hajléktalanságról, mire helyezük a hangsúlyokat.

Ha a hajléktalanság kezelésében a prevenció és az integráció kiemelt érték, akkor:  
**valamennyi hajléktalan ember számára garantálni kellene, s település nagyságtól függetlenül esélyt kellene biztosítani az ellátásokhoz való hozzájutáshoz, meg kellene állítani kirekesztési folyamatot.**

Ennek érdekében :

- Újra kellene gondolni a hajléktalan definíciót, tisztázni kellene, kik a hajléktalanügy alanyai.
- A települési önkormányzat kötelező feladatai között nevesíteni kellene azt az elsődleges csoportot, amellyel kapcsolatosan ellátási kötelezettség és felelősség terhelné a települést, s amely kötelezettség elmulasztása szankcionálható.
- Továbbá meg kellene határozni, mely feladatok telepíthetők kistérségi, megyei, régiós szintekre.
- A finanszírozás szerkezetét át kellene alakítani, az intézményi normatívát, és a hajléktalan ember részére megállapított lakáspénzt külön kellene választani. Ez ösztönözhetné a településeket arra, hogy mérlegeljék a szolgáltatásokat milyen módon kívánják nyújtani, megvásárolják ( bérlemény, intézményi férőhely), vagy az intézményeket alapítanak.

*A finanszírozásnak e formája „versenyhelyzetet” teremtene, érdekeltté tennék a szervezeteket a jobb színvonalú, igényekhez igazodó szolgáltatásnyújtásban.*

- Valamennyi települési önkormányzat területén foglalkoztatni kellene olyan „szervező” munkatársat, aki a marginalizálódott csoportok, személyek – így a hajléktalan emberek – szolgáltatásokhoz való hozzájutását szervezné, folyamatosan kapcsolatot tartana a kistérségi központokkal. E személy kulcsszereplő lehetne a szolgáltatástervezési folyamatokban is.
- Valamennyi településen biztosítani kellene a hajléktalan embereknek a településen működő szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutást ( pl. étkezés ) mindaddig, amíg az adott településen tartózkodik. Erre az utcai munka kiterjesztése hozhatna megoldást, olyan azonnali ellátásokkal, amelyekkel elérhetővé válnak az utcán élő emberek, továbbá amely szolgáltatás keretében biztosított az ártalomcsökkentés, a krízishelyzet kezelése.
- A kistérségi központok mindegyikében létre kellene hozni a nappali központokat, amelyek a térség hajléktalanügyének koordinálását, menedzselését, az ágazatok közötti együttműködést szerveznék, megtartva a nappali melegedők jelenlegi funkcióját is. Ezek a központok állnának kapcsolatban a lakásügyi, munkaügyi, egészségügyi szervezetekkel, egyéb szociális intézményekkel, szerveznék a lakhatáshoz juttató programokat, egyéb szolgáltatásokhoz való hozzájutást, a hajléktalan emberek speciális szükségleteit figyelembe vevő projekteket indítanának, menedzselnék a folyamatokat. A kistérségi központok, olyan információs központként funkcionálhatnának, ahol folyamatosan és naprakészen kezelik az ellátási igényeket, s eljárnanak az ellátás kötelezettjénél a „lakáspénz” megállapítása ügyében, amelyet a hajléktalan ember visz magával a kiválasztott lakhatásba. ( bérlet, intézmény)
- A központokhoz lakhatáshoz visszajuttató csoport és átmeneti szállások kapcsolódhatnának. E rendszerek tehetnének javaslatot arra, hogy az igénybevevő milyen típusú lakhatásba helyezhető el, illetve a visszahelyezés érdekében részére milyen típusú programokat kell biztosítani.
- A kistérségi központokban az utcai munka két szintjét kellene megszervezni. Az első szinten azokat a szolgáltatásokat kellene biztosítani, amelyeknek célja az utcai lét feladására való ösztönzés.( információnyújtás, támogatás, tanácsadás, szervezetekhez irányítás, ártalomcsökkentés ) A második szinten azokat a szolgáltatásokat szerveznék, amelyek a biztonságos lakhatáshoz való hozzájutást, az életvezetési tanácsadást, a lakhatásban élés és megtartás feltételeinek megteremtéséhez biztosítaná segítségnyújtás, továbbá központja lehetne az ügyintézésnek.

*Az átmeneti szállások csak rövididejű elhelyezést biztosítanak, úgynevezett „elosztó központok” szerepét tölthetnék be.*

- A megyeszékhelyek nappali központjainak feladata lehetne a térségeken átnyúló speciális ellátásokhoz való hozzájuttatás, illetve a régiós együttműködésben tölthetnének be szerepet.

A hajléktalan emberek egy jelentős hányadának speciális ellátásokra lenne szüksége. Ez a jelenlegi rendszerben a hajléktalanok otthona intézménye, a rehabilitációs intézmény, amely klienscsoportok speciális problémái mentén újabb intézménytípusokkal bővíthető. Ezeket az intézményeket megyei, illetve régiós szinten kellene kezelni, speciális programokkal, keresztfinanszírozással, középtávú kiszámítható projektfinanszírozással. A hajléktalan emberek számára létesítendő intézmények esetében mérlegelni kellene azt is, hogy a speciális probléma a meglévő nem tipikusan hajléktalanok számára létrehozott rendszereken belül kezelhető-e, s ha igen, nem a hajléktalan ellátások bővítését kell szorgalmazni, hanem az ellátáshoz való hozzájuttatás feltételeit kell megteremteni.

- A hajléktalan emberek egészségügyi alap és szakellátását az állami egészségügy rendszerén belül kell biztosítani. A kórházi kezelést kiváltó, és a kórházi kezelést követő ellátásokat a hajléktalanokat ellátó rendszer keretein belül csak az egészségbiztosítási rendszer kiegészítő finanszírozásával lehet megteremteni, ami ugyanazokat a feltételeket kell hogy tartalmazza, mint ami a nem hajléktalan embereket megilleti.
- A jelenlegi éjjeli menedékhelyek, továbbra is mint elsődleges befogadó szállások működhetnének, de jelentősen bővíteni kellene a szolgáltatások körét. E szállásokon azokat a fedél nélküli embereket kellene elhelyezni, akik a hosszú utcai lét után más típusú lakhatásban képtelenek lennének önállóan működni. Mivel e csoport depriváltsága a legsúlyosabb a fizikai ellátásokon túl részükre olyan rehabilitációs programok szervezésére is szükség lenne, amellyel felkészíthetők lennének az önálló vagy támogatott lakhatásban való működésre (életvezetési, szokásokat visszaállító, foglalkoztatási stb. programok.).

A felvázolt szolgáltatásszervezési elképzelés nem koncepció, csak gondolkodás arról, hogyan lehetne integrálni a hajléktalanügyet a szociális szolgáltatások rendszerébe, hogyan lehetne érvényt szerezni annak az elvárásnak, hogy a szolgáltatásokhoz minden hajléktalan ember hozzájusson függetlenül attól, hogy mit gondol a hajléktalanság kezeléséről a települési önkormányzat, továbbá milyen ágazati együttműködések szükségesek ahhoz, hogy a hajléktalanság alapproblémája is kezelhető legyen.

A hajléktalanság nem olyan probléma, mely napok alatt megoldható, de ha nemesak a kríziskezelésre rendezkedünk be, hanem a lakásproblémával küzdő emberek számára időben, természetes környezetükben biztosítjuk a tanácsadást, támogatást, amely elháríthatja a hajléktalanságot, s képessé válnak lakhatásukat megtartani, vagy segítséget nyújtunk ahhoz, hogy megfelelő alternatívák felé elindulhassanak a fejlődés mindenképpen biztosítható.

