



*Társadalmi-gazdasági stratégiai  
helyzetértékelés a civil szektor bevonásával*



MAGYARY  
PROGRAM

**SZÉCHENYI** 2020

2020

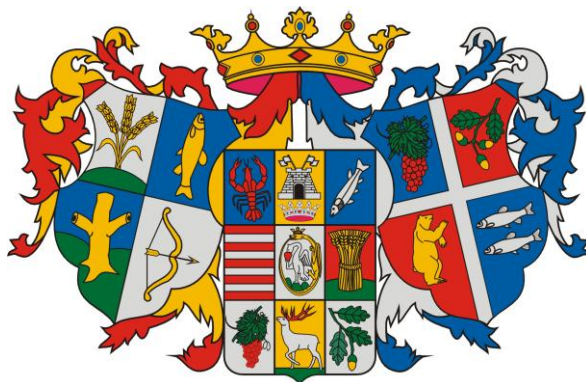


MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

**Európai Unió**  
Európai Regionális  
Fejlesztési Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**



A tanulmány a **Támop-7.2.1-11/K-2015-0003** azonosító számú „**A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat 2014-2020-as időszakra vonatkozó megyei fejlesztési terveinek kiegészítése az érintett Operatív Programok lehatárolásával a célzott forrás felhasználás érdekében**” című pályázat keretén belül készült, melynek kedvezményezettje a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat.

**A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.**

A tanulmány lektora: Prof. Dr. Fónai Mihály egyetemi tanár

Szakmai Tanácsadó: R. Dr. Fedor Anita főiskolai docens  
Zakor-Broda Rita civil fejlesztési tanácsadó

Szerkesztette: R. Dr. Fedor Anita és Zakor-Broda Rita

Szerzők: Zakor-Broda Rita, R. Dr. Fedor Anita, Kovács László, Balogh Erzsébet,  
Bogdándi István, Jagasics Béla

ISBN 978-963-12-4473-1

## Tartalomjegyzék

<b>Előszó</b> .....	<b>3.</b>
Zakor-Broda Rita	
<b>A civil szektor főbb jellemzőinek bemutatása</b> .....	<b>4.</b>
Zakor-Broda Rita és Kovács László	
<b>Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye Mint Hátrányos Helyzetű Térség Koncepcionális Bemutatása</b> .....	<b>9.</b>
R. Fedor Anita, Balogh Erzsébet, Bogdándi István	
<b>Szabolcs-Szatmár- Bereg megye foglalkoztatási és munkanélküliségi jellemzői</b> .....	<b>9.</b>
R. Fedor Anita	
<b>A civil szféra foglalkoztatásban betöltött szerepe</b> .....	<b>22.</b>
R. Fedor Anita	
<b>A szegénység kockázata Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében</b> .....	<b>30.</b>
Balogh Erzsébet és R. Fedor Anita	
<b>Az egészségfejlesztési irányvonalak meghatározása a megyénkre jellemző általános és speciális egészségmutatók tükrében</b> .....	<b>49.</b>
Bogdándi István	
<b>A civil szervezetek fejlesztési irányvonalai gyakorlati tapasztalatok alapján</b> .....	<b>78.</b>
Jagasics Béla és Zakor-Broda Rita	

# Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával

## Előszó

*„Civil társadalmon a nem kötelező emberi társulást értem és azon kapcsolatok hálózatát, amely a család, hit, érdek és ideológia szolgálatára jöttek létre.”*

*Michael Walzer*

A stratégiai helyzetértékelési tanulmány célja, hogy megyei szinten lehetőség legyen azon irányelvek meghatározására, amelyek a kistérségek hátrányos helyzetű rétegeit specifikusan érintik társadalmi-és gazdasági szinten. A civil szervezetek mindennapi munkájukkal látják el területi szinten társadalmi szerepvállalásukat, ismerik személyes tapasztalatok alapján azon problémákat, amelyek a súlyos munkanélküliségi, szociális és egészségügyi problémák forrásai. A társadalom harmonikus működésének az alapja a jól teljesítő gazdaság, és a társadalomban élők testi, lelki és szociális jóléte, ezek hiányában a problémák kezelésének körülhatárolása, mint az egészségügyi human erőforrás hiányának enyhítése és motivációjának fokozása, a lakosság egészségtudatosságának növelése.

***A társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával*** című elemzés az alábbi blokkokat öleli fel. A civil szektor főbb jellemzőinek bemutatásával Zakor-Broda Rita és Kovács László (2015) foglalkozik. Munkájukban kitérnek a civil szervezetek jogi szabályozására, működési területeik és társadalmi szerepvállalásaik bemutatására. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye hátrányos helyzetű területeinek koncepcionális bemutatása tematikailag több altémára koncentrálnak. A megyei munkanélküliség és foglalkoztatottság elemzésével R. Fedor Anita (2015a) foglalkozik, mint ahogyan a civil szektornak a foglalkoztatásban betöltött szerepével is (R. Fedor 2015b). A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei szegénység kockázati tényezőit Balogh Erzsébet és R. Fedor Anita (2015) elemzi, a megye általános és speciális egészségügyi állapotának bemutatása Bogdándi István (2015) nevéhez fűződik. A tanulmány Zakor-Broda Rita és Jagasics Béla *A civil szervezetek fejlesztési irányvonala a gyakorlati tapasztalatok alapján* című írásával zárul. Ezen fejezetben a civil szervezetek „szava”, a visszajelzések konklúzióinak összegzése kerül bemutatásra a vizsgált területek alapján. A problémák statisztikai adatok és a megye civil szervezeteinek a kérdőíves kutatás által felmért tapasztalatainak az összegzésével bemutatja a megyét érintő problémákat, teljes körű áttekintést és mélyre ható elemzést nyújt a jövőbeli fejlesztések, programok, komplex projektek megvalósításához.

## **A civil szektor főbb jellemzőinek bemutatása**

**Zakor-Broda Rita és Kovács László**

### **A civil szervezetek jogi szabályozása**

Az egyesülési jogról, a közhasznú jogállásról, valamint a civil szervezetek működéséről és támogatásáról szóló 2011. évi CLXXV. törvény 2. § (6) bekezdése meghatározza a civil szervezet fogalma, melynek értelmében civil szervezet: a civil társaság; a Magyarországon nyilvántartásba vett egyesület - a párt, a szakszervezet és a kölcsönös biztosító egyesület kivételével; a közalapítvány és a pártalapítvány kivételével - az alapítvány. Az egyesülési jog - mint alkotmányos jog – alapján civil szervezet a magánszemélyek, a jogi személyek, valamint ezek jogi személyiséggel rendelkező szervezetei által létrehozott szervezet. Az egyesület a nyilvántartásba vételt követően jogi személlyé válik. Az egyesület azon szervezeti egysége nyilvánítható jogi személlyé, amelynek önálló ügyintézői és képviselői szerve van, továbbá a működéshez szükséges vagyonnal (önálló költségvetéssel) rendelkezik.

Az alapítvány közérdekű célra történő vagyonrendelés egyoldalú jognyilatkozattal, az alapítótól független, önálló jogi személy létrehozásával. Magánszemély, jogi személy és jog személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság – alapító okiratban – tartós közérdekű célra hozhat létre alapítványt. Az alapítvány a nyilvántartásba vételt követően jogi személlyé válik.

A civil szervezetek jogállásával kapcsolatos további rendelkezések tekintetében a Polgári Törvénykönyv (2013. évi V. törvény) szabályozásai az irányadóak. Az új Ptk. az egyesülési jogról, a közhasznú jogállásról, valamint a civil szervezetek működéséről és támogatásáról szóló jogszabályok közötti összhangot igyekszik megteremteni. (Forrás: Nonprofit szervezetek működése, számvitele és adózása 2015 Civil törvény a gyakorlatban- VEZINFÓ)

### **A szervezetek megalakulásának és működési területeinek bemutatása**

A civil szervezetek azon társas kezdeményezések együttműködési formája, ahol a cél határozza meg és irányítja a működés területét. Megalakulásuk alapja egy baráti kör összefogása, közös értékrend, érdeklődési terület, a lakókörnyezet társadalmi-és környezeti hiányosságainak kezelésére, megoldására irányuló közös igény. A működés célja nem a profitorientáltság, hanem a társadalmi szerepvállalás fontossága. A civil szervezetek ereje az alapító személyek céljaik iránti önzetlen, mély elhivatottságában, a feladatok és problémák iránti gyors reakció

és megújulási képességben rejlik. A szervezetek tevékenységi céljait a környezet hiányosságainak, gyengeségeinek javítása, a társadalom iránti szolidaritás eszközei mozgatják. Egyes szervezeteknél a motiváció a közösség építése, erősítése, nem, kor, etnikai hovatartozás tekintetében. A feladatok szerint szerveződő civil csoportoknál egy-egy szociális, egészségügyi, oktatási, érdekvédelmi, kulturális feladat ellátása vagy speciális értékek, hagyományok, környezet, sport védelme a cél. Általánosságban elmondhatjuk, hogy a szervezetek jelentős része több célterület szerepvállalását felvállalja működése során. A többrétűség a folyamatos munka alatt alakul ki, hiszen egyik probléma feltárása és megoldása a másik terület problematikájának megoldását is eredményezi.

### A civil szervezetek megoszlása településtípusok szerint:

#### 1. táblázat

Településtípus	Alapítványok		Társas nonprofit szervezetek		Összesen		Összes bevétel	Megoszlás %
	száma	megoszlása %	száma	megoszlása %	száma	megoszlása %		
<b>2013</b>								
Főváros	6 388	28,4	9 282	22,1	15 670	24,3	697 173,6	56,2
Megyeszékhely	4 991	22,2	8 577	20,4	13 568	21,0	227 698,6	18,3
Többi város	6 685	29,7	12 534	29,8	19 219	29,8	228 600,1	18,4
Község	4 436	19,7	11 649	27,7	16 085	24,9	88 122,7	7,1
<b>Összesen</b>	<b>22 500</b>	<b>100,0</b>	<b>42 042</b>	<b>100,0</b>	<b>64 542</b>	<b>100,0</b>	<b>1 241 595,0</b>	<b>100,0</b>

Forrás: ksh.hu

[http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p\\_lang=HU&p\\_menu\\_id=120&p\\_almenu\\_id=102&p\\_ot\\_id=100&p\\_obj\\_id=QPG&p\\_session\\_id=29741315&p\\_nav=Fogalmi](http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=120&p_almenu_id=102&p_ot_id=100&p_obj_id=QPG&p_session_id=29741315&p_nav=Fogalmi)

A KSH 2013. évi adatai szerint 64.542 társadalmi szervezetet tartottak nyilván. A civil szektor legfontosabb szerepvállalása a helyi közösségek formálásában, az emberi és polgári jogok védelmében és egyfajta társadalmi kontroll kiépítésében van jelen, de kiemelkedő szerepet játszik az oktatás, kultúra, szociálpolitika és sport területén is.

A megye tekintetében legmagasabb a sporttal, a kultúrával és a szociális tevékenységgel foglalkozó szervezetek száma, a bejegyzett civil szervezetek száma 1000 lakosra vetített adata alapján 4,0 szervezet, a Nyíregyházi járásban a legmagasabb 5,6 szervezettel és a legalacsonyabb a Kisvárdai járásban, 2,7 szervezettel. (<https://www.ksh.hu/interaktiv/terkepek/mo/gazdsz.html?mapid=QVD015> )

## A társadalmi részvétel módjai

2. táblázat

	Cél	Ígélet
1. Informálás	Állampolgárok, szereplők információval történő ellátása	Információk biztosítása.
2. Konzultáció	Elérni, hogy a kiadott információkkal kapcsolatosan visszajelzések is történjenek.	A visszajelzések döntésre gyakorolt hatásáról informálják a szereplőket.
3. Bevonás	A fejlesztések során közvetlenül az érintett szereplőkkel dolgozni.	A vélemények megjelennek az alternatívában, és történik visszajelzés róluk
4. Együttműködés	A teljes fejlesztési folyamatban partneri együttműködés (alternatívák kidolgozása, alternatívák közül megvalósítható kiválasztása)	A vélemények lehető legmagasabb szintű figyelembe vétele.
5. Felhatalmazás	A végső döntés is az érintett szereplők kezében van.	Teljes mértékben a szereplők véleménye, döntése a mérvadó.

Forrás Building new... (2006)- Reisinger (2010: 111)

A 2. táblázat a részvételi lehetőségeket mutatja be az adott részvételi forma célja és a résztvevőknek tett ígérek alapján.

A civil szervezetek működésének hatékonysága abban is rejlik, hogy kétoldalú kommunikációt folytat a társadalommal. A szervezetek mindennapi szinten ismerik, reagálnak a problémákra. Működési hatékonyságukat kommunikációval, az informálás és a folyamatos konzultáció segítségével érik el. Folyamatosan informálják az állampolgárokat, majd biztosítják, hogy a visszajelzések alapján a „társadalom hangja” is elérje célját. A személyes jelenlét és a kialakult bizalom miatt olyan mélységi szintről tudnak információt begyűjteni a problémák megoldása érdekében, amelyet más, a társadalommal foglalkozó szegmens a személyes kontaktus hiánya miatt nem tud. Ezen szervezetek a problémák megismerését követően az állampolgárokat közös megoldásra, együttműködésre ösztönzik, hiszen a társadalom csak közös összefogással képes változtatni az állapotán.

A civil szervezetek tevékenysége a társadalmi aktivitás mellett az adománygyűjtés területén mutatkozik meg, hiszen hiányszükségletek eszközbeli megoldására ösztönzik az embereket a társadalmi szerepvállalásukban.

Egy demokratikus berendezkedésű országban a gazdasági és társadalmi szereplők hatékony együttműködésének alapját a civil szervezetek képezik. A civil szektor szereplői – gazdasági szerepkörükben – gazdasági teljesítmény előállítói, foglalkoztatók és az újraelosztás fontos intézményei<sup>1</sup>.

### **A civil szervezetek kapcsolatrendszere**

A civil szektor működési hatékonyságát együttműködések útján tudja erősíteni. Mivel a szervezetek elsődlegesen helyi szinten működnek, a helyi önkormányzat és helyi intézményi rendszerek munkáját egészítik ki. Az önkormányzatok munkáját a helyi rendezvényeken és aktivitásokban segítik, illetve azzal, hogy az önkormányzat közfeladataikat megosztja vagy átadja a civileknek, mellyel a települések egyéb anyagi előnyökhöz, forrásokhoz is jutnak. A civil szervezetek hatékony és kreatív reagálási képességüknek köszönhetően gyorsabban tudják az önkormányzati rendszerhez képest a felmerülő problémákat megoldani. Az önkormányzati szféra is felismerte a közös együttműködésben rejlő potenciált, így egyre jelentősebb szinten támogatják a közös szerepvállalást. A civil szférán belüli civil-civil, együttműködések további új lehetőségeket adnak a szervezetek saját fejlődésükhöz, ugyanis minél több ember csoportosul azonos nézetek, célok mentén, az erejük a megvalósításban megsokszorozódik. A helyi, alulról jövő kezdeményezések, ha összekapcsolódnak mind a létszám, mind az anyagi forrás területén „kinövik” magukat megyei, regionális, országos, majd nemzetközi szintre. A kapcsolódás a munkásságuk fontosságát és hitelességét erősíti. Az információcsere fokozódik, így a civilekre jellemző gyors és hatékony reakció is arányosan nő. Az Európai Unió is támogatja ezen szerveződéseket, hiszen egyre több pályázati forráshoz jutás feltétele az együttműködés, vagy előnyt jelent a hazai és határon túli kapcsolatrendszer megléte és fejlesztése. A szervezetek – kapcsolataik révén történő – előmenetele hatással van a térség gazdasági-és társadalmi fejlődésére, amely együttesen az ország gazdasági-és társadalmi fejlődését alakítja.

---

<sup>1</sup> A civil szféra foglalkoztatási adatainak részletes bemutatása R. Fedor Anita: A civil szférafoglalkoztatásban betöltött szerepe című elemzésében olvasható



## Összegzés

A civil szervezetek látják el azon kényes és problémás feladatokat, amelyeket az állami-és gazdasági szféra nem tud hatékonyan kezelni. A civilek mélyebb szinten vizsgálják és keresik a megoldásokat a területüket érintő problémákra. Munkásságuk célja a hátrányos helyzetű emberek foglalkoztathatóságának segítése, a társadalmi aktivitás fokozása, a közösségépítés, a hátrányos megkülönböztetés és az előítéletek elleni küzdelem, a fiatalok, illetve az idősök támogatása, valamint a megváltozott munkaképességűek aktivitásának támogatása rehabilitációs programokkal. Ezen célok mindegyike közvetlenül, vagy közvetve szolgálja a társadalmi bizalom növelését, ami a fenntartható növekedés egyik legfontosabb előfeltétele.

Összességében megállapíthatjuk, hogy az elmúlt években a civil szektor szerepe és jelentősége felértékelődött, gazdasági és társadalmi szerepvállalása is megnövekedett. Az állami és gazdasági szféra részéről is megtörtént ez a felismerés, és ennek megfelelően nyitottak a civilek irányába. Egyre inkább elengedhetetlen, hogy a különböző érdekek, ügyek megjelenítésében a civilek pozíciója megerősítésre kerüljön.

### Felhasznált irodalom:

Nonprofit szervezetek működése, számvitele és adózása 2015 Civil törvény a gyakorlatban-VEZINFÓ- Gottgeisl Rita, Láng Noémi – p. 15.

R. Fedor Anita (2015): Szabolcs-Szatmár- Bereg megye foglalkoztatási és munkanélküliségi jellemzői. In: Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával. R. Fedor A.-Zakor- Broda R. (szerk.)

Reisinger Adrienn: Civil szervezetek és a civil elit szerepe a társadalmi folyamatokban. Tér és Társadalom 24. évf. 2010/2. 107-119.

Dr.Kamenyiczki István: A regionális érdekvédelem alapítvány tanulmánya

Osváth László: A civil szervezetek térségi együttműködései Magyarországon (Országos Civil Érdekképviselőért Egyesület)

### Felhasznált kiadványok, statisztikai adatbázisok:

<http://www.policy.hu/flora/miacivilszfera.htm>

<http://www.nosza.hu/kutat/REVkutasas/1gazdasag>

<http://www.magypaxromana.hu/kiadvanyok/csalad/glozer.htm>

<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/muhelytanulmanyok7.pdf>

<https://www.ksh.hu/interaktiv/terkepek/mo/gazdsz.html?mapid=QVD015>

[http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p\\_lang=HU&p\\_menu\\_id=120&p\\_almenu\\_id=102&p\\_ot\\_id=100&p\\_obj\\_id=OPG&p\\_session\\_id=29741315&p\\_nav=Fogalmi](http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=120&p_almenu_id=102&p_ot_id=100&p_obj_id=OPG&p_session_id=29741315&p_nav=Fogalmi)

**Zakor-Broda Rita:** Humánpolitikus, művelődésszervező, civil fejlesztési tanácsadó

**Kovács László:** Közgazdász, civil gazdasági tanácsadó

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye Mint Hátrányos Helyzetű Térség  
Koncepcionális Bemutatása**

R. Fedor Anita, Balogh Erzsébet, Bogdándi István

**Szabolcs-Szatmár- Bereg megye foglalkoztatási és munkanélküliségi  
jellemzői**

**R. Fedor Anita**

**Bevezetés**

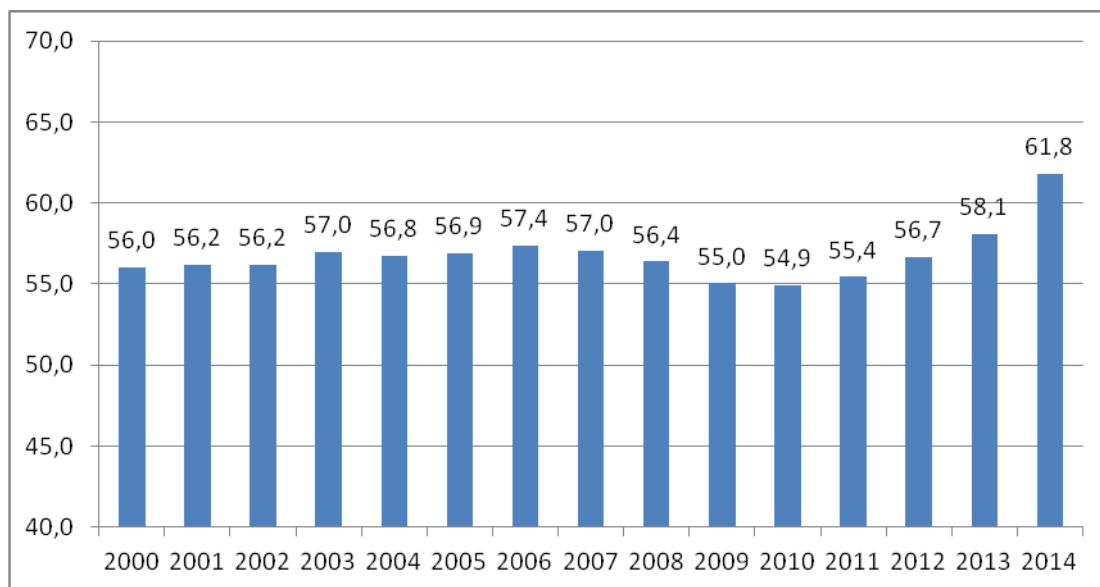
Írásunkban Szabolcs-Szatmár-Bereg megye foglalkoztatási jellemzőit mutatjuk be. A foglalkoztatás és munkanélküliségi mutatókban bekövetkező változásokat a nem, az iskolai végzettség dimenzióiban vizsgáljuk. Ennek oka, hogy tanulmányunkban - az adatbázisok által nyújtott lehetőségekhez mérten - kiemelten kezeljük a különböző tényezők miatt hátrányban lévő munkavállalókat, tehát a nőket, az alacsony iskolai végzettségűeket. A megye sajátosságait körbejáró leíró jellegű, komparatív elemzésünket hazai és regionális kontextusban is bemutatjuk, mintegy elhelyezve Szabolcs-Szatmár- Bereg megyét a hazai és regionális foglalkoztatási palettán.

**1.A foglalkoztatottság alakulása**

Hazánk foglalkoztatási mutatói egyre kedvezőbben alakulnak. Az elmúlt öt évet alapul véve azt látjuk, hogy a 2009-es helyzethez képest folyamatos javulás a jellemző, a foglalkoztatottak számában bekövetkező növekedés meghaladta a 350 000 főt. A kedvező tendencia mértékét mutatja, hogy a foglalkoztatottak száma 2014-re meghaladta a 2008-ban elkezdődött, hazánkat 2009-re elérő gazdasági válság előtti mutatót. A 15-64 éves korú népességre vonatkoztatott foglalkoztatási ráta 2014-ben 61,8% volt, 5,1%-kal magasabb, mint 2012-ben, és közel 7%-kal kedvezőbb a 2009-es állapothoz képest (KSH 2.1.2; Rusinné 2012, R. Fedor-Jávorné 2014, R. Fedor, Balogh 2015.). Tehát, a 2014-es év foglalkoztatási rátája kiemelkedő, melynek oka a gazdasági mutatókban megmutatkozó pozitív irányú elmozdulásnak valamint a közfoglalkoztatás intézményének köszönhető.

## 1. számú ábra

**A hazai 15–64 éves népesség foglalkoztatási rátája**



Forrás: KSH statdat 2.1.2. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf002.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf002.html)

A statisztikai adatok alapján látható (1. számú táblázat), hogy az Észak-alföldi régió foglalkoztatási mutatói kedvezőtlenebbek az országosan mért átlaghoz képest. Ez vélhetően azzal magyarázható, hogy a régióhoz tartozó Szabolcs–Szatmár-Bereg megye egyike a foglalkoztatási nehézségekkel leginkább küzdő megyéknek. 2014-ben az Észak-magyarországi volt az egyetlen olyan régió (48,7%), ahol alacsonyabb a foglalkoztatottak aránya, a Dél-dunántúli (51%) és a Dél-alföldi (52%) régió helyzete pedig hasonló az Észak-Alföldön mért adatokhoz. A legjobb munkaerő-piaci helyzetű régióihoz tartozik Közép-Magyarország, Közép- Dunántúl és Nyugat-Dunántúl. Mindezen túl a regionális foglalkoztatási helyzet javulása kétségtelen, hiszen 2010 és 2014 között több mint 6%-kal nőtt a foglalkoztatási ráta (R. Fedor, Balogh 2015; KSH statdat 6.2.1.10).

### 1. számú táblázat

**Foglalkoztatási arány az Észak-alföldi régióban (2008–2014) [%]**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hajdú-Bihar	44,8	42,7	43,9	45,8	46,0	47,5	50,3
Jász-Nagykun-Szolnok	48,6	46,6	46,5	46,9	48,3	48,9	54,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg	40,9	40,8	42,0	42,1	45,3	46,5	49,6
Észak-Alföld	44,3	43,0	43,9	44,7	46,3	47,5	51,1
Országos	50,0	48,8	48,7	49,1	50,1	51,2	54,1

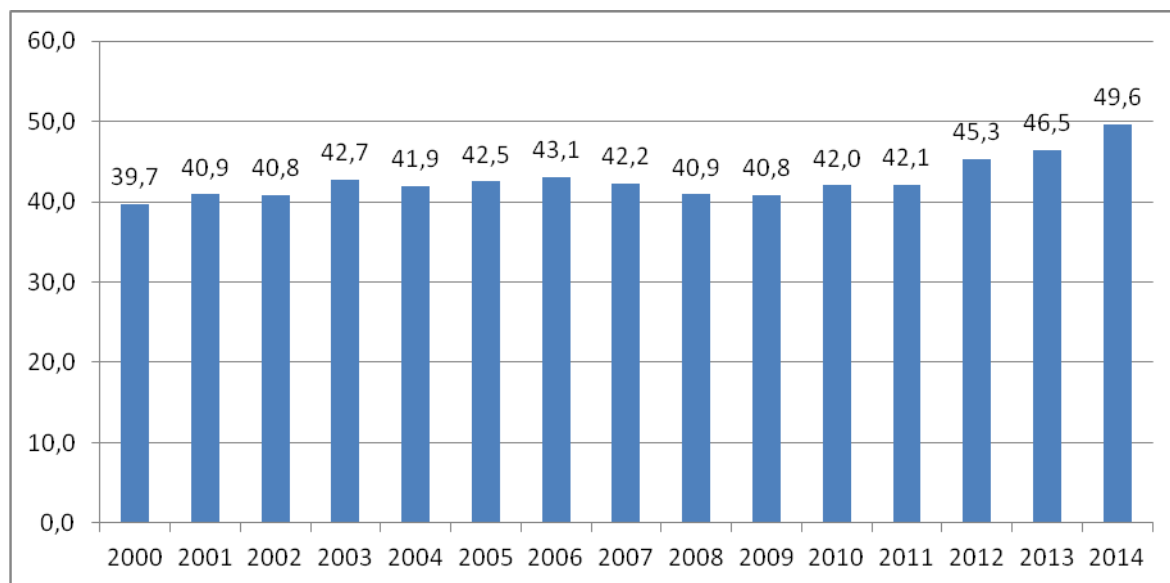
Forrás: KSH statdat 6.2.1.10; R. Fedor, Balogh 2015.

Az Észak-Alföldön a foglalkoztatottak jelentős része, 345,5 ezer fő a szolgáltatási, 185,6 ezer fő az ipari, 41,1 ezer fő a mezőgazdasági szektorban dolgozott 2014-ben (KSH 6.2.1.4.2. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf032.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf032.html)). A foglalkoztatás jellege szerint a 576,9 ezer fő fizetett munkát végző jelentős része, 519,5 ezer fő alkalmazottként, 0,8 ezer fő szövetkezeti tagként, 50,5 ezer fő társas és egyéni vállalkozóként, 1,5 ezer fő segítő családtagként jelent meg a munka világában (KSH. 6.2.1.5. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf032.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf032.html)).

Ahogy fentebb említettük, az Észak-alföldi régióban (1. számú táblázat) Szabolcs-Szatmár-Bereg megye hátrányos munkaerő-piaci helyzete rajzolódik ki, azonban azt is meg kell említeni, hogy az említett közigazgatási terület önmagához viszonyított foglalkoztatási helyzete 2009-től kezdődően kedvezőbb lett, a növekedés mértéke 2010 és 2014 között közel 8%-os.

## 2. számú ábra

**Szabolcs-Szatmár-Bereg megye foglalkoztatási rátája**



Forrás: KSH statdat. 6.2.1.10.

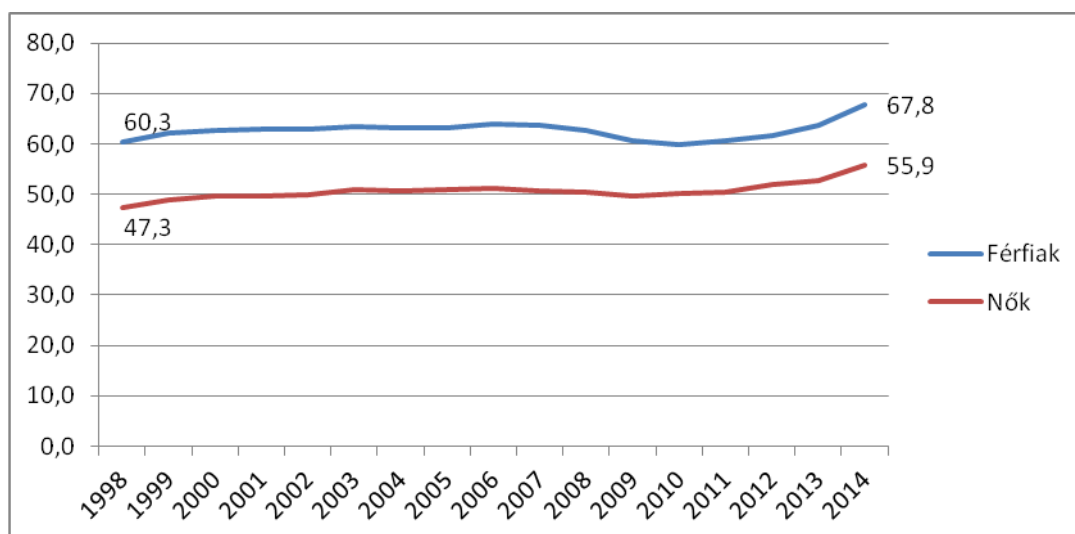
A magyarországi alacsony foglalkoztatottsági mutatónak két fő indikátorát említik a téma szakértői. Az egyik az alacsony, illetve a munkaerő-piaci kereslethez nem alkalmazkodó iskolai végzettséggel rendelkezők munkapiaci hátránya, a másik pedig az alacsony női foglalkoztatás. A nők kedvezőtlen aktivitási rátájáért nagy részben a kisgyermeket nevelő nők alacsony foglalkoztatási színvonala a felelős (Blaskó 2009). A közelmúltban bevezetett új családpolitikai eszközök (GYES, GYED extra) – a családi élet és munka világa közötti egyensúly megteremtését is elősegítve, - éppen ennek a hátránnak a kompenzálását célozták

meg. A 2. számú ábra jól mutatja, hogy a nők foglalkoztatási rátája a vizsgált évek mindegyikében elmaradt a férfiakétól. A legfrissebb adatok szerint a két nem közötti különbség majdnem 12%. (3. számú ábra)

A nők foglalkoztatási helyzetének eredményeit vizsgálva a női foglalkoztatás emelése több szempontból is prioritást élvez. Egyrészt az Európai Unió Foglalkoztatási Stratégiájának egyik kiemelt pillére a női foglalkoztatási ráta emelése illetve a családi teendők és a munka egyensúlyának a megteremtése. A másik fontos szempont az egyre apadó születés szám, melynek okát a téma szakértői meghatározó részben munkaerő-piaci nehézségek mentén magyarázzák (Frey 2009, R. Fedor 2015.). Korábbi kutatási eredmények azt mutatják, hogy a női foglalkoztatottság színvonala és a gyermekvállalási hajlandóság erős kapcsolatban áll egymással. Vagyis a magas női foglalkoztatottság, magas termékenységet, míg az alacsony foglalkoztatottság, alacsony termékenységet von maga után. Magyarország az utóbbi csoporthoz tartozik (Frey 2009). Mindez azt hangsúlyozza, hogy a kisgyermeket nevelő nők munkaerő-piaci integrációjára igen nagy hangsúlyt kell fektetni, melynek várható eredményei gazdasági és demográfiai területen is jelentkezhettek majd. Meg kell említeni, hogy a gyermekvállalást megelőző gazdasági aktivitási státusz meghatározza a gyermekgondozással összefüggésben igénybe vehető ellátást, melynek összege kedvezőbb a szülés előtt dolgozók számára, tehát ennél a célcsoportnál a gyermekvállalás előtti munkaerő-piaci kötődés erősítése tekinthető a legfontosabb célnak (R. Fedor és Fónai 2012).

### 3. számú ábra

#### A hazai foglalkoztatási ráta nemenkénti megbontásban

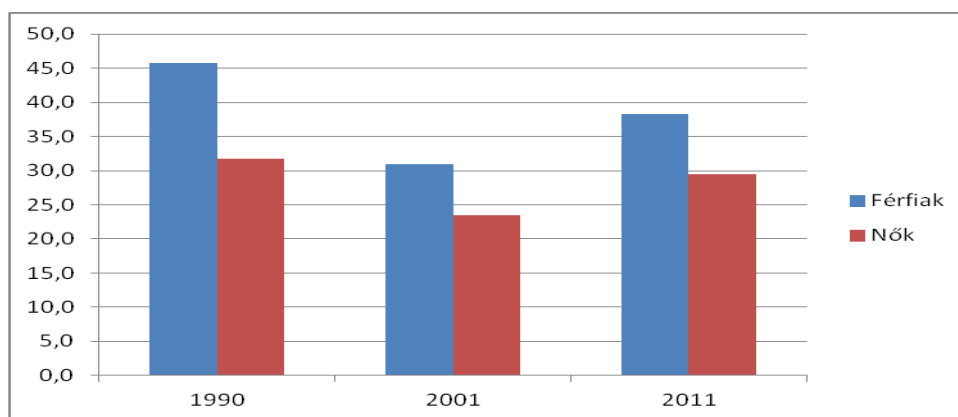


Forrás: KSH statad 2.1.2. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf002.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf002.html)

A megyére vonatkozó foglalkoztatás nemenként megoszlását a KSH. népszámlálási adatait felhasználva mutatjuk be, mivel ebben a csoportosításban 2014-gyel bezárólag idősoros adatok nem állnak rendelkezésre. A 4. számú ábra világosan mutatja, hogy megyei viszonylatban is igaz az a fentebbi állításunk, mely szerint a nők foglalkoztatási színvonala alacsonyabb, mint a férfiaké, az inaktív keresők csoportján belül pedig a nők aránya jelentősebb (36,7%), ide tartoznak többek között a gyermekgondozási szabadságon lévők. A férfiak esetében ez az arány 23,3% (KSH. 15.1.1.5.1).

#### 4. számú ábra

**A férfiak és a nők foglalkoztatási rátája Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében**



Forrás: KSH. 15.1.1.5.1. [http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak\\_területi\\_15](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_területi_15)

#### **Iskolai végzettség**

A munkaerő-piaci érvényesülésben számos tényező szerepet játszik. Említhetjük itt többek között a legmagasabb iskolai végzettséget, a munkaerő-piaci tapasztalatot, a településtípust, stb. A képzettség minél magasabb szintje egyfajta védőfaktort jelent a munkanélküliséggel szemben. Igaz ez magára a képzettség jellegére, de az oktatásban eltöltött időnek vannak egyéb járulékos hasznai is. Gondoljunk például a kommunikációs készségre fejlődésére, melynek birtoklása elengedhetetlen egy állásinterjúval való jó szereplésnek.

A 2. számú táblázat statisztikai adatsora egyértelmű bizonyítéka annak, hogy a 8 általános iskolával vagy azzal sem rendelkezők foglalkoztatási nehézségei messze a legsúlyosabbak. Ennél jóval kedvezőbb az egyéb érettséggel rendelkezők foglalkoztatási színvonalához hasonló mutatókkal bíró szakiskolát és szakmunkásképzőt végzetek munkavállalási pozíciója. Ettől elmarad a „sima” érettségi bizonyítványt birtoklók helyzete, s kiváltságos pozíciót foglalnak el a diplomával rendelkezők. Az adatok mögé nézve a következő

megállapítást tehetjük: az alapfokú végzettséggel sem rendelkezők munkaerő-piaci megjelenése szinte esélytelen. Viszont egy piacképes szakma birtokában bővülnek a lehetőségek, annak ellenére, hogy az érintetteknek nincsen érettségije. Sőt azt láthatjuk, hogy az előző csoport jobban boldogul a munka világában, mint az általános érettségivel rendelkezők. Az adatok szerint a felsőfokú végzettségűek boldogulnak leginkább a munka világában.

Két fontos konklúziót említhetünk meg a foglalkoztatási színvonal emelése érdekében. Egyrészt az alapfok végzettséggel sem rendelkezőket hozzá kell segíteni a legalább nyolc általános elvégzéséhez (ennek egy akadálya lehet, az ilyen paraméterekkel rendelkezők életkora, mely egyértelműen a felzárkóztatás gátját jelenheti). A másik megoldás a szakképzés kibővítésében rejlik. Fő célcsoport ebben az esetben a legfeljebb nyolc általánossal rendelkezők és a „sima” érettségi bizonyítvánnyal rendelkezők csoportja. Minden képzettségi csoport számára lehetőséget jelenthet egy-egy a munkába kerülést, munkaerő-piaci helytállást elősegítő tréningen való részvétel, például a civil szervezetek bevonásával.

## 2. számú táblázat

**Foglalkoztatási ráta az iskolai végzettség függvényében Magyarország**

	8 általános iskolánál kevesebb	Általános iskola 8. osztálya	Szakiskola és szakmunkásképző	Gimnázium	Egyéb érettségi	Főiskola	Egyetem	Összesen
2006	5,2	22,5	68,7	42,5	66,4	75,5	74,8	50,9
2007	4,9	22,0	67,5	42,1	65,9	73,4	74,4	50,7
2008	5,1	22,0	65,2	40,6	64,5	72,4	75,2	50,0
2009	5,6	20,5	62,4	40,0	62,7	71,8	72,8	48,8
2010	7,8	20,5	61,4	39,1	61,8	71,0	72,3	48,7
2011	6,7	20,8	60,8	39,7	61,5	71,3	73,7	49,1
2012	8,1	21,2	60,7	41,0	62,3	71,2	73,0	50,1
2013	9,8	22,0	60,9	42,5	63,1	70,5	74,2	51,2
2014	11,8	25,9	63,2	45,3	65,7	71,3	75,3	54,1

Forrás: KSH. 2.1.14. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf045.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf045.html)

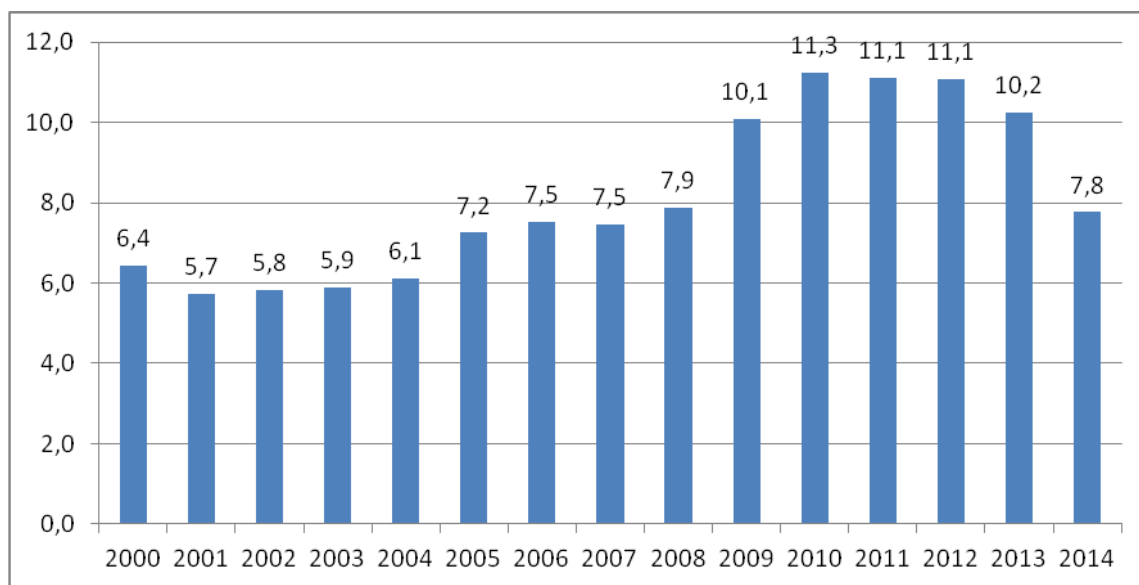
### 2.A munkanélküliség alakulása

A munka meghatározó szerepet tölt be az egyén életében. Egyrészt biztosítja a megélhetéshez szükséges jövedelmet, másrészt hozzájárul a személyes és társas identitás kialakulásához. Időstrukturáló jellegénél fogva rendszerezi a mindennapi tevékenységek ritmusát. Egy munkahelyi kollektíva barátokat, társas kapcsolatokat jelent. A munka hiánya pedig pont ezektől fosztja meg az egyéneket, családokat. A munkanélküliség tartóssá válása erősen

növeli a szegénység kockázatát, hosszútávra megpecsételheti az érintettek életét, befolyásolhatja az egészségi állapotot. A munkanélküliség és a szegénység, valamint a munkanélküliség és egészségi állapot közötti kapcsolat vizsgálatát jelen írásunkban nem vállaljuk, a szegénység, gyermekszegénység részletes bemutatása Balogh (2015) és R. Fedor (2015) anyagában, az általános egészségügyi állapot jellemzői Bogdándi (2015) elemzésében olvasható.

## 5. számú ábra

**A hazai 15–64 éves népesség foglalkoztatási rátája**



Forrás: KSH statdat 2.1.2. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf002.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf002.html)

Magyarországon a munkanélküliséget a nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan nagymértékű területi differenciáltság jellemzi. A munkanélküliség problémája a rendszerváltozást követően eltérő mértékben érintette az ország különböző térségeit, s ez az egyenlőtlenség a mai napig tetten érhető. A munkanélküliek aránya a fiatal felnőttek, az alacsony iskolai végzettségűek, a községi lakosok, a roma etnikumhoz tartozók körében volt a legmagasabb, ezek a társadalmi csoportok a mai napig hátrányos helyzetű munkavállalói csoportokként definiáljuk.

A munkaerő-piaci nehézségek kezdetétől egészen 2012-ig legrosszabb helyzetű megyék közé tartozott Nógrád-, Borsod-, Szabolcs megye (17,1%, 16,6%, 16,3%,) a legkedvezőbbek közé pedig Győr-Moson-Sopron-, Vas-, és Pest megye. 2013-2014-re változás figyelhető meg, javult a kedvezőtlen pozíciójú megyék helyzete, s a sorrend is átrendeződött. 2014-ben a munkanélküliséggel leginkább sújtotta megyék közé tartozott



Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (13,6%), Hajdú-Bihar megye (12,9%), Borsod-Abaúj-Zemplén megye (11,3%). Lekerült a „fekete listáról” Nógrád megye, ahol 2012 és 2014 között jóval a felére csökkent a munkanélküliség 17,1%-ról 8,4%-ra.

### 1. számú táblázat

**Munkanélküliségi ráta (2008–2014) [%]**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Hajdú-Bihar</b>	9,3	11,7	13,2	13,4	13,3	14,9	12,5
<b>Jász-Nagykun-Szolnok</b>	8,5	11,3	10,7	11,3	11,5	11,3	7,6
<b>Szabolcs-Szatmár-Bereg</b>	17,6	18,5	18,1	18,2	16,3	15,7	13,6
<b>Észak-Alföld</b>	<b>12,1</b>	<b>14,1</b>	<b>14,4</b>	<b>14,6</b>	<b>13,9</b>	<b>14,2</b>	<b>11,8</b>
<b>Országos</b>	<b>7,8</b>	<b>10,0</b>	<b>11,2</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>10,2</b>	<b>7,7</b>

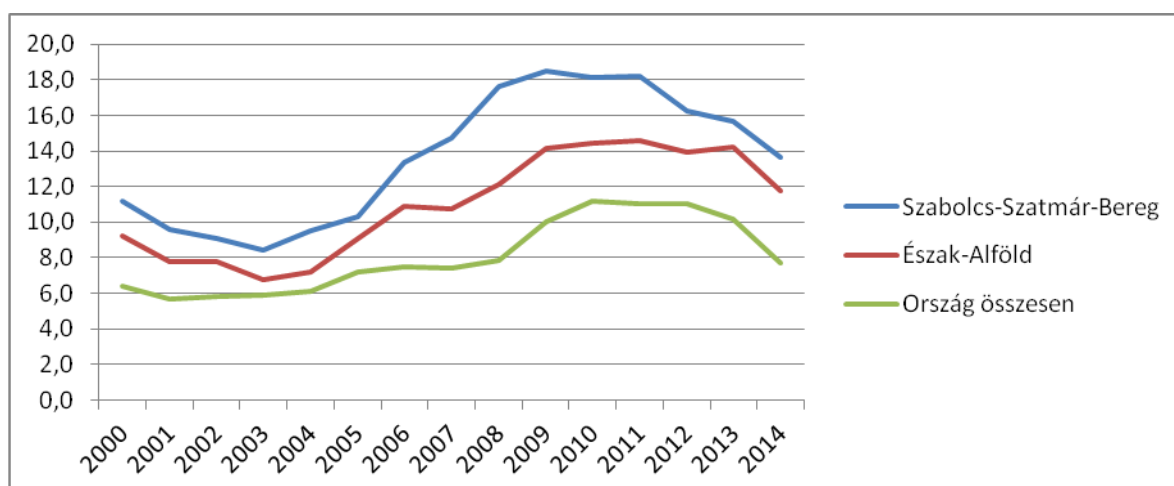
Forrás: KSH adat 6.2.1.11.; R. Fedor, Balogh 2015

[https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf027b.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf027b.html)

Régiók tekintetében az Észak-alföldi (11,8%) és az Észak-magyarországi (10,4%) régiót sújtja leginkább a munkanélküliség, a legkevésbé érintett terület pedig a Nyugat-Dunántúl volt (4,6%) 2014-ben (Rusinné Fedor 2011, KSH. 6.2.1.11.) Az Észak-alföldi régió belül Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legrosszabb foglalkoztatási helyzet. A munkanélküliségi ráta jóval az országos átlag felett helyezkedik el (ld. 2. számú táblázat és a 6. számú ábra).

### 6. számú ábra

**A munkanélküliségi ráta alakulása (2000-2014)**



Forrás: KSH adat 6.2.1.11.; R. Fedor, Balogh 2015

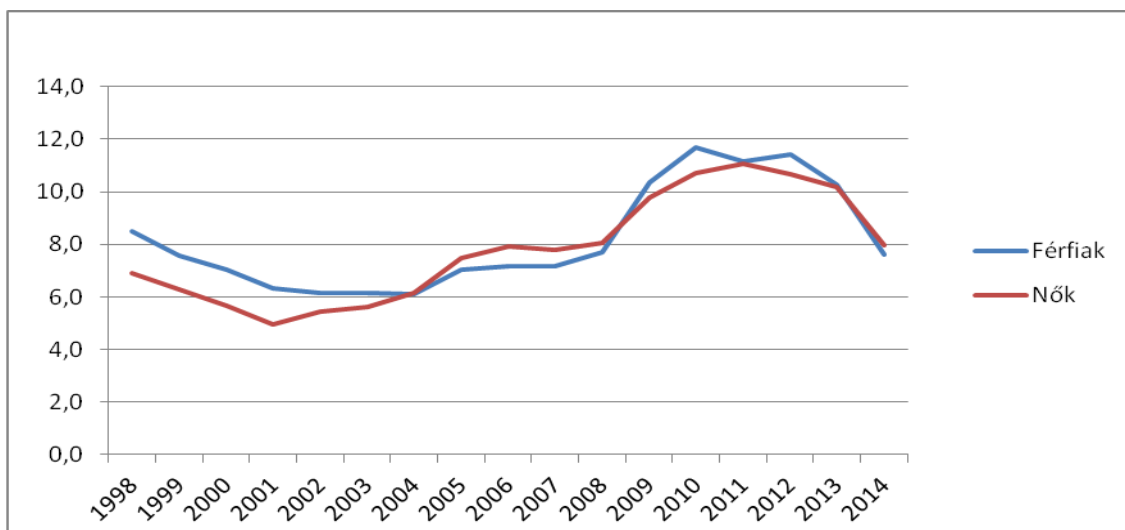
[https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf027b.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf027b.html)

A hazai férfiak és nők munkanélküliségi rátája igen változatosan alakult az elmúlt évtizedben. 1998 és 2003 között a munkavállalási gondokkal küzdők között a férfiak előnye figyelhető meg, majd 2004-re a két nem rátája teljesen egybeesett (férfiak-nők, 6,1%-6,1%). Az ezt

követő négy évben megfordult a helyzet, s a nők felülreprezentáltsága figyelhető meg. Újabb fordulópontot a 2009-es év jelentett, mikor is a 2008-ban kibontakozó globális pénzügyi válság hazánkat is elérte. Az általános gazdasági válság foglalkoztatást érintő hatása sem maradt el. A 2008-ban még 7,9%-os munkanélküliségi ráta 2009-re 10% felé emelkedett, s egészen 2012-ig nem esett 11% alá. A válság hatására meginduló elbocsátások inkább a kedvező munkaerő-piaci helyzetű megyéket érintettek, s elsősorban a gépipar, az építőipar és a kereskedelem dolgozói voltak a legnagyobb kárvallottjai, tehát azok a területek, ahol elsősorban képzett férfi munkaerőre számítottak. A 6. számú ábrán jól látható, hogy ebben az időszakban megnőtt a férfiak csoportjában tapasztalható munkanélküliségi ráta., majd 2013-ra 10,2-re apadt a munka nélkül lévők aránya, 2014-ben (7,9%) pedig 2008. évi szintre esett vissza. Utóbbi két évben a férfiak és nők munkanélküliségi rátája szintén egymáshoz hasonlóan alakult.

## 7. számú ábra

### A hazai munkanélküliségi ráta nemenkénti megbontásban



Forrás: KSH statdat 2.1.2. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf002.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf002.html)

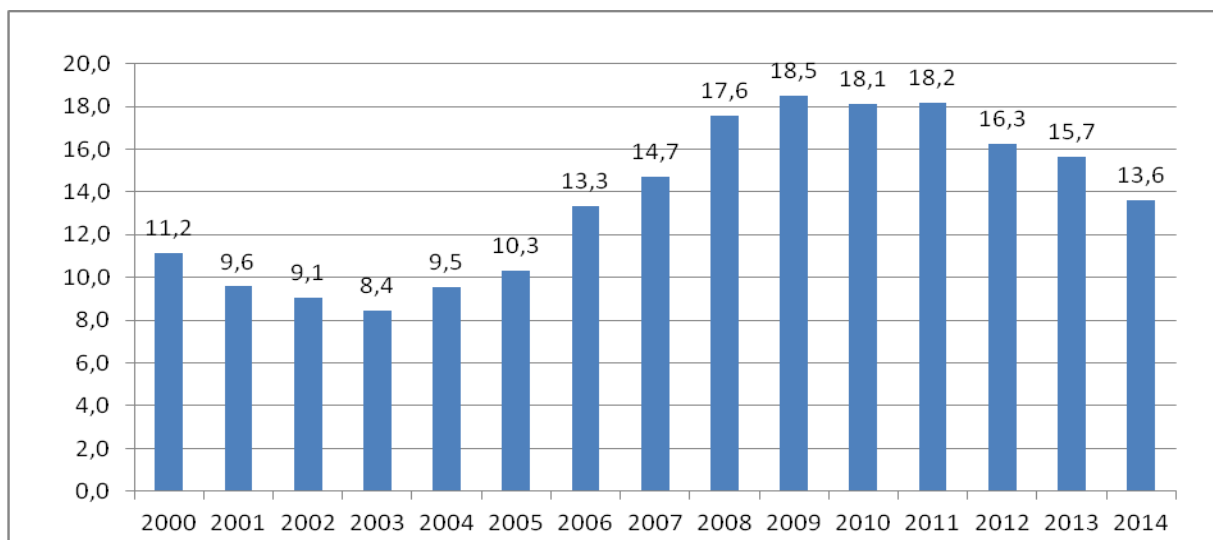
A munkanélküliségi helyzet tekintetében szintén javuló tendencia figyelhető meg mind az országos, mind pedig a regionális adatokat tekintve, hozzáátve azt, hogy az Észak-alföldi régió hátrányos munkaerő-piaci helyhelyezete továbbra is egyértelmű tényként kezelendő. A régióon belül Szabolcs-Szatmár-Bereg megye helyzete a legrosszabb, míg a Jász-Nagykun-Szolnok megyei adatok folyamatosan a legjobbak. A 2014-es adatok szerint az említett megyék közötti különbség 6%, Jász-Nagykun-Szolnok megye javára. Győr-Moson-Sopron (3%), Vas (3,6%) és Komárom-Esztergom (4,3%) megye munkanélküliségi mutatói pedig

messze elmaradnak a legrosszabb helyzetű megyék mögött (R. Fedor, Balogh 2015; KSH adat 6.2.1.11.).

Megyénk hátrányos munkaerő-piaci pozícióját többszörösen kiemeltük tanulmányunkban. A rendszerváltozást követő keleti-piacok térvesztése erőteljesen meghatározta a régió foglalkoztatását. A területi egyenlőtlenségek csökkenését az is akadályozza, hogy a legalacsonyabb végzettségűek többnyire a legrosszabb helyzetű megyékben találhatók. Az egyes megyéken belül sem egységes a kisebb térségek helyzete, amely az eltérő infrastrukturális adottságokra, a megközelíthetőség különbségeire is visszavezethető (Rusinné Fedor 2011).

### A munkanélküliségi ráta alakulása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (2000-2014)

#### 8. számú ábra



Forrás: KSH. 6.2.1.11.

[https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf027b.html?down=79](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf027b.html?down=79)).

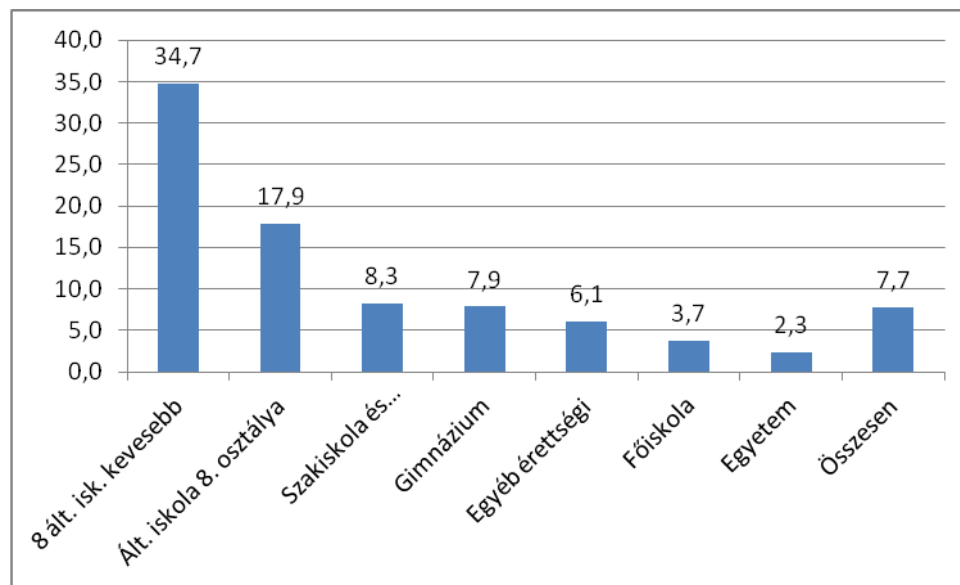
A 8. számú ábra azt mutatja, hogy 2004-től kezdődően folyamatosan nőtt a munkanélküliek aránya a gazdaságilag aktívok csoportján belül. 2009 számít a totális mélypontnak, mikor is 18,5% volt a munka nélkül lévők aránya. Innen kezdve egy lassú, majd egy erőteljesebb pozitív irányú elmozdulás figyelhető meg. 2014-re a ráta 14% alá esett, bár ez még mindig jóval az országos átlag feletti érték.

## Iskolai végzettség

Mint ahogyan azt a foglalkoztatást elemző részben megjegyeztük, az iskolai végzettség színvonala jelentősen meghatározza a munkaerő-piaci esélyeket és kockázatokat. A munkanélküliségi rátát tartalmazó ábrából jól látható, hogy a 8 általános iskolával vagy azzal sem rendelkezők körében messze a legmagasabb az elhelyezkedési gondokkal küzdők aránya, míg a felsőfokú végzettségűek részvétele szinte elenyésző.

### 9. számú ábra

#### Munkanélküliségi ráta befejezett legmagasabb iskolai végzettség szerint (országos, 2014)



Forrás: KSH. 2.1.24. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf046.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf046.html)

Az alacsony iskolai végzettségűek, a nők, az etnikai származásúak, a megváltozott munkaképességűek mellett a hátrányos munkavállalói csoporthoz tartoznak a pályakezdő fiatalok. A munkáltatók legfontosabb ellenérve a fiatalok alkalmazásával szemben a munkatapasztalat hiánya. A 15-19, valamint a 20-24 éves korosztályban a legmagasabb a munkátlanok aránya. Az igazi problémát az jelenti, ha a fiatalok szakmai pályájuk elején a munkaadók többszöri visszautasításával szembesülnek, tartós munkanélkülivé válva akár a reményvesztett állástalanok táborát is bővíthetik. Pedig a fiatal munkavállalók alkalmazásának számos előnye említhető, például a megszerzett ismereteik még frissek, rugalmasak, könnyebben alkalmazkodnak, kreatívak, fogékonyabbak az ismeretek továbbfejlesztésére.

## 2. számú táblázat

**Munkanélküliségi ráta korcsoportonként (országos)**

Év	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	Össz.	Ebből: 15–24 évesek
2006	37,5	17,2	8,6	6,8	7,1	6,8	6,1	5,4	4,1	7,5	19,1
2007	35,7	16,4	8,5	7,1	6,7	6,7	6,2	5,7	5,0	7,4	18,0
2008	37,7	17,9	9,0	7,1	6,9	6,9	6,7	6,3	5,6	7,8	19,5
2009	49,7	24,5	12,1	9,1	8,5	8,7	8,8	7,7	7,1	10,0	26,4
2010	45,5	24,9	14,2	10,5	9,7	9,6	9,7	9,1	8,6	11,2	26,4
2011	43,2	24,7	12,6	9,2	9,9	9,9	10,3	9,6	10,0	11,0	26,0
2012	51,7	26,4	13,8	10,0	9,8	8,5	9,1	9,5	8,8	11,0	28,2
2013	52,4	24,3	11,9	9,6	8,1	8,9	8,6	8,1	8,4	10,2	26,6
2014	38,4	18,7	9,4	7,5	6,4	6,4	5,8	5,8	6,0	7,7	20,4

Forrás: KSH.2.1.23. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf017.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf017.html)

### Összegzés

Összességében megállapíthatjuk, hogy az elmúlt években pozitív változás indult meg hazán foglalkoztatási jellemzőinek vonatkozásában. A kedvező helyzet mellett azonban Szabolcs-Szatmár-Bereg hátránya rajzolódik ki, munkaerő-piaci nehézségeit a rendszerváltozás óta „cipeli” a megye. Egy ilyen adottságokkal bíró településeggyüttes foglalkoztatáspolitikai integrációs programok hiányában esélytelen a hátrányos helyzetű munkavállalói csoportok munka világába történő bevonásában.

### Felhasznált irodalom:

Balogh Erzsébet - R. Fedor Anita (2015): A szegénység kockázata Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. In. Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával. R. Fedor A.- Zakor- Broda R. (szerk.)

Blaskó Zsuzsa (2009a): Családtámogatás, Gyermeknevelés, Munkavállalás. In: Monostori Judit - Óri Péter - S. Molnár Edit - Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai Portré. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH. Népeségtudományi Kutató Intézet, Budapest, 41-51.

Bogdándi István (2015): Az egészségfejlesztési irányvonalak meghatározása a megyénkre jellemző általános és speciális egészségmutatók tükrében In. Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával. R. Fedor A.-Zakor- Broda R. (szerk.)

Frey Mária (2009): Nők és férfiak a munkaerőpiacon – a Lisszaboni Növekedési és Foglalkoztatási Stratégia céljainak a tükrében In: Nagy Ildikó - Pongrácz Tiborné (szerk.):

*Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről.* Szociális és Munkaügyi Minisztérium. TÁRKI, Budapest, 27-51.

R. Fedor Anita (2015): *Egyensúlyban? A munkaerő-piaci karriertől a familiarizmusig.* A kisgyermeket nevelő nők munkavállalási attitűdje(i). Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2015. 252 p.

R. Fedor Anita - Balogh Erzsébet (2015): A foglalkoztatás és a munkanélküliség jellemzői a Nyíregyházi járásban In. ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA 6:(18-19) pp. 47-67.

R. Fedor Anita - Fónai Mihály (2012):\_Kisgyermekes nők foglalkoztatási jellemzői és a családtámogatások igénybevétele. SZABOLCS-SZATMÁR-BEREGI SZEMLE 47:(4) pp. 71-86. (2012)

R. Fedor Anita, Jávorné Erdei Renáta (2014): A foglalkoztatás jellemzői Nyíregyházán In. ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA 5:(12-13) pp. 29-46.

R. Fedor Anita (2012): A gazdasági aktivitás lokális jellemzői. Nők és férfiak a munkapiacán. Acta Medicinae et Sociologica.. *Különszám:83-98.*

Rusinné Fedor Anita (2011): Mai magyar társadalom II. Nyíregyháza: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, 2011.

#### **Felhasznált kiadványok, statisztikai adatbázisok:**

KSH stadat 2.1.2.[https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf002.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf002.html)

KSH 6.2.1.4.2. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf032.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf032.html)).

KSH. 6.2.1.5. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf032.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf032.html)).

KSH stadat 2.1.2.[https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf002.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf002.html)

KSH. 15.1.1.5.1.[http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak\\_teruleti\\_15](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_teruleti_15)

KSH. 2.1.14. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf045.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf045.html)

KSH stadat 2.1.2.[https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf002.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf002.html)

KSH stadat 2.1.2.[https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf002.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf002.html)

KSH. 6.2.1.11. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf027b.html?down=79](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf027b.html?down=79)).

KSH. 2.1.24. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf046.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf046.html)

KSH.2.1.23. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf017.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf017.html)

**Rusinné Dr. Fedor Anita PhD:** Szociológus, szociálpolitikus, esélyegyenlőségi tréner. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet mb. intézetigazgatója, főiskolai docens a Társadalomtudományi Tanszéken.  
[fedor.anita@foh.unideb.hu](mailto:fedor.anita@foh.unideb.hu)

## **A civil szféra foglalkoztatásban betöltött szerepe<sup>2</sup>**

**R. Fedor Anita**

### **Bevezetés**

A foglalkoztatási gondok enyhítésében egyfajta munkamegosztási pluralizmus az igazán kívánatos, az állami, a forprofit és a nonprofit szerelők között. Fontos annak felismerése, hogy a felsorolt munkaadói oldalt megtestesítő munkaező iránti igénye, munkavállalói csoportja nem azonos. A forprofit szereplők elsődleges célja a profit maximalizálása így számukra a piacképes munkavállalók alkalmazása jelenti a cél elérésének szavatolását.

A nonprofit szervezetek számára az általuk választott tevékenység/tevékenységek minél magasabb színvonalú teljesítése a legfontosabb, esetükben a profit szerzés másodlagos. Fő feladatuk valamely (általában helyi) közösség szükségleteinek a kielégítése. Ezek a szervezetek igen nyitottak a munkaező-piaci szempontból hátrányos helyzetű munkavállalói csoportok alkalmazására. Társadalmi hasznosságuk éppen ebben rejlik. Előnyük, hogy (többségében) lokális szerveződési formájuknál, küldetésükénél fogva tisztában vannak a helyi adottságokkal, a helyi társadalom jellemzőivel. Éppen ezért koncentráltabban tudnak figyelni egy-egy speciális problémára, egy-egy speciális helyzetű munkavállalói csoportra.

### **A civil és egyéb nonprofit szervezetek foglalkoztatási jellemzői**

2000 és 2010 között jelentősen nőtt hazánkban a civil szervezetek száma, különös tekintettel a Közép- magyarországi és Észak-magyarországi régióra. A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyét is magába foglaló Észak-alföldi régióban a növekedés üteme az országos átlaghoz közeli volt. A KSH adatai szerint a foglalkoztatottak mindössze 4%-a dolgozott nonprofit szervezetnél 2013-ban. A foglalkoztatottak számában csökkenés figyelhető meg egy év távlatában, 2012- 2013 között 10%-kal csökkent a szektorban dolgozók aránya (2012-ben 144 ezer fő végzett fizetett munkát a nonprofit szektorban) létszámuk 2013-ban több mint 130 000 fő volt. 64%-uk főállásban, teljes munkaidőben dolgozott, a részmunkaidősök és nem főállásban dolgozók részesedése 36% volt. Az önkéntes segítő munkát végzőkre vonatkozóan „csak” becslés adatok állnak rendelkezésre, eszerint számuk 490 000 fő volt, az általuk ledolgozott munkaóra 24500 főállású munkavállaló munkaórájával volt egyenértékű

---

<sup>2</sup> *A civil szféra foglalkoztatásban betöltött szerepe*<sup>2</sup> című rész a Statisztikai Tükör 2014/142 A nonprofit szektor legfontosabb jellemzői, 2013 című, a Statisztikai Tükör 2014/79 A nonprofit szervezetek humánereforrása című kiadvány és A nonprofit szektor szerepe a régióban. KSH. 2012. kiadványa alapján készült.

(Statisztikai Tükör 2014/142). A nonprofit szervezetek óriási előnye, hogy sokkal szélesebb körben tud élni az atipikus munkavégzési formák lehetőségével, mint az a köz- vagy versenyszférában tapasztalható. 2012-ben a munkavállalók közül több mint 40 ezer fő részmunkaidőben dolgozott és 9 ezer fő nem mint klasszikus főállású munkavállaló volt jelen a szervezetek életében. A nem tipikus munkavégzési formák sokkal elterjedtebb a nonprofit szervezeteknél, ahol a munkavállalók 34%-a dolgozik ilyen formában, míg a köz-, illetve a verseny szférában 7% ez az arány. Talán ennek is köszönhető, hogy a civil szférában 10%-kal magasabb a nők humán erőforráson belüli aránya. 2010-2013 között a megyében élő kisgyermeket nevelő nők körében végzett vizsgálatunkból egyértelműen kiderült, hogy a gyermekes nők közel 20%-a részesítené előnyben a csökkentett munkaidő foglalkoztatást, és 60%-uk a rugalmas munkaidő mellett tette le a voksát. Ennek az az oka, hogy emellett a két atipikus foglalkoztatási forma mellett sokkal kiegyensúlyozottabban megvalósítható a családi teendő és a munkavégzés közötti összhang (R. Fedor 2015). A fent említett munkavégzési forma kedvezőbb az egyéb speciális munkavállalói csoportok számára is, mint például a fogyatékkal élők, vagy az egészségkárosodás miatt korlátozott munkaképességűek csoportja számára. Előbbiek részesedése 9%, utóbbiaké 8% volt a civil szférában dolgozók arányán belül (2013-ban).

## 1. számú táblázat

### Ideálisnak tartott munkavégzési formák a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élő kisgyermekes nők véleménye alapján (%), (N=427)

	Gyerekek száma			
	1	2	3 és több	Összesen
<b>8 órás munkaidő</b>	13,5	11,7	11,1	<b>12,6</b>
<b>Részmunkaidő</b>	19,7	17,8	25,0	<b>19,4</b>
<b>Rugalmas munkaidő</b>	57,2	65,5	52,7	<b>59,7</b>
<b>Távmunka</b>	3,9	2,5	5,6	<b>3,6</b>
<b>Nem tudja</b>	2,2	1,9	11,1	<b>2,1</b>
<b>Hiányzó válasz</b>	3,5	1,1	11,1	<b>2,6</b>
<b>Összesen (%)</b>	100,0	100,0	100,0	<b>100,0</b>
<b>Összesen (N)</b>	<b>229</b>	<b>162</b>	<b>36</b>	<b>427</b>

Forrás: R. Fedor 2015:196.(Fisher's  $p=0,047$ )

A szektorban dolgozókat életkori szerinti megbontásban vizsgálva az tapasztalható, hogy többségük (51%) 40-59 éves, 42%-uk 20-39 éves 5%-uk pedig hatvan év feletti (ez két százalékkal több, mint a nemzetgazdasági 3%-os átlag). Ezzel kapcsolatban két fontos következtetést kell megemlíteni. Egyrészt azt, hogy a szektor kiváló lehetőséget jelent a

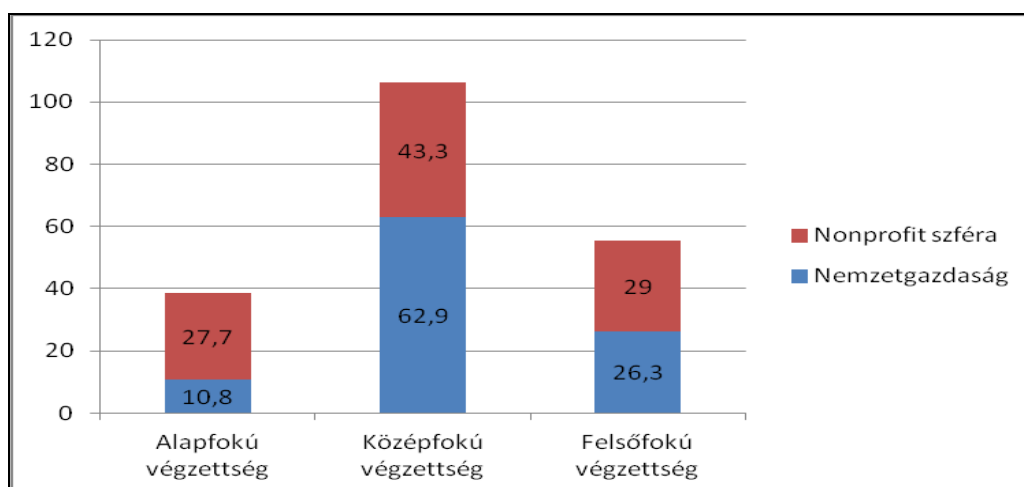


nyugdíjkorhatár utáni foglalkoztatásra, a másik pedig, hogy reális perspektívát jelent a munkaerő-piaci lehetőségek szempontjából hátrányos helyzetű 50 év feletti munkavállalói csoportoknak. Éppen ezért szeretnénk újra kiemelni a civil szféra foglalkoztatói szerepének társadalmi hasznosságát, hiszen lehetőséget biztosít olyan munkavállalói csoportok munkavilágába történő integrálására, melyeknek a versenyszférában való elhelyezkedési lehetőségük minimális. A civilszektor a munkavégzés tevékenységén keresztül bekapcsolja ezeket az egyéneket a társadalom vérkeringésébe visszaadva ezáltal a társadalmi hasznosság érzését, mely nagymértékben hozzájárul az érintettek egészséges lelki állapotához.

Az elhelyezkedési lehetőségek és az iskolai végzettség között igen erős kapcsolat van. Az alacsony iskolai végzettséggel bírók foglalkoztatási aránya messze elmarad a kvalifikáltabb csoportokétól. A civil és egyéb nonprofit szervezeteknél az figyelhető meg, hogy a diplomával rendelkező foglalkoztatottak aránya hasonló a nemzetgazdasági átlaghoz, azonban az ennél alacsonyabb végzettségűek szektoron belüli aránya meghaladja a nemzetgazdaságban tapasztaltakat. Érdeemes kitérni arra, hogy hazánkban az alapfokú végzettséggel bírók 25-64 évesek foglalkoztatási rátája sokkal kedvezőtlenebb, mint az EU-s átlag. (Magyarországon 44%, az EU-ban 52% 2014-ben) Az ún. hagyományos foglalkoztatók nem kapkodnak a kevésbé kvalifikált munkavállalók után. Azonban a civil szféra a munkaerő-piac keresleti oldalának ezen hiátusát is orvosolhatja, hiszen mind az alap, mind a középfokú végzettségűek szektoron belüli aránya magasabb a nemzetgazdasági átlaghoz képest.

## 1. számú ábra

**A foglalkoztatottak aránya iskolai végzettség szerint, 2012**



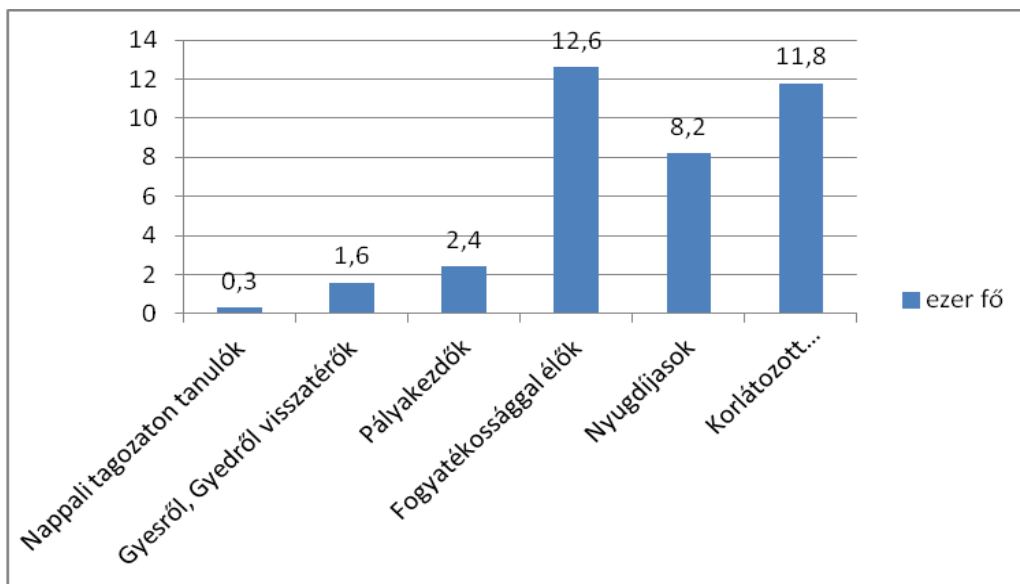
Forrás: Forrás: Statisztikai Tükör 2014/79

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/nonprofit\\_humanero12.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/nonprofit_humanero12.pdf)

A civil és az egyéb nonprofit szektor előnye az kevésbé kvalifikáltak foglalkoztatásának előmozdítása mellett az, hogy a különböző szempontból speciális munkavállalói rétegek alkalmazásában is fontos szerepet játszanak. A lenti ábra azt mutatja, hogy az egyes csoportok milyen létszámban végeznek munkát a civil szervezeteknél.

## 2. számú ábra

### Speciális helyzetű társadalmi csoportokhoz tartozó foglalkoztatottak száma a nonprofit szektorban, 2012

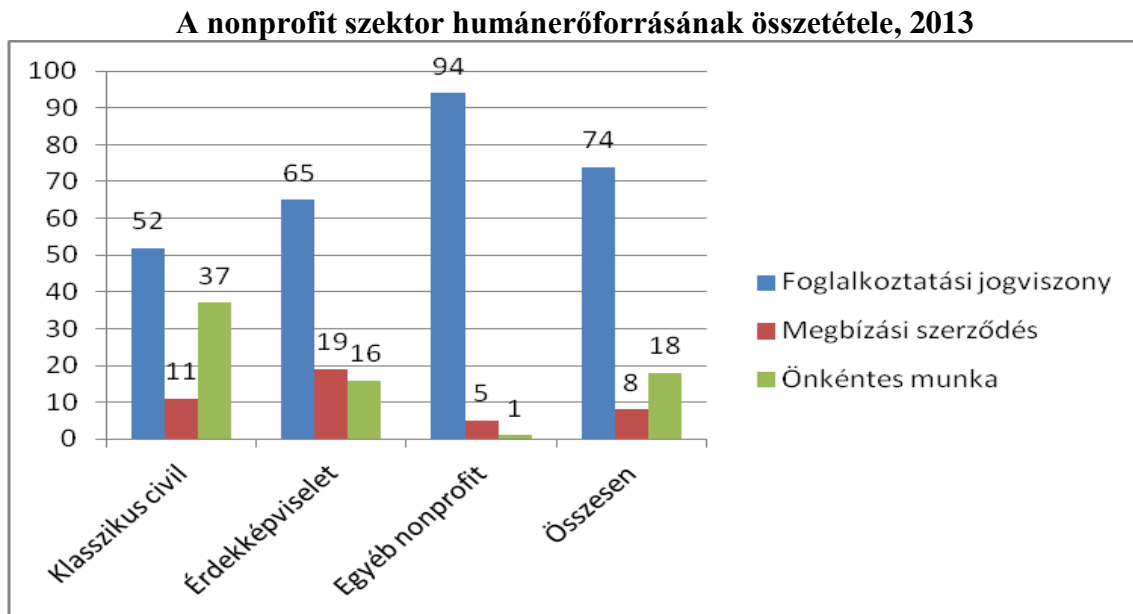


Forrás: Statisztikai Tükör 2014/79

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/nonprofit\\_humanero12.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/nonprofit_humanero12.pdf)

A speciális helyzetű társadalmi csoportok tekintetében a legnagyobb számban a fogyatékos-sággal élő és a korlátozott munkaképességű egyének jelennek meg a civil szféra alkalmazottai között 2012-ben. Előbbihez 12,6 ezer fő, utóbbihoz 11,8 ezer fő tartozik. Magasnak tekinthető még a nyugdíjasok létszáma (8,2 ezer fő), a pályakezdők és a nappali tagozatos hallgatók száma 2,7 ezer, a gyermekgondozási szabadságról visszatérőké pedig 1,6 ezer.

### 3. számú ábra



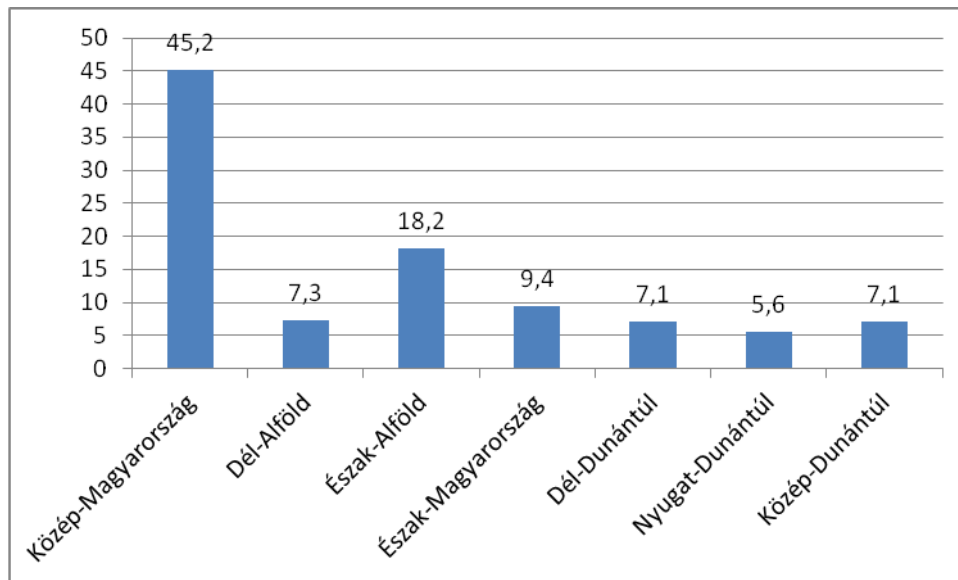
Forrás: Statisztikai Tükör 2014/142:3

A fenti ábra alapján látható, hogy a nonprofit szektor humánerőforrásának meghatározó részét a klasszikus munkaviszonyban álló foglalkoztatottak alkották. A dolgozók legkisebb részét a megbízási szerződésben lévők tették ki, ennél többen voltak az önkéntesek, a klasszikus civil szervezeteknél részesedésük meghaladta az egyharmad arányt.

A foglalkoztatás regionális sajátosságait vizsgálva azt látjuk, hogy az ország régióiban a civil szektorok egy kisebb része alkalmazott fizetett munkát végzőket. Az Észak-alföldi régió szervezeteinek 15%-a, Nyugat-Dunántúlon 12%, Dél-Alföldön 16%, Közép-Magyarországon 20%, a további három régió tekintetében 14% volt ez az arány. Az országra általában jellemző, hogy a klasszikus civil szervezetek (egyesületek, alapítványok), foglalkoztatják a legalacsonyabb számú munkaerőt, míg az egyéb nonprofit szervezetek (közalapítványok, nonprofit gazdasági társaságok) fele fizetett alkalmazottakkal dolgozik. Tevékenységtípus szerint az a tapasztalat, hogy a gazdaságfejlesztés, a munkaügy, a többcélú adományozás, nonprofit szövetségek és a szakmai gazdasági érdekképviselő köré szerveződő társaságok dolgoznak nagyobb hányadban alkalmazottakkal.

#### 4. számú ábra

##### A nonprofit szervezeteknél foglalkoztatottak regionális megoszlása, 2010



Forrás: KSH 2012.

<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/nonprofitregio.pdf>

A fenti ábra alapján látható, hogy a fizetett humánerőforrás döntő többsége Közép-Magyarországra koncentrálódik, majd jóval e mögött másodikként foglal helyet a megyénket is tömörítő Észak-Alföld, majd az ezt követő rangsor a következő: Észak-Magyarország, Dél-Alföld, Dél-Dunántúl, Közép-Dunántúl és Nyugat-Dunántúl. Utóbbi régiókhoz tartozó nonprofitok foglalkoztatási súlya elenyészőnek tekinthető.

A tevékenységeket osztályozva, a teljes alkalmazotti kör 35%-a a gazdaságfejlesztés területére koncentrálódott. Azonban régióként más és más a legnagyobb súllyal szerepet játszó tevékenységek jellege. Például a dunántúli térségben a foglalkoztatottak meghatározó hányada az egészségügyi területen működő szervezetekhez kapcsolódik, a régiókon belüli arányuk 23-36% között volt 2010-ben. Az Észak-Alföldön 30%-os volt ezen a területen alkalmazásban állók aránya. Dél-Alföldön a szociális ellátás prioritása figyelhető meg. Az összesen 18 tevékenység közül négy olyan említhető, mely minden régiót tekintve kiemelkedő jelentőségű. Ezek az egészségügy, a szociális ellátás, a terület-, és a gazdaságfejlesztés. Ehhez a tevékenységcsoporthoz kötődik az alkalmazottak 86% az Észak-Alföldön, megelőzve ezzel az Észak-magyarországi 80%-os arányt. Az Észak-alföldi régióban működő civil szervezetek foglalkoztatottak létszámához viszonyított tevékenységek szerinti rangsora a következőképpen alakul: egészségügy, településfejlesztés, gazdaságfejlesztés,

szociális ellátás, szabadidő, hobbi, oktatás, kultúra (KSH. 2012 <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/nonprofitregio.pdf>.)

A szervezeteknél alkalmazott fizetett munkavállalók közel háromnegyede teljes munkaidőben dolgozott, a többiek részmunkaidős foglalkoztatásban vettek részt. Utóbbi atipikus foglalkoztatási forma a Dél-dunántúli és az Észak-alföldi régióban a legjellemzőbb.

A nonprofit szervezetek működésének egyik elengedhetetlen feltétele az önkéntesek jelenléte. 2010-ben a szervezetek 58%-ára volt jellemző, hogy munkájukat önkéntesek bevonásával végezték. Általában véve elmondható, hogy ott magasabb az önkéntesek aránya, ahol alacsony a szervezeten belül a fizetett munkavállalók száma. Az Észak-alföldi régió 42 875 fő önkéntest számlált 2010-ben, hasonlóan a többi régióhoz. Kivételnek számít a fővárost is tömörítő Közép-Magyarország, ahol 161 435 fő dolgozott anyagi ellenszolgáltatás nélkül. (KSH. 2012 <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/nonprofitregio.pdf>.)

## **Összegzés**

Összességében megállapíthatjuk, hogy a civil és egyéb nonprofit szektor munkaerő-piaci jelentősége megkérdőjelezhetetlen. Jelentőségük abban rejlik, hogy ismerve a helyi társadalom sajátosságait igen hatékonyan tudnak reagálni a helyi szükségletekre. Elkötelezettek olyan munkavállalói csoportok alkalmazásában, akiknek a speciális vagy megváltozott életkörülményeihez a nemzetgazdasági szektor nem tud megfelelően rugalmasan alkalmazkodni. Éppen ezért a pályakezdők, kisgyermekes nők, roma etnikumhoz tartozók, a fogyatékossgal élők, a megváltozott munkaképességűek valamint az 50 éven felüli munkavállalók számára elsősorban ezek a szervezetek jelenthetik a munkaerő-piaci integráció legfontosabb színterét. Előnyük, hogy nyitottabbak az úgynevezett atipikus foglalkoztatási formák irányába, mely az említett munkavállalói csoportok egy része számára az egyedüli megoldást jelenti a munkaerőpiacon kívül rekedés elkerülésére. A civil szektor nemcsak ezeknek a munkavállalói csoportoknak az alkalmazásával növelheti az érintettek foglalkoztatását, de közvetve a munkaerőpiacon fontos készségek és képességek hiányának pótlásában is meghatározó szerepet játszhat.

### **Felhasznált irodalom:**

R. Fedor Anita (2015): *Egyensúlyban? A munkaerő-piaci karriertől a familiarizmusig. A kisgyermeket nevelő nők munkavállalási attitűdje(i)*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2015. 252 p.

### **Felhasznált kiadványok, statisztikai adatbázisok:**

A nonprofit szektor szerepe a régióban. KSH. 2012.

<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/nonprofitregio.pdf>).

Letöltve:2015. december 12.

A nonprofit szektor legfontosabb jellemzői, 2013. Statisztikai Tükör 2014/142

<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/nonprofit13.pdf>

Letöltve:2015. december 12.

A nonprofit szervezetek humánerőforrása Statisztikai Tükör 2014/79

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/nonprofit\\_humanero12.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/nonprofit_humanero12.pdf)

Letöltve:2015. december 11.

**Rusinné Dr. Fedor Anita PhD:** Szociológus, szociálpolitikus, esélyegyenlőségi tréner. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet mb. intézetigazgatója, főiskolai docens a Társadalomtudományi Tanszéken.  
[fedor.anita@foh.unideb.hu](mailto:fedor.anita@foh.unideb.hu)

# **A szegénység kockázata Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében**

**Balogh Erzsébet – R. Fedor Anita**

## **Bevezetés**

A tanulmányrész célja, hogy egy képet adjon a szegénység és társadalmi kirekesztettség kockázatával élőkről Szabolcs Szatmár Bereg megyében. Munkánk során a Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont Gyerekesély kutató Csoportja által készített Csenger kistérségi, Nyírbátor kistérségi, Baktalórántháza kistérségi, Nyírbátor kistérségi, Mátészalka kistérségi, Vásárosnamény kistérségi és Fehérgyarmat kistérségi kérdőíves felmérés adatait, a Tárki Háztartásmonitor felvétel reprezentatív adatait, valamint a KSH STADAT (Területi Statisztikai Adatok Rendszere), és a Nyíregyházi járás életminősége adatait használjuk fel. A tanulmányrész egyes részein az EU SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) adatai is megjelennek.

## **Szegénység, kirekesztettség, depriváció – fogalmak, mérés**

A szegénység vonatkozásában nagyon sok definíció, megfogalmazás található a szakirodalomban. A társadalomtudományok fejlődésével, főként a szociológia tudományának fejlődésével mindezek a definíciók is tovább fejlődtek, esetenként módosultak, árnyaltabbá váltak. A szegénység különböző megközelítésének és annak méréséből fakadóan jól látszik, hogy az nem csupán a jövedelem hiánya, hanem sokszor társadalmi, kulturális hiányokat is magában hordoz. A szegénységhez kapcsolódóan előtérbe kerül a depriváció fogalma is. A depriváció tágabban értelmezi a szegénységet, anyagi és/vagy nem anyagi javaktól való megfosztottságot is jelez.

Az EUROSTAT, valamint az Európai Bizottság ezen a területen az anyagi depriváció kompozit-indikátorát használja fő mutatószámként. Az indikátorok a következők: a háztartás képtelen a nem várt kiadások fedezésére, az otthonán kívül nem engedhet meg magának évi egy hét nyaralást, nem képes a különféle tartozások törlesztésére, minden másnap nem engedhet meg magának egy hús-, csirke- vagy halételt, nem képes az otthonát megfelelően fűteni, nincs a háztartásban mosógép, színes televízió, telefon és személyes használatú autó. Anyagilag akkor tekinthető valaki depriváltnak, ha a fentebb felsorolt indikátorok közül

három által azonosítható depriváltaként, súlyos anyagi deprivációról beszélhetünk ha négy esetben állapítható meg a depriváltság (Guio 2009).

Az Európai Tanács 1984-es megfogalmazása szerint *„Szegénynek kell tekinteni az egyént, családot, csoportot, közösséget, abban az esetben, ha a rendelkezésére álló erőforrások (anyagi, kulturális, társadalmi) olyan szinten korlátozottak, hogy kizárják őket a minimálisan megkövetelhető életformából, abban az országban, ahol élnek.”*

Andorka (1997) úgy véli, hogy inkább a hagyományos fajtájú hátrányos helyzetre használjuk a szegénység definícióját, melyet annak megjelölésére szoktak használni, ami az alacsony jövedelemből eredő hátrányokkal - például nem megfelelő táplálkozás, nem megfelelő lakásviszonyok – jár együtt. Péter (2006) szerint társadalmi tényként kezeljük a szegénységet, amely még ha eltérő formában is, de minden társadalomban jelen van. Az ő megfogalmazásában a szegénység előnytelen társadalmi helyzetet jelent, amely lehetetlenné teszi, vagy legalábbis megnehezíti a társadalomban az érvényes normák szerinti életet.

A szegénység mérésére a leggyakoribb mérőszám a jövedelem (Havasi 2001), de ahogy azt korábban írtuk ettől vannak jóval összetettebb mérőszámok, mint ahogy azok a deprivációs mutatók is.

A szegénymérés főbb típusait legegyszerűbben négy csoportra oszthatjuk. Ezek az abszolút, relatív, objektív és a szubjektív mérések. Az abszolút szegénymérési módszerrel akkor beszélünk, amikor számba vesszük a létfenntartáshoz szükséges javakat és szolgáltatásokat, amelyek az adott társadalomban a minimálisan elismert emberi szükségletek kielégítéséhez szükségesek. Így megkapjuk a szükségletalapú, fogyasztói kosárral meghatározott mérőszámot. (A hazai létminimum számítás is ezen a gondolaton alapszik). A relatív szegénymérési módszer esetén a vizsgált ország népességének jövedelem eloszlásából indulnak ki. A szegénységi küszöböt az átlagjövedelem, vagy mediánjövedelem bizonyos hányadával határozzák meg. A szubjektív szegénymérés módszere azt jelenti legegyszerűbben, amikor a vizsgálatban résztvevőktől megkérdezik, hogy szegénynek érzik-e magukat vagy nem. Éppen ezzel ellentétesen az objektív szegénymérésnél nem veszik figyelembe a vizsgálatban résztvevők véleményét, az tiszta számításra alapszik (Havasi 2001).



## Magas szegénységi kockázatú csoportok

Havasi 2001-ben négy szegénység kockázatában, vagy veszélyében élő csoportot különböztetett meg. Ők voltak a hagyományos szegények, akik már a szocializmusban is szegények voltak, az új szegények, aki a rendszerváltás után jelentek meg és leginkább a munkanélküli csoportjából kerültek ki, a demográfiai szegénység, amely az idősebb korosztály felől a fiatalabb korosztály felé tolódott el, és az etnikai szegénység, amely a roma népeiséget érintette.

A Bass, Darvas és Ferge (2007) kutatócsoport vizsgálatában úgy találta, hogy Magyarországon a szegénység által legnagyobb valószínűséggel sújtott csoportok: az alacsony keresetűek és a munkanélküliek, a nők<sup>3</sup>, akik egyedül nevelik gyermekeiket, továbbá azok a nők akik alacsonyabb keresettel és nyugdíjjal rendelkeznek. A fiatal pályakezdő munkanélküliek, a tartós egészségkárosodásban szenvedett személyek, a fogyatékosok, illetve az ilyen gyermeket nevelő családok. A romák, a gyermekes családok, különösen a három és több gyermeket nevelő családok. Az egyszemélyes háztartásban élő özvegyi nyugdíjasok, a rokkant nyugdíjasok, a korhatár előtt nyugdíjba vonulók, illetve a legidősebbek. Végül, de nem utolsó sorban az alacsony jövedelmű, a közszolgáltatásokat a közlekedési viszonyok miatt nehezen elérő falusi háztartások.

Összhangban állnak ezzel Gábor és Szivós (2008, 2010), valamint Gábor, Szivós és Tátrai (2013, 2015) kutatásainak eredményei is. Vizsgálataikban azt találták, hogy a szegénységben élők felülreprezentáltak a gyerekek, az 50-64 év közöttiek, a női háztartásfővel élők, a legfeljebb szakmunkásképzőt, vagy általános iskolát végzett háztartásfővel élők. A 65 év feletti egyszemélyes háztartásban élők, azok a háztartások, ahol a szülő egyedülállóként neveli gyermekét/gyermekait, és a három vagy több gyermeket nevelő háztartások, valamint azok a háztartások, ahol a háztartásfő roma nemzetiségű. Az átlagosnál több szegénységben élőt találtak azokban a háztartásokban, ahol az aktív korú háztartásfő nem rendelkezik munkával, illetve ott ahol a háztartásfő nyugdíjas, és más személy az adott háztartásban nem foglalkoztatott. Nagyobb eséllyel találták a szegények között azokat, akik kisebb településen, falun, vagy községben élnek.

Ez utóbbi megállapításukat megerősítik a Nyíregyházi járás életminősége 2015 vizsgálat eredményei is. A Nyíregyházi járási települések és a megyeszékhely között markáns

---

<sup>3</sup> A kisgyermeket nevelő valamint a három és több gyermekes anyáknak az atipikus foglalkoztatási formák valamelyike jelenthet valós perspektívát a munkaerő-piaci integrációra (R- Fedor 2012; R. Fedor-Fónai (2012). R. Fedor (2015c) a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében kisgyermekes nők körében végzett empirikus vizsgálatának eredmény ezt bizonyítja.

eltérések figyelhetőek meg. A járáshoz tartozó településeken jóval magasabb a szegénységben élők aránya, mint Nyíregyházán (Fábián, Takács és Szigeti). Ugyanezen kutatáson belül Szilicsány (2015) azt találta, hogy a Nyíregyházi járásban a 3,5 %-os csak jövedelmi szegények aránya, közel azonos értéket mutat a hazai 3,8%-os aránnyal. Jelentős viszont a járás hátránya a súlyos anyagi depriváció vonatkozásában. A Nyíregyházi járásban ez az arány 20,6%-os, míg az országos arány 13,2%. A súlyos anyagi depriváció és jövedelmi szegénység a járásban 8,8 %, hazai vonatkozásban 4,8%<sup>4</sup>.

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére vonatkozóan nem áll rendelkezésünkre egy, a szegénység valamennyi szegmensére kiterjedő vizsgálat, illetve adat, ezért arra teszünk kísérletet, hogy a már meglévő statisztikai adatok, különböző vizsgálatok adatai mentén vázoljuk fel a megye helyzetét.

### **Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei helyzetkép**

Elsőként a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) által gyűjtött, a különböző megélhetési szintekhez szükségesnek tartott jövedelmi összeget mutatjuk be a gyermekes, a gyermek nélküli és az egyszemélyes háztartásokban az 1. táblázatban. Az adatok azt mutatják, hogy minden háztartás vonatkozásában nőttek egy év tekintetében a különböző megélhetési szintekhez szükségesnek tartott jövedelmek. Jelentős emelkedés figyelhető meg valamennyi megélhetési szinten azokban a háztartásokban ahol egy szülő egy vagy több gyermeket nevel, valamint a több gyermeket nevelő háztartások esetén és azokban a háztartásokban ahol a háztartásban 65 év feletti személy él. Ők éppen a magas kockázati csoporthoz tartozók.

---

<sup>4</sup> A Magyarországra vonatkozó adatok az EU-SILC, 2014 adatai.

## 1. számú táblázat

### A különböző megélhetési szintekhez szükségesnek tartott jövedelem összeg a gyermekes, a gyermek nélküli és az egyszemélyes háztartásokban 2014 (ezer forint/hó/fő)

	nagyon szűkös		szűkös		átlagos		jó		nagyon jó	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
egy szülő egy vagy több gyerek	54,5	55,5	71,7	73,7	94,2	99,4	126,1	132,5	174,5	181,6
két felnőtt egy gyerek	58,4	57,5	75,2	76,1	98,0	101,3	129,0	134,9	174,3	188,4
két felnőtt két gyerek	48,6	46,4	62,4	61,6	82,2	82,3	109,3	107,9	147,7	146,5
két felnőtt három vagy több gyerek	38,1	39,0	49,4	51,7	64,8	69,7	83,3	90,7	110,7	120,1
két felnőtt 65 év alatt	77,0	76,2	100,1	101,6	131,8	136,5	174,2	183,0	236,6	253,8
két felnőtt egy 65 év felett	71,8	71,5	92,7	95,1	120,5	126,7	158,9	167,4	212,5	227,3
egy felnőtt 65 éves vagy idősebb	93,1	96,4	120,6	127,6	158,8	167,8	210,4	221,0	280,4	296,6

Forrás: KSH, STADAT 2.2.3.17. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_zhc034c.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_zhc034c.html)

A 2. táblázatban a KSH által számított létminimumokat<sup>5</sup> – amely az abszolút szegénymérés egyik formájának is tekinthető - foglaltuk össze. Ebben az esetben valamennyi háztartás esetén csökkenés figyelhető meg.

## 2. számú táblázat

### Létminimumértékek 2014 (forint/hó/háztartás)

	2013	2014
egy szülő egy gyermekkel	144392	144129
egy szülő két gyermekkel	188147	187805
két felnőtt egy gyermekkel	210024	209642
két felnőtt két gyermekkel	253779	253318
két felnőtt három gyermekkel	288783	288258
két felnőtt négy gyermekkel	323787	323199
két felnőtt 65 év alatt	153143	152864
két felnőtt egy 65 év felett	135641	135394
egy felnőtt 65 éves vagy idősebb	78759	78616

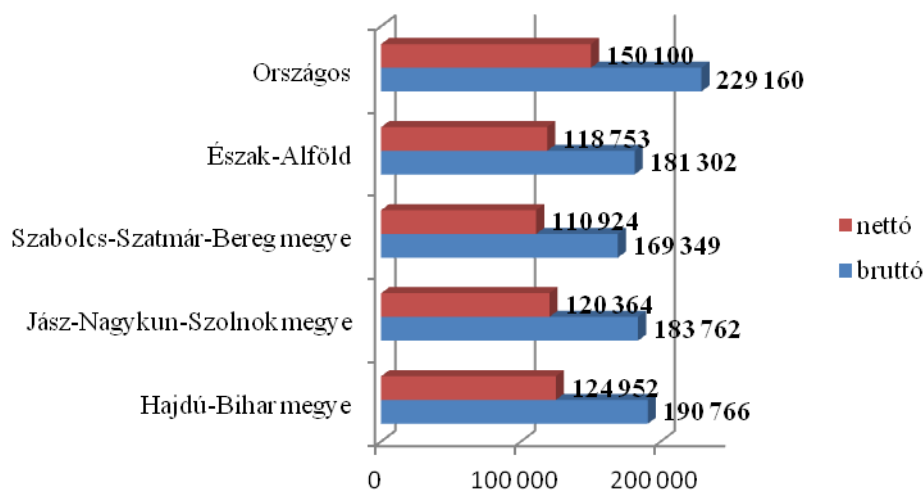
Forrás: KSH, STADAT 2.2.5.1. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_zhc011.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_zhc011.html)

<sup>5</sup> A hazai gyakorlat a létminimum számításra az élelmiszer-fogyasztás értékének meghatározására épülő ún. normatív számítást alkalmazza. Az élelmiszereket a normatívához hasonló értékben fogyasztó háztartások fogyasztási adataiból kiinduló létminimum egy fogyasztási egységre számított átlagos értéke 2014-ben havonta 87 351 forint (KSH, 2015).

Ahhoz hogy erről kicsit pontosabb képet kapjunk, megnéztük az alkalmazásban állók bruttó, illetve nettó jövedelmét az Észak – Alföldi régióban, megyékre lebontva, melyet az 1. ábra mutat.

### 1. számú ábra

#### Az alkalmazásban állók havi nettó/bruttó átlagkeresete, 2013

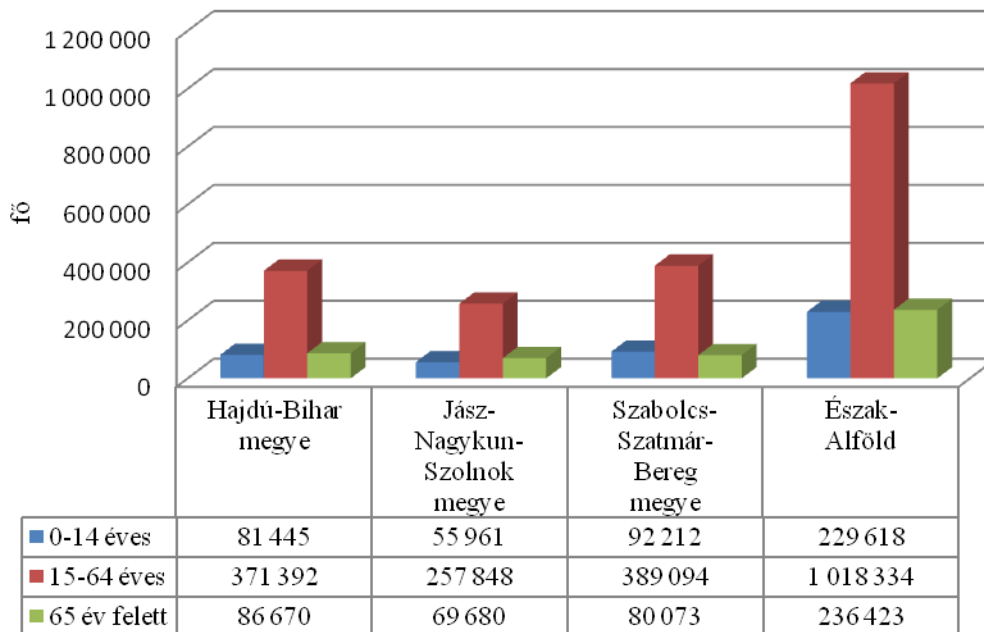


Forrás: KSH, STADAT 6.2.1.15. és 6.2.1.16. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qli049b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli049b.html) és [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qli050b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli050b.html)

A KSH adataiból az jól kitűnik, hogy az Észak - Alföldi régióban az alkalmazásban állók vonatkozásában mind a bruttó, mind a nettó átlagkeresetek nem érik el az országos átlagot, a nettó jövedelmek az országos adatokhoz képest 31347 forint különbséget mutatnak a régió rovására. Az Észak – Alföldi régiót megyénkénti lebontásban vizsgálva azt látjuk, hogy míg Jász - Nagykun – Szolnok megye és Hajdú – Bihar megye között minimálisnak tekinthető a különbség a nettó és a bruttó átlagkeresetek között, addig Szabolcs – Szatmár –Bereg megye hátránya jelentősebb lemaradást mutat a régióban a másik két megyéhez viszonyítva.

Magas szegénységi kockázati csoporthoz tartozók a gyerekek és a 65 év felettek. A 2. ábrán mutatjuk be a lakónépesség korcsoport szerinti megoszlását az Észak – Alföldi régióban.

A lakónépesség korcsoport szerint, 2014. január 1.



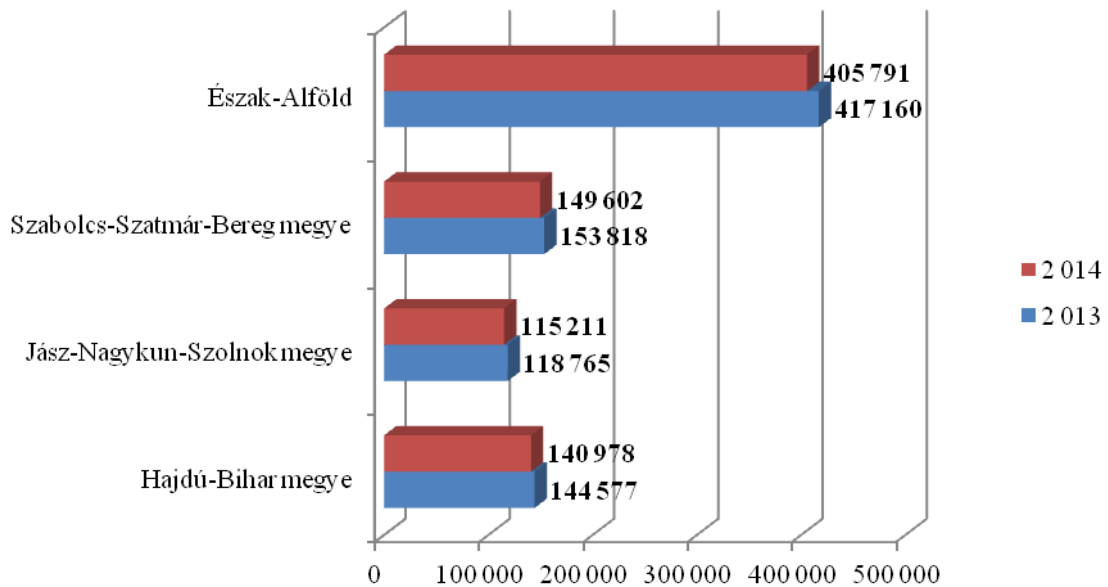
Forrás: KSH, STADAT 6.1.2. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wdsd004b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd004b.html)

Az adatok itt is Szabolcs – Szatmár – Bereg megye „hátrányát” mutatják a régióban a másik két megyéhez viszonyítva. A 0-14 éves gyerekek száma ebben a megyében a legmagasabb, jóval meghaladja a Jász –Nagykun – Szolnok megyei gyerekszámot, ettől enyhébb előnyt mutat Hajdú – Bihar megyével szemben. A 65 év felettek száma Hajdú – Bihar megyében mutatja a legmagasabb számot, ettől mérsékelten alacsonyabb a Szabolcs –Szatmár – Bereg megyében élő 65 év felettek száma. A 15-64 éves aktív korúak Szabolcs –Szatmár –Bereg megyében élnek a legtöbben.

Annak ellenére, hogy nem Szabolcs – Szatmár – Bereg megyében él a régióon belül a legtöbb 65 év feletti személy, a legtöbb nyugdíjban, ellátásban, járadékban ebben a megyében részesülnek, ahogy az a 3. számú ábrán is látható.

### 3. számú ábra

#### Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők száma



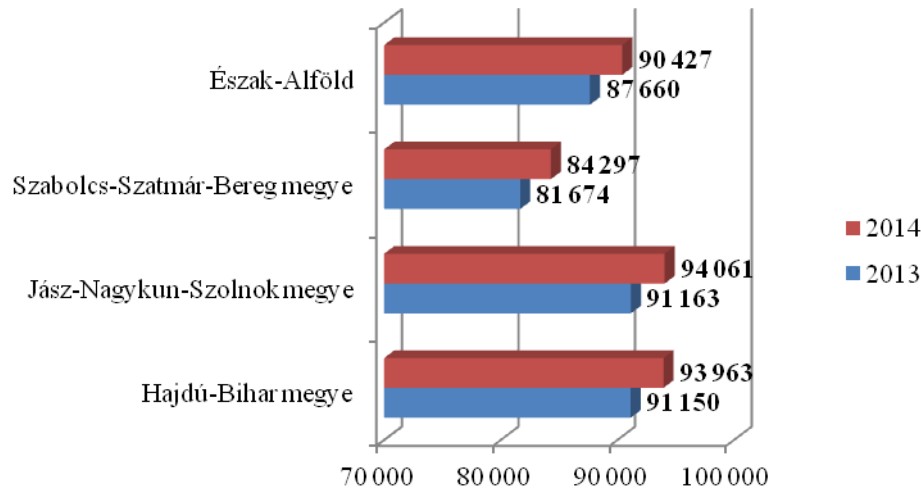
Forrás: KSH, STADAT 6.2.3.1. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsp007b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp007b.html)

Az adatokból azt valószínűsíthetjük, hogy annak ellenére, hogy nem ebben a megyében élnek a legmagasabb számban az öregségi nyugdíjasok, de éppen ebben a megyében a legmagasabb azok száma akik, nyugdíjban, vagy nyugdíjszerű ellátásban részesülnek, itt lehet a legnagyobb azoknak az aránya, akik nem öregségi nyugdíjban, hanem az esetenként jóval alacsonyabb összegű nyugdíjbiztosítási rendszerhez tartozó egyéb ellátásban, például egészségkárosodáson alapuló nyugellátásban, vagy egyéb nyugdíjszerű szociális ellátásban részesülnek.

A következő, 4. ábra a nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülő átlagos ellátásának alakulását mutatja az Észak –Alföldi régióban. Az adatok itt is Szabolcs –Szatmár –Bereg megye „hátrányát” mutatják a két másik megyéhez viszonyítva az Észak – Alföldi régióban.

#### 4. számú ábra

### Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülő átlagos ellátása Ft/hó



Forrás: KSH, STADAT 6.2.3.2. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsp008b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp008b.html)

Az adatokból jól látszik, hogy éppen Szabolcs –Szatmár –Bereg megyében legalacsonyabbak összességében az ellátások, jóval elmaradnak mind Hajdú –Bihar megye adataihoz és Jász – Nagykun – Szolnok megye adataihoz képest is. Ez tovább erősíti az előző valószínűsítésünket, hogy ebben a megyében élhetnek legnagyobb számban azok, akik alacsonyabb összegű társadalombiztosítási nyugellátásban részesülnek. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élő egészségügyi helyzetével ettől bővebben, részletesebben foglalkozik ezen tanulmány keretében Bogdándi István.

Az előzőekben felvillantott adatok „anyagi források” vonatkozásában rendre Szabolcs – Szatmár –Bereg megye „hátrányát” mutatta még az amúgy is hátrányos helyzetű Észak – Alföldi régió másik két megyéjével összehasonlítva. Mind az alkalmazásban állók bruttó, illetve nettó átlagkeresete, mind a nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülő átlagos ellátások ebben a megyében a legalacsonyabbak.

Mindezekről rosszabb képet mutat a Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont Gyerekesély – kutató csoportja által mért adatok Szabolcs – Szatmár – Bereg megye különböző kistérségeiben, melyet a 3. számú táblázatban foglalunk össze. Itt jegyezzük meg, hogy a kutatócsoport felmérése csak a gyermeket nevelő családokra terjedt ki, irányult. Az egyes kistérségekben élő gyermekes családok életkörülményeit az érintettek megkérdezésén alapuló reprezentatív kérdőíves felvétel adatai

mutatták meg. Egyszerűbben fogalmazva a felmérés kérdőíves módszerrel készült, és nagyon fontos megjegyeznünk, hogy a jövedelmi adatok önbevalláson alapultak.

### 3. számú táblázat

#### Egy főre eső jövedelem Szabolcs –Szatmár – Bereg megye néhány kistérségében 2014.(ft/fő)

Csengeri kistérség összesen	44500
Fehérgyarmati kistérség összesen	45800
Mátészalkai kistérség	38800
Vásárosnaményi kistérség összesen	58,6 39600
Nyírbátori kistérség	37000
Országos összesen (Tárki, 2014)	78000

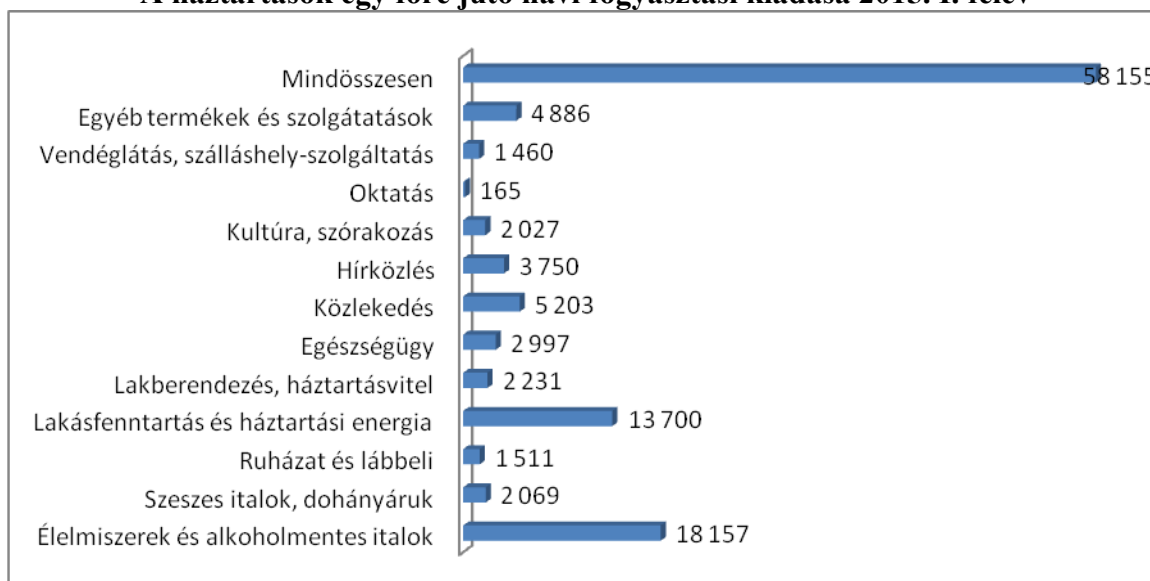
Forrás: Kistérségi helyzetképek, 2014

Hazánkban a szegénységi küszöb értéke havi 78000 forint (Tárki, 2014). Amennyiben ezt tekintjük relatív szegénységi küszöbnek elmondhatjuk hogy relatív jövedelmi szegénynek tekinthetők mindazon gyermeket nevelő családok, aki a Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont Gyerekesély – kutató csoportjának mintájába bekerültek. A 3. számú táblázat adatai alapján Szabolcs –Szatmár – Bereg megyén belül is a leghátrányosabb helyzetben a Nyírbátori kistérségben a Mátészalkai kistérségben és a Vásárosnaményi kistérségben élő gyermekes családok vannak.

Ezt összevetve a háztartások egy főre jutó havi fogyasztási kiadásával - a KSH 2015. I. féléves adatai szerint – igen nehéz helyzet tárul elénk.

### 5. számú ábra

#### A háztartások egy főre jutó havi fogyasztási kiadása 2015. I. félév



Forrás: KSH A háztartások fogyasztása [http://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p\\_kiadvany\\_id=87009](http://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=87009)



A KSH adatai szerint a vizsgált időszakban az egy főre eső havi fogyasztási kiadás 58155 forint volt. A Szabolcs –Szatmár –Bereg megye néhány kistérségében mért adatok szerint egyik kistérségben sem érik el az egy főre eső önbevalláson alapuló egy főre eső jövedelmek ezt az értéket. Amely igen súlyos megélhetési gondot jelez ebben a megyében.

Az igen rossz képet mutató jövedelmi adatok mellett megnéztük, hogy az Észak-Alföldi régióban hogy alakultak az egyes szociális ellátások, melyet a 4. sz. táblázatban foglaltunk össze. Tettük ezt mindazon megfontolásból, hogy egyrészt a segélyezést, mint a szegénység enyhítését szolgáló egyik eszköznek tekintjük, másrészt a segélyeknek éppen az az egyik célja, hogy az alacsony jövedelmű háztartások jövedelmét kiegészítse, esetleg pótolja.

#### 4. számú táblázat

**Egyes szociális ellátásokban részesültek adatai az Észak –Alföldi régióban**

	Aktív korúak ellátása	Ápolási díj	Rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény	Rendkívüli gyermekvédelmi támogatás	Lakásfenntartási támogatás	Átmeneti segély
Hajdú-Bihar megye	22 062	4 070	45 623	3 362	41 685	19 265
Jász-Nagykun-Szolnok megye	14 218	3 083	32 899	6 278	28 374	15 419
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	31 284	5 400	69 876	6 389	56 045	33 625
Észak-Alföld	67 563	12 553	148 398	16 029	126 104	68 309

Forrás: KSH, STADAT 6.2.3.5. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsp009b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp009b.html)

Az adatokból ismételten kitűnik Szabolcs –Szatmár –Bereg megye „hátránya”. Valamennyi segély típusát tekintve az ebben a megyében élők részesültek a legmagasabb számban. Az egész Észak – Alföldi régiót tekintve az ellátásban részesültek száma valamennyi segélytípust tekintve megközelíti az 50%-ot Szabolcs –Szatmár –Bereg megyében.

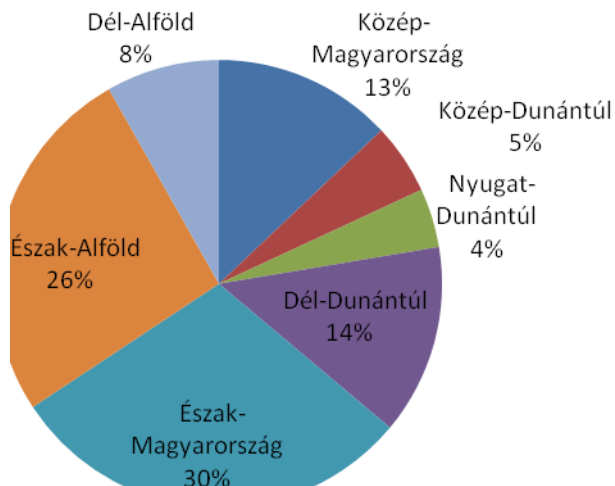
A különböző kutatások, vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a magas szegénységi kockázatú csoportok között vannak a roma nemzetiségűekhez tartozók, azok a háztartások, ahol a háztartásfő roma nemzetiségűhöz tartozik. Éppen ezért végezetül felvillantunk pár adatot a roma nemzetiségűekhez tartozókról különösen, a roma gyermeket/gyermekeket nevelő családok vonatkozásában.

A 6. számú ábra a 2011. évi népszámlálási adatokat figyelembe véve mutatja meg a roma nemzetiséghez tartozók magyarországi régiónkénti megoszlását. (A népszámlálási

adatgyűjtés is önbevalláson alapult, a szenzitív adatokra a válaszadás nem volt kötelező! A nemzetiségre való hovatartozás ilyen adat.)

## 6. számú ábra

**A roma nemzetiség régiókénti megoszlása**

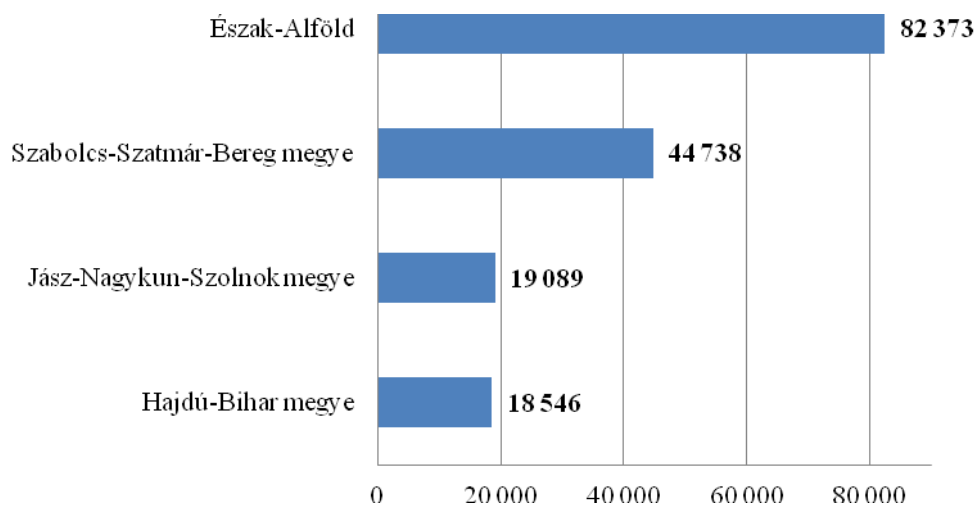


Forrás: KSH Népszámlálás, 2011

Mint ahogy az a 6. számú ábrán jól látszik a roma nemzetiséghez tartozók az Észak – Magyarországi régióban élnek a legtöbben. Ezt a régiót szorosan követi az Észak – Alföldi régióban azok száma, akik a 2011. évi népszámlálás során önmagukat roma nemzetiségűnek vallották. A 7 sz. ábrán a roma nemzetiségűekhez vallók megoszlását láthatjuk az Észak – Alföldi régióban.

## 7. számú ábra

**A roma nemzetiség megoszlása az Észak-Alföld régióban**



Forrás: KSH Népszámlálás, 2011

A 7. számú ábrán pontosabb képet kapunk a roma nemzetiségűekhez tartozók megoszlásáról. Jól látható, hogy az összes Észak – Alföldi régió romái közül, több mint 50%-a Szabolcs – Szatmár- Bereg megyében él. A roma gyerekek megoszlását mutatja az 5. sz. táblázat, mely a Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont Gyerekesély – kutató csoportja által mért adatokat foglalja össze.

#### 5. számú táblázat

#### A 0-17 éves roma és nem roma gyerekek megoszlása Szabolcs –Szatmár –Bereg megye néhány kistérségében

	0-2 év		3-5 év		6-13 év		14-17 év	
	nem roma	roma	nem roma	roma	nem roma	roma	nem roma	roma
Csengeri kistérség	62,2	37,8	64,9	35,1	59,4	40,6	72,2	27,8
Fehérgyarmati kistérség	55,7	44,3	56,0	44,0	62,8	37,2	79,3	20,7
Mátészalkai kistérség	47,9	52,1	54,4	45,6	62,1	37,9	60,2	39,8
Vásárosnaményi kistérség	58,6	41,4	57,7	42,3	56,0	44,0	64,7	35,3
Nyírbátori kistérség	45,8	54,2	49,1	50,9	57,2	42,8	65,2	34,8
Baktalórántházai kistérség 2013	66,9	33,1	76,8	23,2	75,6	24,4	82,9	17,1

Forrás: Kistérségi helyzetelemzések, 2013, 2014

Az adatokból kitűnik, hogy 50% feletti a 0-2 éves gyerekek aránya a Nyírbátori kistérségben és a Mátészalkai kistérségben, de 40% fölötti, vagy ahhoz közeli az arány valamennyi kistérségben a 0-2 éves és a 3-5 éves és a 6-13 éves roma gyerekek tekintetében. A legalacsonyabb a roma gyerekek aránya valamennyi kistérség vonatkozásában a 14-17 éves gyermekek között.

A jövedelmi szegénységben élő roma és nem gyerekes családok arányát a 6. sz. táblázatban mutatjuk be, ahol ismételten a Gyerekesély – kutatócsoport eredményeit használjuk. Fontos megjegyeznünk, hogy a kutatócsoport jövedelmi értelemben azokat a háztartásokat tekintették szegénynek, amelyek egy meghatározott havi bevételnél kevesebb összegből gazdálkodtak. Relatív szegénységi küszöbnek a TÁRKI Háztartásmonitor 2012 eredményei alapján számított havi 66000 forintos jövedelmet tekintették.

## 6. számú táblázat

### Jövedelmi szegénységben élő roma és nem gyerekes családok aránya Szabolcs – Szatmár –Bereg megye egyes kistérségeiben

	nem roma	roma
Csengeri kistérség összesen	63,5	36,5
Fehérgyarmati kistérség összesen	65,0	35,0
Mátészalkai kistérség	58,8	41,2
Vásárosnaményi kistérség összesen	58,6	42,1
Nyírbátori kistérség	56,8	43,2
Baktalórántházai kistérség összesen 2013	77,4	22,6
Országos összesen (Tárki, 2012)	88,7	11,3

Forrás: Kistérségi helyzetelemzések, 2013, 2014

Az adatokból kitűnik, hogy Szabolcs – Szatmár –Bereg megye valamennyi vizsgált kistérségében élő roma háztartások jóval magasabb arányban élnek jövedelmi szegénységben az országos átlaghoz, adatokhoz képest. A Baktalórántházai kistérséget kivéve az össze vizsgált kistérségben a jövedelmi szegénységben élő roma gyerekes családok aránya kissé meghaladja a 40%-ot, vagy ahhoz közeli értéket mutat. Valószínűsíthetően nagy szerepet játszik ebben a háztartásfők munkaerő-piaci helyzete és iskolai végzettsége is. A munkaerő piaci helyzetképet R. Fedor Anita (2015a) mutatja be Szabolcs –Szatmár- Bereg megyére vonatkozóan, ahol többek között vizsgálja a munkaerő-piaci helyzet és iskolai végzettség összefüggéseit is.

Összességében megállapítható, hogy a Szabolcs –Szatmár – Bereg megyében élők körében igen nagy a szegénység kockázata, még az amúgy is hátrányos helyzetű Észak - Alföldi régión belül is a másik két megyéhez viszonyítva. Legrosszabb helyzetben a magas szegénységi kockázatú csoportok között is a roma gyermeket/gyermekeket nevelő családok vannak.

## **A civil szektor szerepe**

A civil szektornak ebben a térségben ott van a legnagyobb szerepe, hogy egy olyan komplex programot valósíthat meg, ahol különböző szakmaközi szolgáltatásokkal eléri a mélyszegénységben élőket. Ezt leginkább a közösségfejlesztő szolgáltatások útján valósulhatnak meg, komplex szükségletfelmérés és szolgáltatástervezés útján. Közösségi szolgáltató központok felállításával hozzájárulhatnak a helyi közösségek fejlődéséhez.

A helyi közösségek gazdasági jelentőségének növekedésének egyik oka éppen az, hogy az emberek egyre több időt töltenek el lakóközösségeikben. A növekedő álláskereső száma, a társadalom inaktív csoportjai, az idősebb generációk csoportja csak néhány azok közül, akik ezeket a csoportokat alkotják. Az emberek mindennapi életüket ebben a közösségben élik, így életminőségüket nagymértékben határozza meg a közösség gazdasági teljesítőképessége és egymás támogatásának lehetősége. Egymás támogatása kiterjedhet mindenre, ami a tagok élet és működőképességét segíti elő. A szegénységben élő közösségekben a közösség támogató funkciója felerősödhet, a közösség megtartó funkciója jelentősebbé válhat, amelyek lehetővé teszik a mélyszegénységben élők „túlélését”. Felbecsülhetetlen fontosságú egy közösség értéknyújtó funkciója. Egy összetartó közösség egységes értékeket és normarendszert képvisel, amely által a közösség tagjainak szokásait, egymáshoz való viszonyulásukat, viselkedésüket, a mindennapi élethez kapcsolódó értékeket is kijelölik. Egy összetartó közösség a gyermekek számára megtanítja többek az értékeket, normákat, a közösség tagjainak tiszteletét (Varga és Vercseg, 1998).

Mindezeket túl olyan szolgáltatásokat nyújthatnak, amelyek biztosítják a személyes beszélgetéseket, egyénre szabott tanácsadásokat. Különböző képzéseket valósítanak meg, területi, települési műhelyek létrehozásával.

A foglalkoztatáspolitikai aktív eszközrendszerét képezve munkaügyi szolgáltató szerepet vihetnek a helyi társadalomba. Egyénre szabott munkaerő - piaci szolgáltatásokkal segíthetik elő a hátrányos helyzetű, vagy tartós munkanélküliek csoportját. Jelen tanulmányban a civil szervezetek foglalkoztatásban betöltött szerepét R. Fedor (2015b) részletesen elemzi.

A civil szervezetek legnagyobb előnye az innováció, valamint az, hogy ők a problémából indulnak ki, és arra a problémára keresik a választ. Céljaik mindig társadalmi konszenzuson alapulnak. Civil szervezetként – a függetlenségükből adódóan – képesek mindig a leghatékonyabb megoldásra mind a probléma, mind a források vonatkozásában. Legnagyobb előnyök a személyre/egyéni szabottság, egyedileg szükséges segítséget képesek

nyújtani, komplex problémakezelést tudnak megvalósítani. A lehetőségek széles tárházának kínálatával hatékonyan tudnak segítséget nyújtani a munkahelyek felderítésében, az álláskereső munkaeő-piaci re-integrációjában, hátrányos helyzetű munkavállalói csoportok képzésében.

## **Felhasznált irodalom**

Andorka Rudolf (1997): Bevezetés a szociológiába. Osiris kiadó, Budapest.

Bauer Zsófia (2013): Baktalórántházai kistérség. A kistérségben élő gyermekek, fiatalok és családjaik helyzetének, igényeinek és szükségleteinek felmérése. MTA TK Gyerekesély műhelytanulmányok 2013/3. MTA TK, Budapest.

Bauer Zsófia (2014): Fehérgyarmati kistérség. A kistérségben élő gyermekek, fiatalok és családjaik helyzetének, igényeinek és szükségleteinek felmérése. MTA TK Gyerekesély műhelytanulmányok 2014/10. MTA TK, Budapest.

Bass László, Darvas Ágnes és Ferge Zsuzsa (2007): A szegénységben élők helyzetének változása 2001 és 2006 között In: Stratégiai kutatások 2006-2007. Kutatási jelentések. Szerk. Banczerowski Januszné. Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Programiroda, Budapest.

Council of the European union 1984 Council Decision on specific community action to combat poverty. *Specific Community action to combat poverty: new Commission proposals. Information Memo P-53/84, July 1984.* [http://aei.pitt.edu/31597/1/P\\_53\\_84.pdf](http://aei.pitt.edu/31597/1/P_53_84.pdf)

Fábián Gergely, Takács Péter és Szigeti Fruzsina (2015): A jövedelmi helyzet és a szegénység. In.: A Nyíregyházi járás életminősége 2015. Acta Medicinae et Sociologica Vol. 6. No. 18-19. 68-79.

Fekete Attila (2014): Nyírbátori kistérség. A kistérségben élő gyermekek, fiatalok és családjaik helyzetének, igényeinek és szükségleteinek felmérése. MTA TK Gyerekesély műhelytanulmányok 2014/6. MTA TK, Budapest.

Forrai Erzsébet (2014): Mátészalkai kistérség. A kistérségben élő gyermekek, fiatalok és családjaik helyzetének, igényeinek és szükségleteinek felmérése. MTA TK Gyerekesély műhelytanulmányok 2014/10. MTA TK, Budapest.

Gábos András és Szivós Péter (2008): Lent és még lejjebb: jövedelmi szegénység. In: Szivós P. – Tóth I. Gy. (szerk.): Köz, teher, elosztás . TÁRKI Monitor jelentések, 2008. Budapest: TÁRKI, 39–59.

- Gábos András és Szivós Péter (2010): Jövedelmi szegénység és anyagi depriváció Magyarországon. In: Kolosi T. és Tóth I. Gy. (szerk): Társadalmi Riport 2010, Budapest: TÁRKI, 58-81.
- Gábos András, Szivós Péter és Tátrai Annamária (2013): Szegénység és társadalmi kirekesztettség Magyarországon, 2000–2012 In.:Szivós P. és Tóth I. Gy. (szerk): Egyenlőtlenségek és polarizálódás a magyar társadalomban. Táarki Monitor jelentések, 2012. Budapest.
- Gábos András, Szivós Péter és Tátrai Annamária (2015): Jövedelmi szegénység és társadalmi kirekesztettség jellemzői Magyarországon. In.:Szivós P. és Tóth I. Gy. (szerk): Jól nézünk ki (...?!) Háztartások helyzete a válság után. Táarki Monitor jelentések, 2014. Budapest. [http://www.tarki.hu/hu/research/hm/monitor2014\\_teljes.pdf](http://www.tarki.hu/hu/research/hm/monitor2014_teljes.pdf)
- Guio, A.C. (2009) What can be learned from deprivation indicators in Europe? Eurostat Methodologies and working papers, European Union. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/5845041/KS-RA-09-007-EN.PDF/6d80bc28-534a-4fae-9783-9983e05ca20a>
- Havasi Éva (2001): A szegénység fogalma és mérhetősége. [Info-társadalomtudomány](#). 54. 7-16.
- Péter László (2006): Vázlatok a szegénység szociológiájához. Kolozsvári Egyetemi Kiadó, Kolozsvár.
- R. Fedor Anita (2012): A gazdasági aktivitás lokális jellemzői. Nők és férfiak a munkapiacán. *Acta Medicinæ et Sociologica.. Különszám:83-98.*
- R. Fedor Anita - Fónai Mihály (2012):\_Kisgyermekes nők foglalkoztatási jellemzői és a családtámogatások igénybevétele. *SZABOLCS-SZATMÁR-BEREGI SZEMLE* 47:(4) pp. 71-86. (2012)
- R. Fedor Anita (2015a): Szabolcs-Szatmár- Bereg megye foglalkoztatási és munkanélküliségi jellemzői. In: Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával. R. Fedor A.-Zakor- Broda R. (szerk.)
- R. Fedor Anita (2015b): A civil szektor foglalkoztatásban betöltött szerepei. In: Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával. R. Fedor A.-Zakor- Broda R. (szerk.)
- R. Fedor Anita (2015c): *Egyensúlyban?* A munkaerő-piaci karriertől a familiarizmusig. A kisgyermeket nevelő nők munkavállalási attitűdje(i). Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 2015. 252 p.

Szilicsány Éva Panna (2015): Megélhetési nehézségek, nélkülözés a Nyíregyházi járásban, 2015. In.: A Nyíregyházi járás életminősége 2015. Acta Medicinae et Sociologica Vol. 6. No. 18-19. 80-95.

Szontágh Éva (2014a): Vásárosnaményi kistérség. A kistérségben élő gyermekek, fiatalok és családjaik helyzetének, igényeinek és szükségleteinek felmérése. MTA TK Gyerekesély műhelytanulmányok 2014/3. MTA TK, Budapest.

Szontágh Éva (2014b): Csengeri kistérség. A kistérségben élő gyermekek, fiatalok és családjaik helyzetének, igényeinek és szükségleteinek felmérése. MTA TK Gyerekesély műhelytanulmányok 2014/13. MTA TK, Budapest.

Varga A. Tamás - Vercseg Ilona (szerk.) (1998): Közösségfejlesztés. Magyar Művelődési Intézet, Budapest

### **Felhasznált statisztikai kiadványok**

A háztartások fogyasztása, 2015. I. félév Központi Statisztikai Hivatal, Központi Statisztika Tükör 2015/74. 2015. október 30.

Létminimum, 2014. Központi Statisztikai Hivatal, Központi Statisztika Tükör 2015/46. 2015. június 24.

### **Felhasznált statisztikai adatbázisok**

EUROSTAT

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tessi180&plogin=>

KSH

2011. évi Népszámlálás. [http://www.ksh.hu/nepszamlalas/teruleti\\_adatok](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/teruleti_adatok)

2.2.3.17. A különböző megélhetési szintekhez szükségesnek tartott jövedelemösszeg a gyermekes, a gyermek nélküli és az egyszemélyes háztartásokban (2011–)  
[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_zhc034c.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_zhc034c.html)

2.2.5.1. Létminimumértékek (1990–)

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_zhc011.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_zhc011.html)

6.2.1.15. Az alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete (2000–)  
[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qli049b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli049b.html)



6.2.1.16. Az alkalmazásban állók havi nettó átlagkeresete (2000–)  
[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qli049b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli049b.html)

6.1.2. A lakónépesség korcsoport szerint, január 1. (2001–)  
[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wdsd004b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd004b.html)

6.2.3.1. Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők száma, január (2000–) [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsp007b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp007b.html)

6.2.3.2. Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők átlagos ellátása, január (2000–) [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsp008b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp008b.html)

6.2.3.5. Egyes szociális ellátások adatai (2000–)  
[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsp009b.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsp009b.html)

**Balogh Erzsébet:** Szociális munkás, szociálpolitikus. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet Szociális Munka Tanszéken tanársegéd.  
[balogh.erszebet@foh.unideb.hu](mailto:balogh.erszebet@foh.unideb.hu)

**Rusinné Dr. Fedor Anita PhD:** Szociológus, szociálpolitikus, esélyegyenlőségi tréner. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet mb. intézetigazgatója, főiskolai docens a Társadalomtudományi Tanszéken.  
[fedor.anita@foh.unideb.hu](mailto:fedor.anita@foh.unideb.hu)

# Az egészségfejlesztési irányvonalak meghatározása a megyénkre jellemző általános és speciális egészségmutatók tükrében

**Bogdándi István**

## **Bevezetés**

*„Az egészséges népesség a társadalmi célok elérésének kulcstényezője. Az egyenlőtlenség, a társadalmi lejtő meredekségének csökkentése mindenki egészségét és jóllétét javítja. A jó egészség jobb életminőséggel jár együtt, javítja a munkaerő termelékenységét, növeli a tanulási kapacitást, megerősíti a családokat és a közösségeket, támogatja a fenntartható lakóhelyi és a természeti környezetet, hozzájárul a biztonsághoz, a szegénység és a kirekesztés csökkenéséhez” (Adelaide Nyilatkozat 2010)*

Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint az egészség a legtágabb értelemben optimális jól-létként értelmezhető, mely egyszerre eszköz, cél és erőforrás is. Alapfeltételei és forrásai: a béke, a lakhatás, az oktatás, az élelem, a jövedelem, a stabil ökológiai rendszer, a fenntartható erőforrások, a társadalmi igazságosság és az egyenlőség. A jó egészség elsősorban nem az egészségügyi szolgálaton vagy az orvoson múlik, ugyanis egészségi állapotunkat mindennapi döntéseink, közvetlen környezetünk, a család, az iskola, a lakóhely munkahely határozzák meg. A rossz munkahelyi környezet, a munkanélküliség állapota, a munka nélkül eltöltött idő hosszának emelkedése ronthatja a munkajövedelem hiányát megtapasztaló háztartások életkörülményeit, melynek következményei az érintettek általános jól-létére, egészségi állapotára is hatással lehetnek<sup>6</sup> (R. Fedor- Balogh 2015; Jávorné, R. Fedor és Berencsiné 2014; Jávorné, Rusinné Fedor, Takács 2014).

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban évtizedek óta kirívóan rossz. A halandósági viszonyokat jellemző születéskor várható átlagos élettartamok kedvezőtlenebbek, mint ami az ország gazdasági potenciálja alapján várható volna. Az egészségi állapotra vonatkozó adatok azt mutatják, hogy a magyar lakosság fiatalabban betegszik meg és hamarabb hal meg, mint az európai országok többségében élők, és kevesebb egészséges évekre is számíthat. Ez annak ellenére is így van, hogy az utóbbi két

---

<sup>6</sup> Az Európai Unió 2020. stratégia a foglalkoztatási ráta átlagosan 75%-os szintjének elérését tűzte ki célul. Hazánk foglalkoztatási rátája a 2014-es adatok szerint még ezalatt helyezkedik el, azonban az kétségtelen, hogy az elmúlt hét évben folyamatosan emelkedett a fizetett munkát végzők gazdaságilag aktívakon belüli aránya. A kedvező tendencia regionális, megyei és városi szinten is érzékelhető volt (Rusinné 2002, R. Fedor 2012, R. Fedor-Jávorné 2014),

évtizedben számottevő javulás mutatkozott mindkét nem és minden életkor egészségi viszonyaiban.

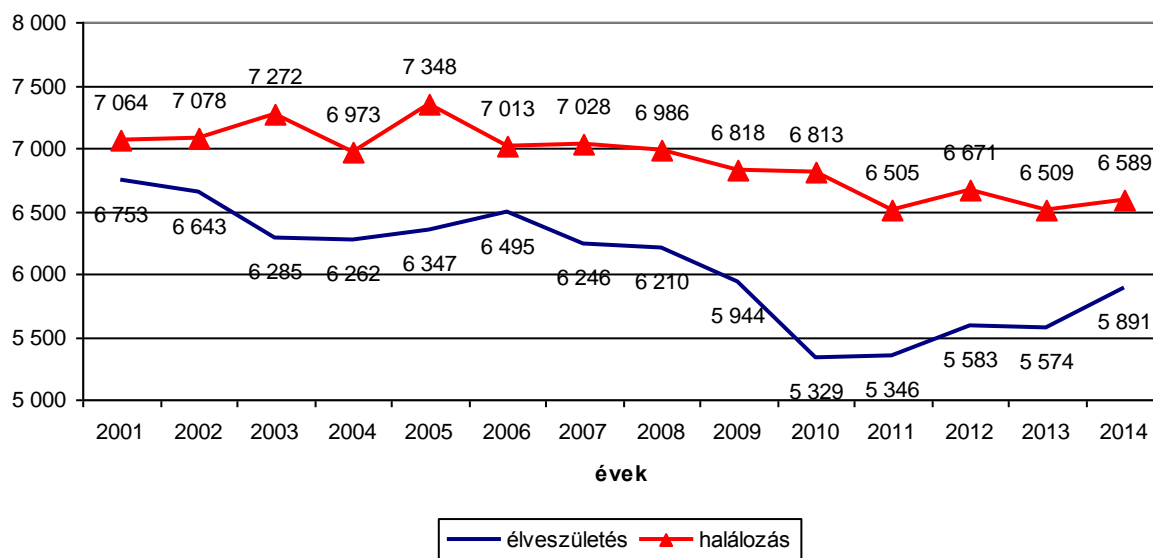
## 1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye lakosságának egészségi állapota

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye népessége 2015. január 1-jén 561 357 fő volt, közel 1 ezerrel több, mint egy évvel korábban. A megye népességének túlnyomó részét mindkét nemből az aktív korosztály (15-64 évesek) adja. A férfiak várható élettartama 2,07 évvel elmarad az országos átlagtól, a nők életkilátásai az országgal közel megegyeznek.

A 2014. évben 6 589 fő hunyt el Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, ami 698 fővel meghaladta az élveszületések számát. Ezer lakosra vetítve 10,5 élveszületés, illetve 11,7 halálozás jutott.(1. ábra)

1. ábra

### Az élveszületések és halálozások száma Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében– 2014.



Forrás: Az adatok a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisából származnak.

A férfiak halálozása enyhén, 3%-kal nőtt az előző évhez képest, a nők halálozása enyhén csökkent (25 fővel kevesebb nő halt meg). A születéskor várható átlagos élettartam nők esetében tovább emelkedett, azonban a férfiaknál enyhén visszaesett. 2014-ben a férfiak

születéskor várható átlagos élettartama 70,6 életév volt, míg 2013-ban 71,7. Nőknél folyamatosan emelkedik a születéskor várható átlagos élettartam, 2014-ben 78,45 év. Az elmúlt évek emelkedése ellenére mindkét nemben alacsonyabb a születéskor várható élettartam az országoshoz képest.

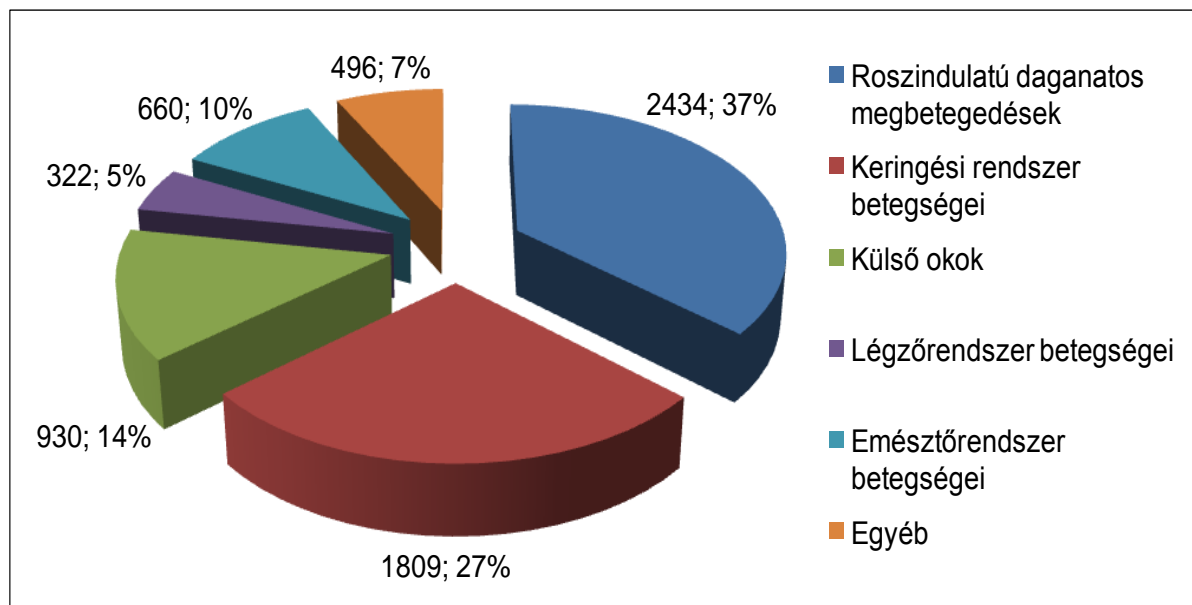
Az elmúlt öt évben csökkent a fiatalabb korosztály halálozása. A 0-59 évben meghaltak száma csökkenő tendenciájú, bár ebben a korcsoportban 2014-ben 104 fővel többen haltak meg, mint 2013-ban. 2014-ben a 60. életév betöltése előtt 1322-en haltak meg, ami az összes halálozás 20%-a.

A vizsgált időszakban, 2010 és 2014 között Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 16 689 férfi és 16 398 nő halt meg. Az esetek 51%-ában a keringési rendszer betegségei miatt következett be az elhalálozás, a férfiak halálozásának 43%-áért, a nők halálozásának 59%-áért felelősek a keringési rendszer betegségei. Minden negyedik elhalálozást a rosszindulatú daganatos megbetegedések okozták. A daganatos betegség miatti halálozás a férfiak körében 29%, míg nőknél ez az arány 21%-os. A légzőrendszeri betegségek miatt hunyt el az elmúlt öt évben 2156 fő (a meghaltak 7%-a). Az emésztőrendszeri betegségek valamint a külső okok (baleset, szándékos önártalom, stb.) okozta halálozás a vizsgált időszakban 5%-ot ért el.

A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élő, 15-59 éves korosztály haláloki struktúrája jelentősen eltér az eddigiektől, hiszen a legtöbb halálozást sajnos a rosszindulatú daganatos betegségek okozták. 2010-2014 között 2434-en hunytak el rosszindulatú daganatos betegségek miatt, ami a halálozások 37%-át tette ki. Második helyre szorult a keringési rendszer betegségei miatt bekövetkező halálozás, 27%-kal. A halálozás külső okai miatt 930 fő hunyt el, így ez lett a harmadik leggyakoribb halálok 14%-kal. Az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozás 10%-ban, a légzőrendszeri betegségek pedig 7%-ban felelősek a fiatalabb korúak haláláért.(2. ábra)

## 2. ábra

A 15-59 éves korcsoportba tartozó halálozások a halál oka szerint, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, 2010-2014.



Forrás: A haláloki adatok a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisából származnak.

Az idősebb korú, 60 év felett lakosok halálozását 57%-ban a keringési rendszer betegségei, 22%-ban a rosszindulatú daganatos betegségek okozták. A halálozások 7%-áért a légzőrendszeri betegségek, 4%-ban pedig az emésztőrendszeri betegségek felelősek. A mortalitás külső okai miatt bekövetkezett halálozás ebben a korcsoportban alacsony, az esetek 3%-át tette ki.

Az megyénkre vonatkozó adatok elemzéséből arra lehet következtetni, hogy mindkét nemből, minden korcsoportban, a **keringési rendszer** okozta halálozások értékei a csökkenő tendencia ellenére konzekvensen meghaladják az országos halálozási értékeket. A szív- és érrendszeri betegségek (szívinfarktus, magas vérnyomás, ischemia, stroke, ISZB, cerebrovasculáris, egyéb) okozta halálozás mindkét nemből magas értékeket mutat. A férfiak tekintetében a keringési rendszer betegségei miatt bekövetkező halálozás 15%-kal haladja meg az országos szintet. A legrosszabb ebben a betegségcsoportban a magas vérnyomás és az agyér betegségek miatt bekövetkező halálozás, hiszen a megyei férfiak halálozása az országos átlagot 46%-kal haladja meg. A 15-64 éves férfiak körében is 36%-kal kedvezőtlenebb a magas vérnyomás és az agyér betegségek okozta halálozás, mint az országos. A nők keringési rendszeri betegségek miatti halálozása is kedvezőtlenebb, mint az országos szint, körükben 16%-kal

kedvezőtlenebb a keringési rendszer betegségei miatt bekövetkező halálozás. Legkedvezőtlenebb a magas vérnyomás és az agyér betegségek, valamint az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás. A megyében élő 15-64 éves nők esetében is 36%-kal kedvezőtlenebb a magas vérnyomás és az agyér betegségek okozta halálozás, mint az országos. A magas vérnyomás mindkét nem esetében 40-44 éves korban már 10%-os gyakorisággal fordul elő, ezt követően az életkorral folyamatosan emelkedik. Férfiaknál 65 év, nőknél 60 év fölött eléri az 50 %-ot az új megbetegedések száma évente. Az akut szívinfarktus a férfiak esetében nemcsak korábbi életkorban, de lényegesen gyakrabban is jelentkezik, mint a nőknél. A stroke gyakorisága ehhez hasonlóan fordul elő. A keringési rendszer betegségei okozta halálozás tekintetében a megye járásai közül is a legkedvezőtlenebb helyzetben a záhonyi és mátészalkai férfiak, illetve a mátészalkai nők vannak. Esetükben szignifikánsan kedvezőtlenebb a halálozás. A 15-64 éves korcsoportban férfiak tekintetében a kisvárdai, mátészalkai területen élők, nők esetében pedig a vásárosnaményi, mátészalkai járásban élők körében mutatható ki szignifikánsan kedvezőtlen halálozás. Az országostól kedvezőbb halálozás mutatható ki a nyíregyházi járásban élő férfiak és nők, a 15-64 éves kemecsei, nagykállói, nyíregyházi járásban élő férfiak és a nyírbátori járásban élő nők esetében. Ezekben az esetekben nem szignifikáns az eltérés. Viszont a 15-64 éves nyíregyházi járásban élő nők keringési rendszer betegségei okozta halálozása szignifikánsan kedvezőbb az országos szinthez képest.

Az elmúlt években a **rosszindulatú daganatos** betegségek okozta halálozás sajnos emelkedő tendenciát mutat megyénkben. A halálesetek jelentős részét férfiaknál és nőknél egyaránt a légcső, hörgő- és a tüdő rosszindulatú daganata okozza. A második helyen a vastagbél- végbél rosszindulatú daganata okozta halálozás áll. A megyében élő férfiak daganatok okozta halálozása magasabb, a nők halálozása kedvezőbb, mint az országos. A tüdőrák és a gyomor-bélrendszeri karcinóma lényegesen magasabb a férfiak között, mint a nők esetében. A rosszindulatú daganatok okozta halálozás a 0-x éves férfiak tekintetében 15%-kal, 15-64 éves férfiak tekintetében pedig 21%-kal haladja meg az országos halálozási szintet.

A rosszindulatú daganatok okozta halálozás a férfiaknál minden járásban kedvezőtlenebb az országos értéktől, a 15-64 éves férfiak tekintetében a baktalórántházai és a nagykállói járásban élőknel szignifikánsan kedvezőtlenebb a rosszindulatú daganatos megbetegedés okozta halálozás. A fehérgyarmati járásban élő 15-64 éves nők körében az ajak, szájüreg és a garat rosszindulatú daganata okozta halálozás szignifikánsan kedvezőtlenebb az elmúlt öt évet figyelembe véve, viszont az ibrányi járásban élő 15-64 éves nők halálozása szignifikánsan

kedvezőbb az országoshoz képest. Az emlő és méhnyak rosszindulatú daganatai okozta halálozás tekintetében kedvezőbb helyzetben vannak a megyében élő nők, hiszen a megyénkre vonatkozó adat szignifikánsan alacsonyabb az országos értéktől.

Az **emésztőrendszer** betegségein (az összes halálesetből férfiaknál 7%-át, nőknél 4%-át okozza) belül a máj megbetegedései a gyomor- és a nyombélfekély jelentősége emelhető ki. Általában elmondható, hogy az életkor előre haladtával fokozatosan emelkedik az emésztőszervi betegségek okozta halálozás. A 15-64 éves férfiak 10%-a, a 15-64 éves nők 8%-a halt meg emésztőrendszeri betegségek következtében. A megyében élő férfiak közül a legkedvezőtlenebb a vásárosnaményi járásban élők halálozása, míg a csengeri járásban élő férfiak mortalitása a legkedvezőbb. A 15-64 éves, vásárosnaményi és kisvárdai járásban élő férfiak körében magasabb a halálozás, mint az országos. A kemecei járásban élő nők körében a legkedvezőtlenebb az emésztőrendszeri betegségek okozta halálozás, a legalacsonyabb pedig csengeri, kisvárdai járásban élő nők körében. A 15-64 éves nők esetén szintén a kemecei járáshoz tartozók között a legkedvezőtlenebb, a legalacsonyabb a korai halálozás pedig a tiszavasvári járásban élő nők körében. A korai halálozásnál az országos átlagtól való eltérés szignifikáns. Az alkoholos májzsugor okozta halálozás a megyében élő férfiak körében átlagosnak tekinthető, viszont a nők mortalitása összhálaozási és korai halálozási vonatkozásban is szignifikánsan kedvezőbb az országos halálozásnál.

A **légzőrendszer** betegségei okozta halálozás haláluki súlya csak első megközelítésben tűnik viszonylag csekély jelentőségűnek, de ha figyelembe vesszük, hogy az idetartozó betegségek meghatározó része (több mint fele) miatt a korai halálozás elkerülhető lenne, ez a betegségcsoport is kitüntetett figyelmet érdemel. Az elmúlt időszakban emelkedő tendenciát követ megyénk férfilakosságának halálozása ebben a betegségcsoportban. A légzőrendszer betegségei okozta halálozások között a heveny alsó légúti fertőzések, a tüdőgyulladás, az influenza, valamint az idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma szokott előfordulni a halál okaként. Erre a haláluki főcsoportra a legnagyobb befolyással az idült alsó légúti betegségek vannak. Ezen a kategórián belül szinte mindegyik betegség típusnak (idült hörghurut, tüdőtágulat, asztma, hörgőtágulat), nemtől és kortól függetlenül csökkent a halandósága az elmúlt években. Azonban ezzel egy időben az egyéb idült alsó légúti betegségeknek meredeken megnövekedett a mortalitása és ez okozta az összhálaozáson belüli részarány bővülését. A krónikus alsó légúti megbetegedések okozta összes halálozás és a korai halálozás nagyon kedvezőtlenül alakult a megyében élő férfiak, nők körében. A területi elemzésnél is

kitűnik megyénk kedvezőtlen helyzete, hiszen a járások többségében jelentősen magasabb a halálozás, mint az országos. A korai halálozás vonatkozásában a záhonyi, baktalórántházai és nyíregyházi járásban élő férfiak körében kedvezőbb, a nők korai halálozása viszont egy járásban sem kedvezőbb az országos halálozásnál.

A krónikus légzőszervi betegségek esetében a természetes (pl. pollenek) és a mesterséges (közlekedésből eredő, valamint munkahelyi) légszennyeződést okozó tényezőknek nagy szerepet tulajdonítanak. Az asthmás betegségek esetében vitatott, hogy a levegőszennyeződésnek kóroki jelentősége lenne, de elfogadott, hogy a betegség akut exacerbációja szempontjából (annak súlyossága és gyakorisága vonatkozásában egyaránt) jelentőséggel bír. Legnagyobb jelentősége a levegő kén-dioxid és nitrogén-dioxid koncentrációja emelkedésének, valamint pollentartalmának van. A parlagfű (*Ambrosia elatior*) aggasztó mértékű elterjedtsége az asthma incidencia és prevalencia növekedésével is összefüggésbe hozható. Évtizedekkel ezelőtt az asthmás, ill. allergiás gyermekek parlagfű-érzékenysége ritkaságszámba ment (1% körül volt), napjainkban ez az arány már jóval meghaladja az 50%-ot. A COPD esetében a dohányzás kitüntetett szerepe egyértelműen elfogadott. Becslések szerint a COPD 80–90%-a a dohányzás következtében alakul ki. A dohányosok 50%-ának esetében a légzőszervi tünetek fennállása általánosnak mondható, ami általában krónikus bronchitisként diagnosztizált köhögést és köpetürítést jelent. (Ádány 2009)

A **külső okokra** visszavezethető halálozások a halálloki struktúrában a férfiak tekintetében a harmadik helyen állnak. Tudatában kell azonban lenni az adatok értékelésénél, hogy ez egy rendkívül heterogén halálloki főcsoportnak tekinthető, hiszen ide tartoznak a háztartási, közlekedési és munkabalesetek mellett az erőszak, az önsértés következtében bekövetkező, illetve az öngyilkosságok miatti halálozások is. A megyénkben élők öngyilkosság okozta halálozásának területi eloszlása is az öngyilkos magatartás társadalmi-gazdasági meghatározottságára utal. 2007-től a külső okok miatt bekövetkező halálozás enyhén csökken, de a férfiak sajnos magasabb arányban halnak meg megyénkben külső okok miatt, mint általában hazánkban. Megyénken belül legkedvezőtlenebb mortalitási mutatóval a baktalórántházai, nyírbátori járásban élő férfiak rendelkeznek. Szignifikáns eltérést a férfiaknál ebben a két járásban tapasztalunk, a 15-64 éves férfiak körében a baktalórántházai, nyírbátori és csengeri járásban magas a többlethalálozás. Nők esetében a külső okokra visszavezethető halálozás az országos szinthez közeli. Kedvezőtlenebb viszont a nyírbátori és tiszavasvári járásban élők esetében a mortalitás. Kedvezőbb a külső okok által kiváltott



halálozás a kemecsei és kisvárdai járásban élő nők esetében. Szignifikáns eltérés azonban nem mérhető.

Az **alkoholfogyasztással** összefüggésbe hozható halálokok tekintetében megyénk férfilekosságának minden korosztályában kedvezőtlenebb a mortalitás az országosnál. A nők alkohollal összefüggő halálozása országos szinthez közeli, kivéve a 65-74 éves korcsoport, de az eltérés nem szignifikáns. A legkedvezőtlenebb a baktalórántházai járásban élő férfiak alkoholfogyasztással összefüggő halálozása, a nyíregyházi járásban élők kivételével mindenhol magasabb arányban halnak meg az alkoholfogyasztással összefüggő betegségekben, mint az országos átlag.

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás mennyisége magas és növekvő tendenciát mutat. Egyre alacsonyabb életkorra tolódik az alkoholt rendszeresen fogyasztó fiatalok magas száma. A túlzott alkoholfogyasztás kiemelkedő szerepet játszik a máj- és idegrendszeri megbetegedésekben és halandóságban, magas az alkohollal összefüggő balesetek és kriminológiai események aránya. Az alkoholizmusnak a korai szakaszában elsősorban az erőszakos eredetű halálokok (balesetek, mérgezések, öngyilkosságok, testi sértések, stb.) uralják az epidemiológiai helyzetet, míg a későbbi szakaszokban az alkohol okozta krónikus betegségek miatt bekövetkezett halálozásoktól, illetve azok gyakoriságától függ az alkoholspecifikus halandóság szintje.

A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élő nők és férfiak **dohányzással** összefüggő halálozása kedvezőtlenebb, mint az országos mortalitás. A korai halálozás esetében is rosszabb helyzetben vagyunk, hiszen a 15-64 éves férfiak dohányzással összefüggő halálozása, illetve a nők halálozása is kedvezőtlenebb az országos mortalitásnál. Megyénk területi különbözőségeit elemezve sajnos megállapítható, hogy a férfiaknál az összhálaózás és a korai halálozás vonatkozásában minden járásban kedvezőtlenebb a dohányzással összefüggő halálozás az országos mortalitásnál. Nőknél csak a nyíregyházi járásban élő 15-64 éves korcsoportba tartozók esetén alacsonyabb az ilyen típusú halálozás az országosnál.

A dohányzás a legjelentősebb népegészségügyi súlyú életmódi tényező, ez okozza a legtöbb megbetegedést, halálesetet az összes elkerülhető kockázati tényező közül. Az összes daganat 25-30%-ának kialakulásában a dohányzás kóroki tényezőként szerepel. A dohányosok aránya a fiatal felnőttek körében a legmagasabb, a nők harmada, a férfiak csaknem fele dohányos.

A megyében élő férfiak **elsődleges megelőzéssel** befolyásolható, elkerülhető halálozása kedvezőtlenebb, mint az országos mortalitás. A férfiak elkerülhető halálozása szignifikánsan magasabb, a nők viszont szignifikánsan kedvezőbb az országosnál. A megye járásai közül nagyon kedvezőtlen az elkerülhető halálozás az ibrányi, kemecsei, baktalórántházai és vásárosnaményi járásban élő férfiak tekintetében. Az országos mortalitástól való eltérés szignifikáns ezekben a járásokban. A 15-64 éves férfiak esetében szignifikánsan a legkedvezőtlenebb a mortalitás a baktalórántházai járásban, nem szignifikánsan, de nagyon kedvezőtlen a kemecsei, vásárosnaményi járásban. A nők elsődleges megelőzéssel befolyásolható halálozása jelentősen kedvezőbb az országos mortalitástól a nagykállói járásban. A 15-64 éves nők körében pedig a nyíregyházi járásban mérhető nagyon alacsony mortalitás. Nem számottevően, de kedvezőbb helyzetben vannak a nagykállói, kisvárdai járásban élő 15-64 éves nők is. A nők korai halálozása vonatkozásában a legkedvezőtlenebb a mortalitás a kemecsei járásban.

Az **egészségügyi ellátáshoz** köthető, elkerülhető halálesetek azok a haláleseteket tartalmazza, melyek meghatározott életszakaszon az egészségügyi beavatkozások időben történő, megfelelő igénybevételével és alkalmazásával elkerülhetők lennének. A megyében 2007 óta csökken az egészségügyi szolgáltatáshoz köthető, elkerülhető halálozás mindkét nemből. Sajnos mindkét nemből az összhálaózás és korai halálozás vonatkozásában is kedvezőtlenebb a mortalitás, mint az országos. A megye valamennyi járásában élő férfiak tekintetében nagyon kedvezőtlen, magasabb a mortalitás, mint az országos. Szignifikánsan a legkedvezőtlenebb a kisvárdai, mátészalkai járásban. A mátészalkai járásban élő 15-64 éves férfiak egészségügyi szolgáltatáshoz köthető, elkerülhető halálozása is jelentősen magasabb az országos mortalitásnál. A nőknél is a mátészalkai járásban mutatható ki szignifikánsan nagyon kedvezőtlen halálozás. Az országos mortalitástól csak a nyíregyházi járásban kedvezőbb a nők egészségügyi szolgáltatáshoz köthető, elkerülhető halálozása.<sup>7</sup>

A korai halálozás az egészségügyi ellátórendszer és a népegészségügyi programok hiányosságára hívják fel a figyelmet. Az egészségügyi ellátások fejlesztése mellett ezért

---

<sup>7</sup> A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére jellemző vezető halálokok helyzetének bemutatása a Központi Statisztikai Hivatal által közétett halálozási adatok és a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala adatai alapján az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által rendelkezésre bocsájtott, a Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere által kielemezett, a 2008. és 2012. közötti időszakra vonatkozó népességi adatok felhasználásával történt.

szükség lenne kormányzati ciklusokon átívelő népegészségügyi programokra, a megelőző szolgáltatások minőségének fejlesztésére. (Ádány 2009)

## **2. A telepszerű körülmények között élők egészségi állapota**

A telepszerű körülmények között élők és azon belül a roma etnikai kisebbséghez tartozó népesség helyzetével és problémáival az utóbbi időszakban egyre több tanulmány foglalkozik, különösen a közép-kelet európai országokban. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája 2001-2002-ben a Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében végzett vizsgálattal azonosította a roma közösségek által lakott telepeket, ahol felmérték a kedvezőtlen adottságok halmozódását, a telepeken élők létszámát, etnikai hovatartozását. A felmérésben feltérképezett telepeken 2004-ben lakossági egészségfelmérés történt az OLEF keretében 2003-ban használt, néhány kérdés vonatkozásában módosított kérdőív felhasználásával. A felmérés lehetővé tette a három megye roma lakosságának jellemzőit reprezentáló eredmények összehasonlításait az általános populáció és annak alsó jövedelmi szintjén élők hasonló adataival. A vizsgálat a társadalmi-gazdasági jellemzőkre, az életminőségre, a korlátozottságra, az egészségi állapot megítélésére, az egészségmagatartásra, bizonyos megbetegedésekre és az igénybevett egészségügyi szolgáltatásokra terjedt ki.

A felmérés adatai szerint a 18-29 éves férfiak és nők körében nincs jelentős különbség a két populációban az egészségi állapot szubjektív megítélésében. A 30-44, és különösen a 45-64 éves korcsoportokban mindkét nem esetében azonban megfigyelhetők a rossz, nagyon rossz minősítés magas értékei (45-64 év férfiak 42 %, nők 58 %) a telepszerű körülmények között élőkénél. Az általános populáció hasonló nemű és korú lakossága körében a fenti értékek kétszer kisebbek. A telepen élők közül a 45-64 éves férfiaknál csak minden 7., nőknél minden 14. megkérdezett minősíti egészségi állapotát jónak, illetve nagyon jónak. A két nem egészségi állapota minősítésének eltérései igen kifejezettek e populációban, a nők körében a szubjektív megítélés sokkal rosszabb egészségi állapotot mutat. Az általános populációban mindkét nem valamennyi korcsoportban lényegesen nagyobb mértékben gondolta, hogy „nagyon sokat”, vagy „sokat tehet” egészségéért; a 18-29 évesek közel 90 %-a vélekedett így. A telepen élők körében e válasz gyakorisága lényegesen alacsonyabb, a tanulmány szerint a kor előre haladtával csökken, a 45-64 éves férfiak és nők közül mindössze 40 % gondolja úgy, hogy sokat tehet egészségéért.

A legjelentősebb népbetegségek közül a szívinfarktus, az agyvérzés, valamint a májbetegség gyakoriságát érintő adatok elemzése kimutatta, hogy a telepi körülmények között élők körében mindhárom betegség vonatkozásában magasabb prevalencia értékek figyelhetők meg. A telepi körülmények között élő 45-64 éves férfiaknál a szívinfarktus előfordulási gyakorisága közel 15 %. Az agyvérzés előfordulási gyakorisága mindkét nem esetében magasabb, mint az általános populáció körében (45-64 éves férfi: 4,4 %; nő: 2,4 %). A májbetegségek prevalenciája magasabb a hátrányos helyzetű csoportnál valamennyi korcsoportban.

Az egészségfelmérés adatainak elemzéséből kiderült, hogy már a 18-29 évesek körében a rendszeres dohányosok aránya több, mint 50 %. A legmagasabb dohányzási gyakoriság mindkét nemben a 30-44 éveseknél figyelhető meg. E populációban a rendszeres dohányzókhöz tartozik a 30-44 éves nők 66 %-a, a férfiak 75 %-a. Az általános populációhoz viszonyítva összességében a telepszerű körülmények között élők körében mindkét nem esetében alacsonyabb a soha nemdohányzók aránya. A dohányzás kezdetére jellemző a fiatalabb életkor – valamennyi vizsgált korcsoportban – a telepen élők körében. A telepen élő 18-34 éves korcsoportban átlagosan 15,9 év, a 35-44 éves korcsoportban átlagosan 16,2 év, a 45-64 éves korcsoportban átlagosan 16,6 év volt a dohányzás kezdetére jellemző átlagéletkor. Ugyanezen értékek az általános populációban a következők voltak: 17,3 év, 19,0 év, és 21,0 év. Az alkoholfogyasztási szokásokra vonatkozó kérdések az önkitöltős kérdőívekben kerültek felvételre, mely kérdések a fogyasztás gyakoriságára és az elmúlt 7 napban fogyasztott mennyiségre irányultak. A kiértékelt kérdőívek adatai alapján, a telepen élő nők körében igen magas az absztinensek gyakorisága, alacsony a mérsékelt és a nagyivók gyakorisága, szemben az általános populáció és az általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók értékeivel. A telepen élő férfiak esetében a 18-29 éves korcsoportban valamivel magasabb a nagyivók gyakorisága, a többi korcsoportban viszont alacsonyabb. Az absztinensek aránya – a nőkhöz hasonlóan – a telepen élők esetében magasabb.

A tanulmány által közölt adatok alapján az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága jelentős mértékben különbözik az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében. Ezen belül a nemek között is megfigyelhetőek az eltérések, amelyek mindkét vizsgált populációban hasonló jellegűek. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi gyakorisága az életkor előre haladtával növekszik mindkét populációban,

azonban a férfiak körében az igénybevétel lényegesen alacsonyabb, a különbség a fiatalabb korcsoportoknál kifejezettebb. Az általános populációnál mindkét nemnél magasabb prevalencia értékek figyelhetők meg a telepszerű körülmények között élőkhez viszonyítva, különösen a férfiak körében és a fiatalabb korcsoportokban. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételén belül a telepszerű körülmények között élők körében a háziorvosi szolgálat a meghatározó. A szociálisan hátrányos helyzetű csoportra is jellemző, hogy egészségügyi problémáinak megoldására leggyakrabban a háziorvosi szolgálatot veszi igénybe. A szakorvosi és a rendelőintézeti ellátás igénybevétele körükben lényegesen alacsonyabb értéket mutat. A fogorvosi szolgáltatás igénybevétele az általános populáció körében igen alacsony. Az életkor előre haladtával az általános populációban mindkét nemre jellemző, hogy egyre kevesebben keresik fel a fogorvost. A telepszerű körülmények között élő 45-64 éves férfiak közül egy éven belül csak minden ötödik ember járt fogorvosnál. Mindkét nem esetében a szolgáltatás igénybevétele gyakorisága lényegesen alacsonyabb az általános populációhoz viszonyítva. A nők körében a nőgyógyászati vizsgálaton történő részvétel gyakorisága a telepi 45-64 éves korcsoport kivételével közel azonos. Jelentős különbség figyelhető meg az egészségfelmérést megelőző két évben a mammográfiás vizsgálaton résztvevők prevalencia értékeiben, különösen a népegészségügyi program lakossági szűrővizsgálata célcsoportjában, a 45-64 évesek körében. A telepszerű körülmények között élők közül ebből a korcsoportból csak minden negyedik nő vett részt a felmérést megelőző két évben a szűrővizsgálaton, amely igen alacsony az általános populációhoz viszonyítva.

Az egészségügyi ellátás során, a 18-44 éves telepi férfiak 45 %-ának, míg a nők 60 %-ának mérték a vérnyomását a megkérdezést megelőző egy éven belül. Az általános populáció ugyanazon korcsoportjánál ezen értékek férfiaknál 70 %, nőknél több mint 70 % volt. A 45-64 évesek körében a két populációban jelentős eltérés nem tapasztalható. Az öt évnél régebben történt vérnyomásmérés gyakorisága mindkét populációnál, valamennyi korcsoportban férfiaknál és nőknél 5-10 % között volt. Az ellátás során a koleszterinszint mérése a telepszerű körülmények között élők 50-85 %-ánál a megkérdezést megelőzően több, mint öt éve történt. Ugyanezen értékek az általános populációnál lényegesen alacsonyabbak (34-62 %), ugyanakkor az egy éven belüli koleszterinszint mérés gyakorisága lényegesen magasabb a telepi körülmények között élőkhez viszonyítva.

A telepszerű körülmények között élők körében végzett egészségfelmérés során alkalmazott kérdőívben szerepelt egy kérdés, mely az egészségügyi ellátás során – a szubjektív

megítélésre alapozva – a tapasztalt diszkriminációra vonatkozott. A felmérés adatai szerint, a különböző egészségügyi ellátások során diszkriminációt vélelmezett a telepszerű körülmények között élők körében a 18-29 éves korcsoport 25-29 %-a, a 30-44 éves korcsoport 28-37 %-a és a 45-64 éves korcsoport 44-50 %-a. Ezen prevalencia értékek 2-6 % között alakultak az általános populáció különböző korcsoportjaiban, mindkét nem esetén. A diszkrimináció okait vizsgálva a két populáció között jelentős eltérések mutatkoznak. Az általános populációban a diszkrimináció háttérben vélt okként az életkor, a pénzhiány és az egyéb ok közel azonos súllyal szerepel, míg a telepszerű körülmények között élők esetében a válaszok alapján a sorrend az etnikai hovatartozás, a pénzhiány és az öltözködés miatti megkülönböztetés. Kiemelendő, hogy az etnikai diszkriminációt a válaszadók közel kétharmada jelezte. A pénzhiányt, mint hátrányos megkülönböztetés okát az egészségügyi ellátás igénybevétele során a telepiek valamivel alacsonyabb értékben jelölték.

### **3. Szabolcs-Szatmár-Bereg egészségügyi ellátórendszere**

A kormányok jelenleg rendkívül érzékenyen kezelik az egészségügyi szektor és az egészségi állapot gazdaságra gyakorolt kulcsfontosságú szerepét. Az alapellátásra vonatkozó Tallinni Charta irányelveinek köszönhetően, a WHO Európai Régiójának sok döntéshozója felismerte, hogy az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetővé tétele az egyike a szegénységet és a társadalmi egyenlőtlenségeket leghatékonyabban csökkentő módszereknek, és hogy az egészségre fordított beruházások pozitívan hatnak a társadalmi stabilitásra és a gazdaságra. Az egészségügyi ellátórendszer tervezése, irányítása, illetve az egészségügyi ellátás gyakorlatának minőségbiztosítása és fejlesztése szempontjából különösen jelentős az olyan ellátási formák bevezetése, fejlesztése, amelyekkel a különböző betegségek okozta halálokok száma csökkenthető. (Ádány 2009)

A társadalmi-gazdasági helyzet tekintetében szembetűnők a területi különbségek az ország nyugati és keleti fele között. Különösen kedvezőtlen a helyzet Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, ahol sok kis lélekszámú, nagy munkanélküliséggel, alacsony iskolázottsági teherrel és etnikai problémákkal bíró, földrajzilag és társadalmilag is marginalizálódott, hátrányos helyzetű település van. (A munkanélküliség és a szegénység megyei jellemzőinek részletes elemzése jelen szakmai beszámoló R. Fedor (2015) és Balogh-R, Fedor (2015) munkájában olvasható.) A hátrányosság az egészségügyi ellátórendszerben is érzékelhető az alacsony összegű egészségügyi ráfordítások, a szakmák szerint egyetlen kórházi

ellátottságban és a szakorvosi ellátottságban egyaránt. Az országos helyzethez hasonlóan az egyetemekről kikerülő szakemberek megyénkben sem tudják pótolni a meglévő orvoshiányt. A nyugdíjba menő orvosok pedig tovább fokozzák az elégtelen ellátást. Ennek ellenére az egészségfelmérések adatai alapján az emberek zömmel elégedettek az egészségügyi ellátásokkal, különösen a házi orvosukkal.

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az egészségügyi alapellátás keretében többnyire a megye egész területén biztosított a felnőtt és a gyermek házi orvosi, valamint a fogorvosi ellátás, azonban a Központi Statisztikai Hivatal által közölt adatokból az derül ki, hogy megyénk vonatkozásában – sajnálatos módon – 18 betöltetlen (13 házi orvosi, 5 fogorvosi) praxis szerepel a nyilvántartásban.

### 1. számú táblázat

#### Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az egészségügyi alapellátás számszerű adatai

Praxis megnevezése	Praxisok száma
Felnőtt házi orvosi	115
Házi gyermekorvosi	67
Vegyes házi orvosi	156
Fogorvosi	133

*Forrás: A adatok a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisából származnak.*

A központi ügyeletek száma 22 és 196 iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat működik megyeszerte.

A járóbeteg ellátásban az egyes megyék közötti kapacitás-megoszlás meglehetősen egyenlőtlen képet mutat országos szinten. Az ellátórendszer fejlesztésénél elsősorban azoknak a megyéknek a fejlesztése élvez prioritást, ahol a járóbeteg ellátási kapacitások az országos átlagtól elmaradnak. Megyénkben járóbeteg szakellátási kapacitással 19 egészségügyi szolgáltató rendelkezik, melyek közül 2 kórház, 4 önálló (nem fekvőbeteg ellátó intézményhez integrált) járóbeteg rendelőintézet Tiszavasvári, Baktalórántháza, Csenger, Ibrány területi megoszlásban és 14 rendelőintézeti szintet el nem érő járóbeteg szakellátást végző szolgáltató formájában biztosítják az egészségügyi ellátást.

A fekvőbeteg ellátás Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 8 telephelyen, Nyíregyháza, Nagykálló, Vásárosnamény, Fehérgyarmat, Kisvárdai településeken történik. A fekvőbeteg ellátó intézmények száma 2, a nyíregyházi központú Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház kórházcsoportjában (Jósa András Oktatókórház, Sántha Kálmán Szakkórház, Fehérgyarmati Kórház, Mátészalkai Kórház) és a kisvárdai Felső-Szabolcsi Kórház.

## 2.számú táblázat

### Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a fekvőbeteg ellátás kapacitásának számszerű adatai

Ellátási forma megnevezése	Ágyak száma
Aktív	1821
Krónikus	406
Rehabilitációs	580
Ápolási	108
Sürgősségi	51

Forrás: A adatok a Központi Statisztikai Hivatal adatbázisából származnak.

A megye egészségügyi ellátásának részét képezik a különböző településeken működő 16 mentőállomás is, az orvosi segélyhely (OSH) telepítésére kijelölt egészségügyi szolgáltatók (4 rendelőintézet, 2 kórház), a mobil szükségkórház (MSZK) és a kiegészítő szükségkórház (SZK) telepítésére kijelölt egészségügyi szolgáltatók, amelyek esetében a megyénkben működő két kórház biztosítja az ellátást.

A pszichiátriai ellátás problémái lényegében megegyeznek az egészségügyi ellátórendszer általános gondjaival. Az infrastruktúra elavult, belső strukturális aránytalanságok állnak fenn, melynek következménye, hogy számos esetben nem áll rendelkezésre a megfelelő korszerű szolgáltatás, ami a hozzáférési esélyek tekintetében is egyenlőtlenséghez vezet. A kórházi ágyakon nyújtott ellátásban még mindig sok a szociális indíttatású, ugyanakkor jelentős betegcsoportok nem jutnak megfelelő kórházi ellátáshoz. Különösen a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, a gerontopszichiátriai, és a különféle szubspecialitásoknak tekinthető kórházi osztályok, ágyak hiányoznak az ellátásból. További strukturális aránytalanságot gerjeszt az a tény, hogy hiányoznak a prevenció és az utókezelés, a rehabilitáció feltételei, alacsony egyes modern diagnosztikus és esetenként gyógyító eljárások hozzáférhetősége. A humánkapacitás szerkezete hiányos, az orvosok és szakdolgozók - elsősorban az ápolók, a



gondozók - száma nem elégséges, megoszlása kifejezetten egyenetlen. A megfelelő ösztönző rendszer hiánya és a tapasztalható infrastrukturális hiányosságok a munkaerő eltávozásához, az országból való fokozódó kivándorlásához vezetnek.

Az átmenet az egészségügyi és a szociális rendszer között rendkívül hiányos. A ma ellátottak körülbelül egyharmadának nem tartós ápolásban kellene helyet kapniuk. A szociális ellátások fizikai infrastruktúrája tekintetében elsődlegesen a tartós és átmenti bentlakást nyújtó intézmények szorulnak korszerűsítésre, illetve jelentős kapacitásbővítésre. Az intézmények túlterheltek, nagyon sok a várakozó, hosszú a várakozási idő. A pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátását biztosító szolgáltatások száma elégtelen, jelentős kapacitáshiányokkal küzdenek.

Az egészségügyi ellátórendszer helyzetével kapcsolatban összegezve megállapítható, hogy az elmúlt időszakban a járóbeteg ellátásban a finanszírozási rendszer módosítása volt az a tényező, amely elsősorban meghatározta az ellátórendszer működésének változásait, míg a fekvőbeteg ellátásban a strukturális átalakítás határozta meg a változások irányát. A lakosság egészségi állapotának nyomon követésében, a betegségek megelőzésében, felderítésében, gyógyításában és rehabilitációjában az egészségügyi ellátórendszernek kiemelt szerepe van.

#### **4. Szabolcs-Szatmár-Bereg egészségügyi problématerképe**

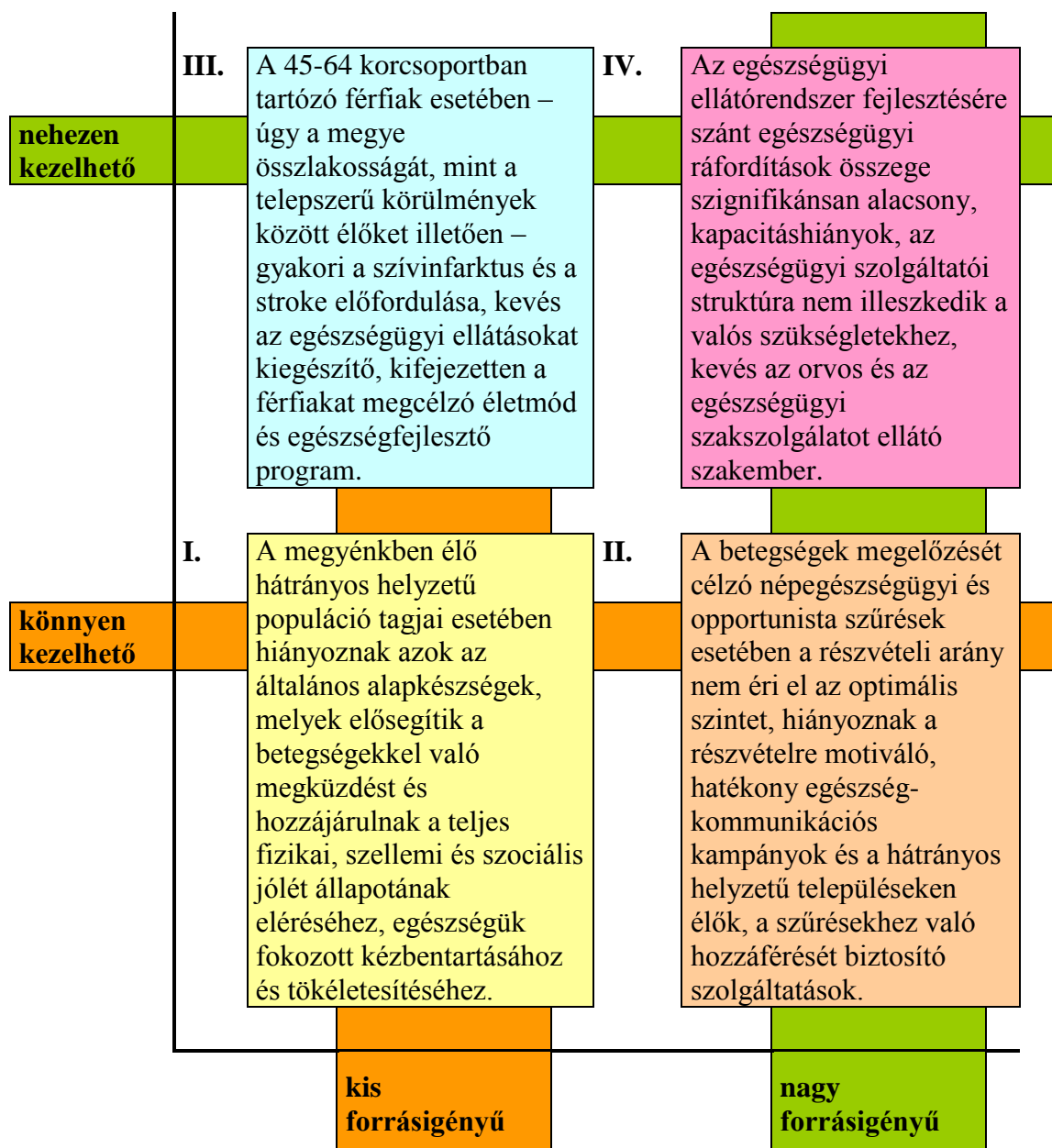
A problématerkép elkészítése nagyon hasznos, mert a kis forrásigényű és helyi szinten jól kezelhető problémák egy részéről kiderülhet, hogy minden külső forrásigény nélkül helyben megoldhatóak. A problémák elemzésekor két relatív, az adott szintér szempontjából értelmezhető tényezőt érdemes megvizsgálni. Az egyik a problémák megoldásához szükséges erőforrás mértéke. Erőforrás alatt értve többek között, a szintérré egyedileg jellemző tudást, adottságokat, hagyományokat, az emberi erőforrást és természetesen a pénzügyi erőforrást is. Ilyenkor el kell dönteni azt, hogy a meghatározott problémák megoldásához a meglévő forrásokon túlmenően mekkora és milyen típusú külső erőforrásra van szükség. A másik szempont a problémák kezeléséhez szükséges kompetencia megléte, azaz a szintér lehetőségeihez képest ezek a problémák könnyen, vagy nehezen kezelhetők. Ennek értelmében lesznek olyan problémák, amelyek kis forrás igényűek és helyben kezelhetőek, lesznek nagy forrásigényűek és helyben kezelhetőek, általában erre szolgálnak a pályázati források. Másik csoportba sorolhatóak az olyan problémák, amihez kevés a rendelkezésre álló

kompetencia az általunk vizsgált szintéren nehezen kezelhetők, viszont magasabb szinten nagy valószínűséggel igen. Az adott szintéren észlelt, de helyben nem kezelhető problémák megoldásához az az út vezet, ha ezeket a problémákat egy magasabb szintű, egy nagyobb kompetenciával és forrással rendelkező szintér felé toljuk tovább. Így esély lesz arra, hogy előbb-utóbb ezek is kedvező irányú támogatást kaphassanak. (Kishegyi, Solymosy 2009)

### 3. számú ábra

**Az egészségügyi problématerkép ábrázolása**

#### KEZELHETŐSÉGI SZINT



**FORRÁS IGÉNY**

	I. Kis forrásigényű és helyi szinten jól kezelhető problémák
	II. Helyi szinten jól kezelhető problémák, amennyiben a forrásigény kielégíthető
	III. Kis forrásigényű, de helyi szinten nem, vagy rosszul kezelhető problémák
	IV. Nagy forrásigényű és helyi szinten rosszul kezelhető problémák

- I.** A megyénkben élő hátrányos helyzetű populáció tagjai esetében hiányoznak azok az általános alapkészségek, mint például az egyéni, a szociális és az önmenedzselési készségek, melyek már azelőtt fontos szerepet kapnak, mielőtt akár a hallott, illetve írott szöveg megértésére vagy a számítógép kezelésére szükség lesz. Ezek a készségek képezik az alapját minden egyéni fejlődésnek, így hiányuk esetében nehézséget okozhat a betegségekkel való megküzdés, az egészség fokozott kézbe tartása és a tág értelemben vett jó egészségi állapot elérés. Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta és az Egészségügyi Világszervezet 1986-ban elismerte az életkészségek összefüggését a megfelelőbb egészségügyi választásokkal és az élethosszig tartó tanulással, mely keretében elsajátíthatók az általános alapkészségek is. Azok az emberek, akiknek nehéz a társadalmi háttere, vagy tapasztaltak már szociális helyzetükből fakadó hátrányt, ritkán férnek hozzá az élethosszig tartó tanulás lehetőségeihez. Eltekintve a technikai és módszertani ismeretektől, a szociális és egyéni készségek alapvető kulcskompetenciák a felnőttek számára az egyéni szociális és kulturális identitás fejlesztésében és megerősítésében, valamint az egészséget károsító magatartással szembeni fontos védőfaktorainak tekinthetők, így fontos eszközei lehetnek az egészséges életmód kialakításának és a jó életminőség megteremtésének.
- II.** Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében hiányoznak a betegségek megelőzését célzó, országosan szervezett népegészségügyi (emlő, méhnyak- és vastagbélvizsgálat), illetve a szív- és érrendszeri betegségeket megelőző opportunistá szűréseken való részvételre motiváló hatékony egészségkommunikációs kampányok, amelyek magukban foglalják az egészség tudatosságával kapcsolatos kognitív tényezőket (ismeret-szint, értékrend, tévhitek, félelmek stb.) eredményes befolyásolását is. Az elmúlt évtizedben

számos egészség-kampány próbálta ezeket a célokat elérni, azonban e kampányok egy részének nem állt rendelkezésre a kellő szervezettség, média hangsúly és az ehhez szükséges költségvetés, így ezekkel csak részeredményeket sikerült elérni. A kommunikációs tevékenységnek tartalmaznia kell mind kampányszerű elemeket, mind fenntartható egészségnevelési tevékenységeket, amelyek az egészségtudatos és öngondoskodó magatartás kialakításával összefüggő ismeretek és készségek elsajátítását célozzák. A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatásnak, ismeretterjesztésnek befolyással kell lennie a célpopuláció információn alapuló döntésére, ösztönzőleg kell hatnia a szűréssel kapcsolatos hozzáállására. A hátrányos helyzetű településeken élők esetében a hatékony informálás hiánya mellett a szűrések helyszíneire való eljutást biztosító szolgáltatások hiánya is okát képezi az országos átlaghoz képest szignifikánsan alacsony részvételi aránynak.

- III.** A 45-64 korcsoportban tartózkodó férfiak esetében az akut szívinfarktus és a stroke előfordulási aránya szignifikánsan kedvezőtlenebb az országos átlagnál. Az akut szívinfarktus a férfiak esetében nemcsak korábbi életkorban, de lényegesen gyakrabban is jelentkezik, mint a nőknél. A férfiak korai halálózását elemző számos hazai tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy esetükben a halálozás szignifikáns előrejelzője az alacsony iskolázottság, alacsony szubjektív társadalmi helyzet, alacsony személyes és családi jövedelem. A munkával kapcsolatos tényezők közül a biztos munka hiánya, csekély munkahelyi kontrollézés, segéd és betanított munka, depresszió, az élet értelmetlenségének érzete, a házastárstól és a gyermektől kapott társas támogatás hiánya. A háttértényezőket vizsgálva, számos olyan aspektusa változott meg a társadalomnak, ami a férfiak számára különösen fontos. A legszembetűnőbb változás a társadalmon belül egyre nagyobb társadalmi-gazdasági különbségek kialakulása és az ezzel együttjáró társadalmi-gazdasági leszakadás érzése. Feltételezhető, hogy a krónikus stressz az a láthatatlan kéz, amely a középkorú magyar férfiak tragikus korai halálozási arányát okozza. Elsősorban azok kerülnek a kontrollálhatatlan, krónikus stressz állapotába, akik nem rendelkeznek megfelelő megbirkózási képességekkel. (Skrabski 2009) Az

országos helyzethez hasonlóan megyénkben sem működik hatékonyan a megelőzés hálózata, hiányoznak az egészségügyi ellátásokat kiegészítő, kifejezetten a férfiakat megcélzó, az egészséges életmódot propagáló és a megküzdési képességet fejlesztő, közösségi alapú programok.

**IV.** Megyénk egészségügyi ellátórendszerében, az országos helyzethez hasonlóan, egyre súlyosabb válság tünetei mutatkoznak az utóbbi években. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésére szánt egészségügyi ráfordítások összege szignifikánsan alacsony. A megvalósuló beruházások nem átgondoltak, inkább a helyi gazdasági érdekekhez, mintsem a rendszer vagy a lakosság szükségleteihez igazodnak. A jelenleg fennálló egészségügyi szolgáltatói struktúra nem illeszkedik a valós szükségletekhez, így a betegek egy jelentős része az ellátás magasabb szintjén jut gyógyításhoz, mint az szakmailag indokolt lenne. Más része pedig, amely nem akut gyógyítást igényel, hanem folyamatos ápolásra, krónikus kezelésre, rehabilitációs ellátásra szorul, az ilyen típusú intézmények hiánya vagy szűkös kapacitása miatt nem juthat megfelelő, adekvát kezeléshez. A nyújtott szolgáltatások mennyisége nem a lakosság egészségi állapota által meghatározott szükséglet szerint alakul, hanem a szolgáltatások kapacitása és hozzáférhetősége szerint. A finanszírozási gondok a gyógyítás napi gyakorlatában is jelentkeznek, és az általános presztízsvesztés miatt a gyógyítás szakmai színvonala is kezd egyenetlenné és kiszámíthatatlanabbá válni, mert az egészségügyi dolgozók morális tartása is kimerülőben van. (Lepp Gazdag 2004) Az egészségügyi ellátórendszer vizsgálatával foglalkozó szakemberek szerint az egyik legijesztőbb – a rendszer fenntarthatóságát veszélyeztető – probléma, amellyel a magyar egészségügy szembenéz, az orvosok elvándorlása.

A lakosság egészségi állapotának pontos ismerete elengedhetetlen az egészségügyet érintő, de az egészségügy területén kívül eső olyan döntéshez is, amelyeket a lakosság egészségére hatnak. A tartósan megromlott egészségi állapot ugyanis több szempontból is tragikus lehet az egyén számára, hiszen nemcsak magából a betegségből fakadnak hatások (pl. fájdalom), de a betegség következtében az egyén akadályozottá válhat a

munkavégzésben, és szociális közege is megváltozhat. Nehézségei akadhatnak például a társas kapcsolatok kialakításában és fenntartásában. A betegség tehát nemcsak a testi funkciócsökkenés miatt jelent megterhelést az egyén és a társadalom számára, hanem az élet többi területére kiterjedő „kompetenciaérzést” is negatívan befolyásolja, ami jelentősen csökkenti a szubjektív életminőséget, és az egészségi állapot további romlását eredményezheti (Kopp 2009).

## **5. Egészségfejlesztés irányelvek, a megyénkre vonatkozó irányvonalak meghatározása**

*„Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig, mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza.”(Ottawai Charta 1986)*

Az Ottawai Charta alkotta meg a napjainkban is érvényes egészségfejlesztés alapelveit és annak öt területét:

### *1. Egészséget támogató politika.*

Az egészségfejlesztés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein. Ezért összehangolt, az állam minden szervének tudatos közreműködésére van szükség.

### *2. Egészséget támogató környezet.*

A természetes és mesterséges környezet védelme. Ez esetben az élet, a munka és a pihenés hatásaira figyelmeztet. A munkának és a pihenésnek az egészség forrásává kell válnia.

### *3. A közösségi aktivitások erősítése.*

Közösségfejlesztés, közösségi alapú döntéshozatal. A közösségeknek legyen lehetőségük saját sorsukat befolyásolni.

### *4. Az egyéni készségek fejlesztése.*

Egészség-információk, élethosszig tartó tanulás. Ennek értelmében csak egy képzett társadalom képes a saját egészségét befolyásolni.

### *5. Betegellátás irányvonalának újragondolása.*

Alapellátás prevenciós orientáltsága, szakmai képzés, kutatás. Az egészségügyi ellátórendszer feladatának az egészségfejlesztés irányába kell eltolódnia mindamelllett, hogy intézeti és gyógyító ellátást nyújt.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma által elkészített, „Egészséges Magyarország 2014-2020” című egészségügyi ágazati stratégia értelmében a 2014-20-as fejlesztési ciklusra olyan jövőkép fogalmazódott meg, amely a társadalom és az ágazat számára is egyértelművé teszi az egészségügyi rendszer megújításának irányát. A stratégia által megfogalmazott cél a magyar állampolgárok egészségi állapotának javítása, az egészségben eltöltött életevek 2 évvel történő növelése, a fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése, az egészségtudatos magatartás elősegítése, a területi egészség-egyenlőtlenségek csökkentése valamint a társadalmi kockázatközösségen alapuló egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés lehetőségeinek javítása.

A nemzetközi szinten meghatározott egészségfejlesztési alapelvek, a hazai célkitűzések és a megyékre vonatkozó – a tanulmány során felvázolt – egészségügyi problématerképben megfogalmazott kihívások összehangolása révén meghatározhatóvá válnak a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében működő civil szervezetek által követendő, legfőbb egészségfejlesztési irányvonalak:

- a közösségi aktivitások erősítése közösségi szintér alapú (munkahelyi, iskolai, települési) egészségfejlesztési programok szervezése által;
- az általános alapkészségek (egyéni, szociális és önmenedzselő) fejlesztése az élethosszig tartó tanulás keretében, hogy az állampolgárok tevékenyen részt vegyenek a társadalmi-gazdasági életben, hatást gyakorolva arra a közösségre, ahol élnek;
- a népegészségügyi szűrőprogramok hatékonyságának javítása elsősorban lakossági ismeretközléssel, hatékony egészség-kommunikációs kampányok szervezésével, a helyi közösségek fejlesztésével;
- a lelki egészség védelme, fejlesztése az öngyilkosság, a depresszió és a krónikus stressz állapot kialakulásának megelőzését támogató, célzott kisközösségi programokkal, a közösségi gondozói hálózat megerősítésével és a fenntarthatóság biztosításával.

Specifikus szinten egy populáció egészségét a kulturális-, gazdasági-, politikai-, egészségügyi ellátási, fizikai- és társadalmi környezet kölcsönhatásának rendszere alakítja. Lokális szinten (azokon a színtereken, ahol a mindennapi élet folyik) az egészséget a hétköznapi szabadság

megélésének szubjektív érzete, a lakó-, munkahelyi- és természeti környezet, a társas kapcsolatok és társas támogatottság, az anyagi helyzet, az értékek és ismeretek, valamint az egészségügyi ellátó rendszer szolgáltatásainak elérhetősége együttesen biztosítja. (Kishegyi, Solymosy 2009)

## **6. A megyében működő civil szervezetek feladata az egészségfejlesztés területén**

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye lakosságára jellemző egészségi állapot nyomon követésében, a betegségek megelőzésében, felderítésében, kezelésében és rehabilitációjában az egészségügyi ellátórendszer mellett kiemelt szerepe van a megyénkben működő civil szervezeteknek is. Az általuk megvalósított egészségfejlesztő tevékenység az előzőekben meghatározott egészségfejlesztési irányelvek mentén kell, hogy megvalósításra kerüljön, az egészségi állapotban mutatkozó jelenlegi különbségek csökkentését célzó, hatékony egészségtervek kidolgozása révén.

Egészséget fejleszteni mindenhol, minden közösség számára, minden korcsoportban lehet és szükséges, de annak érdekében, hogy a különböző szintereken zajló fejlesztések egymás hatását erősítsék, érdemes az „egészségterv” módszert alkalmazni. (OEFI 2009)

Az egészségterv a nemzetközi és hazai gyakorlatok és tapasztalatok alapján elismert stratégiai keret és módszer, mely lehetőséget ad arra, hogy az egészségfejlesztést végző civil szervezetek számba vegyék, értékeljék és az egészség érdekében a közösség egyéb terveihez igazítva mozgósítsák, hosszú távon fenntartsák a közösség rendelkezésére álló erőforrásokat, lehetőségeket, igényeket és eszközöket. Az egészségterv egyszerre átfogó és összetett, a civil szervezeteken keresztül elérhető közösségek életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgáló terv és program, egy folyamatosan ismétlődő, ciklikus fejlesztési folyamat. Egy jól működő egészségterv módszertanában jelen vannak az esélyegyenlőség, átláthatóság, partnerség, demokratikus működés alapelvei is. Stratégia nélkül a probléma-megoldási helyzetek sokaságában nem lehet hatékonyan működni, a stratégia jelöli ki azokat az irányokat, melyek mentén a működési tevékenységek elemei összeadódnak, összeadóhatnak és így hatásuk felerősödhet. Az egészségfejlesztés stratégiai fejlesztik, alakítják az életmódot, illetve azokat a társadalmi, gazdasági és környezeti viszonyokat, amelyek meghatározzák az egészséget. (Dzsakartai Nyilatkozat 1997)



A felnőttkori egészségi állapot szempontjából kiemelt jelentőségű a gyermek- és ifjúkor, mert ez a korosztály kielégítő testi, lelki fejlődése és teherbíró képessége alapozza meg a felnőttkori egészséget és a felnőtt korúak egészségét jelentősen befolyásoló kedvezőtlen szokások is ebben az életkorban alakulnak ki. Az életmód és egészségbeli ismeretek hiánya leginkább a gyermek- és ifjúkorúak körében jelentkeznek, azonban a felnőtt korban fejtik ki hatásukat. Ezért a lakosság körében szükségessé vált az attitűdbeli változás elérése, mely megvalósításához elengedhetetlen az egészségtudatos magatartás és a pozitív döntéshozatalra való készség elsajátítása. A hagyományos információátadás ehhez nem elég, nemcsak információra van szükség, hanem arra, hogy a hallottakat megértsék, megjegyezzék, adaptálják. A különböző közösségi színtereken (munkahelyi, iskolai, települési) rendszeresen szervezett egészségfejlesztési programok hozzájárulhatnak a megbirkózási képességek fejlesztéséhez, a közösségi aktivitások erősítéséhez és a lakosság értékrendszerének formálásához, amelyben az egészséges életmód központi szerepet kap, és felismerésre kerül az egyéni felelősség kérdése. Az előzőekben megfogalmazottak értelmében tehát olyan színtér alapú egészségfejlesztési programokra van szükség, amelyek a saját élményre építenek, azon keresztül hatnak, így „személyes érdekké” válik az egészség.

Az általános alapkészségek alapvető fontosságúak a saját társadalmi és kulturális identitás kialakításának fejlesztésben és megerősítésben, valamint fontos erőforrások az egészséges életmódnak. Napjainkban sajnálatos módon egyre több ember, különösképpen a hátrányos helyzetű közösségek tagjai esetében tapasztalható az ilyen elengedhetetlenül szükséges készségek hiányossága. Ezek az emberek gyakran tekintik magukat gyengének, alacsony szintű önhatékonyságtól és önbecsüléstől szenvednek az életesemények szervezését és az egészségi állapotukat illetően. Ezért elengedhetetlen fontosságú az alapvető készségfejlesztés lehetőségének biztosítása számukra. Az egyéni, szociális és önmenedzselő készségek befolyásolják motivációjukat arra, hogy tanuljanak, illetve aktívan részt vegyenek saját egészségi állapotuk és életminőségük javításában. A közösség tagjai körében növekszik az önhatékonyság, így a vélhető elvárásoknak megfelelően mérik fel készségeiket és képességeiket, valamint mérlegelik az alternatív megoldások sikerességének lehetőségeit is. Az önhatékonyság az a hit, hogy az ember képes megszervezni és felhasználni a kialakuló helyzetek megoldásához szükséges forrásokat. (Bandura 1986)

Az életkézségeken alapuló oktatás<sup>8</sup> hosszú történetre tekint vissza a gyermekek fejlődésének támogatásában és az egészségfejlesztésben. Az alapkészségek átadása során a szakemberek a gyakorlat orientált, a nem hagyományos módszereket részesítik előnyben, abban a meggyőződésben, hogy az előre meghatározott rendszerek, hagyományos és elismert módszerek vagy a technológiai eszközök a valódi tanulás gátjaként érzékelhetők a társadalmilag hátrányos helyzetű emberek által. Az alapvető készségek képzése nem csupán az oktatási intézmények feladata, hanem minden olyan szervezeté, amely a hátrányos helyzetben lévőkkel foglalkozik. (Pro-Skills 2006) A szociális munka, egészségügy és szabadidő eltöltés területén tevékenykedő civil szervezeteknek fel kell használniuk a célcsoportjaikkal kialakult kapcsolatokat az alapkészségek fejlesztését célzó speciális képzések ajánlása érdekében, valamint több figyelmet kell szentelniük a non-formális képzések előnyeinek.

A daganatok kialakulásában ma már sok kockázati tényező ismert, melyek közül számos az életmódra vezethető vissza (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, stb.). Mindemellett egyéb környezeti, biológiai hatások és a genetikai hajlam is nagy szerepet játszik e betegségek kialakulásában. Helyes életvezetéssel, körültekintő környezetkímélő magatartással, az embert védő munkakörnyezet biztosításával, valamint az ivóvíz, a levegő és az élelmiszerek biztonságának növelésével sokat lehet tenni a rosszindulatú daganatok kialakulása ellen. A civil szervezeteknek – szoros együttműködésben az intézményi keretek között egészségfejlesztési feladatokat ellátó szakemberekkel, akár egészségkoalíciók létrehozása révén – törekedniük kell az országosan szervezett népegészségügyi és a különböző szintereken szervezett opportunist szűréseken való részvételre motiváló, az egészség tudatosságával kapcsolatos kognitív tényezők eredményes befolyásolását is magukban foglaló, hatékony egészség-kommunikációs kampányok kidolgozására és azok sikeres megvalósítására. A kommunikációs tevékenységnek tartalmaznia kell mind kampányszerű elemeket, mind fenntartható egészségnevelési tevékenységeket, amelyek az egészségtudatos és öngondoskodó magatartás kialakításával összefüggő ismeretek és készségek elsajátítását célozzák. A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatásnak, ismeretterjesztésnek befolyással kell lennie a célpopuláció információn alapuló döntésére, ösztönzőleg kell hatnia a szűréssel kapcsolatos hozzáállására. A hátrányos

---

<sup>8</sup> Az életkézségeken alapuló oktatás fogalmát gyakran szinte szinonimaként használják a készség alapú egészségügyi oktatással. A két megközelítés közötti különbség csupán tartalmi, téma szerinti. A készségeken alapuló egészségügyi oktatás középpontjában "az egészség" áll. Az életkézségeken alapuló oktatás a békére való nevelésről, az emberi jogokról, állampolgári ismeretekről és egyéb szociális kérdésekről szól, valamint az egészségügyről. Mindkét megközelítés a reális mindennapi élethez szükséges alapvető tudással, attitűddel, készségekkel foglalkozik, és mindkét esetben interaktív tanítási és tanulási módszereket alkalmaz.

helyzetű településeken élők esetében a hatékony informálás mellett a szűrések helyszíneire való eljutást biztosító szolgáltatások nyújtásával is hozzájárulhatnak a telepszerű körülmények között élők körében kimutatható, az országos átlaghoz képest szignifikánsan alacsony részvételi arány növeléséhez.

Az utóbbi években nyilvánvalóvá vált, hogy számos, népegészségi szempontból kiemelten fontos testi betegségnek alapja, illetve fontos kockázati tényezője mentális természetű. Széles körben felismerik és elismerik, hogy a lelki egészséget meghatározó tényezők többsége az egészségügyi ellátórendszer kompetenciáján kívül esik és hiányoznak a prevenció, az utókezelés és a rehabilitáció feltételei. A mentális egészségproblémákkal kapcsolatos népegészségügyi rendszer intézményrendszere nem felel meg a szükséges szakmai tevékenység által támasztott követelményeknek a korszerű szemléletmód érvényesítésében. A stratégiai tervezés elégtelen, a koordinációs mechanizmusok kialakulatlanok. A lelki egészséggel foglalkozó egészségfejlesztési programok száma csekély, hatékonyságuk mérése, monitorozásuk és értékelésük az esetek többségében nem megoldott. A pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátását biztosító szolgáltatások száma elégtelen, jelentős kapacitáshiányokkal küzdenek. Az átmenet az egészségügyi és a szociális rendszer között rendkívül hiányos. Ezeket a hiányosságokat hivatottak betölteni a civil szervezetek a lelki egészség fejlesztését támogató pályázati források hatékony felhasználásával és az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést elősegítő szolgáltatásos biztosításával. A lelki egészség fejlesztését célzó stratégiák kidolgozására kell koncentrálni, hiszen a krízis állapotban lévők és/vagy depresszióban szenvedők időben történő felismerése és megfelelő ellátása hatékony célként megfogalmazható stratégiának tűnik.

## **Összefoglalás**

Összegezve megállapítható, hogy megyénkben a lakosság halálozásának alakulását legnagyobb súllyal a keringési rendszer betegségei által okozott halálozások befolyásolják. A keringési rendszer betegségei okozta férfi és női halálozások nagy része az ischaemiás szívbetegségek és a cerebrovaszkuláris betegségek miatt következik be. Mindkét nem esetében a második helyen a rosszindulatú daganatos megbetegedések miatti halálozás szerepel. A harmadik helyen áll a férfiak esetében a morbiditás és mortalitás külső okaira visszavezethető halálozás, a nők esetében pedig a légzőrendszer betegségeire visszavezethető halálozás. Az egészségi állapot javulása gyakran olyan folyamatokkal függ össze, amelyek

nem közvetlenül az egészséget célozzák, mint például a gazdasági növekedés, az életviszonyok javulása, a munkanélküliség csökkenése, amelyek együttesen hozzájárulhattak az utóbbi évekre jellemző halálozási mutatók lassú javulásához.

Az egészségfejlesztési tevékenység hatékonyságának növelésében rendkívül fontos szerepe van a civil szervezetek által nyújtott szolgáltatásoknak. Ezen szervezetek holisztikus megközelítésben, komplex egészségfejlesztési módszerek alkalmazásával kidolgozott, szintér alapú egészségfejlesztési programok szervezésével hozzájárulnak a megyénkben élők egészséggel kapcsolatos pozitív irányú attitűdbéli változásához.

### **Felhasznált irodalom:**

Ádány R. (2009): Megelőző orvostan és népegészségtan, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest

Balogh E, R. Fedor A: A szegénység kockázata Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. In. . Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával. R. Fedor A.-Zakor- Broda R. (szerk.)

Bandura A. (1986): Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Bodnár L., Hagymási J. (1980): A cigányok halálozása Szabolcs-Szatmár megye három járásában. Demográfia

Bergo C., Bogdándi I., Carling C., Carius R., Fischer U., Jung C., Kosir M., Michaelis T., Morand-Aymon B., Passa A., Ries J., Szabóné Gombkötő E., Salovaara-Kero A., Talic S., Tonica V., Vimercati N. (2006): PRO-SKILLS Alapvető készségek az élethosszig tartó tanuláshoz, Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT), Luxemburg

Dzsakartai Nyilatkozat, Egészségmegőrzés a XXI. században, Dzsakarta, 1997.

Gyukits Gy., Ürmös A. (1999): A roma nők véleménye egészségi állapotukról és az egészségügyi ellátásukról. Mentálhigiéne és pszichoszomatika

Jávorné Erdei Renáta, R. Fedor Anita, Berencsiné Madácsi Eszter (2104): A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA 5:(12-13) pp. 189-206. (2014)

Jávorné Erdei R, Rusinné Fedor A, Takács Péter (2014): Quality of life and community activities. EURJSEA. 2 (1), 39-45.

Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác (2009): Fejleszthető Egészség, Módszertani útmutató egészségtervekhez OEFI, Budapest

Kósa Zs, Vokó Z, Hajdú P., Ádány R. (2000): A halandóság területi sajátosságai Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, 1994-1996. Népegészségügy

Kósa Zs. (2006): Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése, Debrecen (PhD értekezés)

Kopp M., Skrabski Á. (2009): Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon

Központi Statisztikai Hivatal (2010): Társadalmi helyzetkép 2010

Lepp Gazdag A. (2004): Néhány gondolat az egészségügy reformjáról, ICEG European Center, Budapest

Melléklet a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozathoz (2004): Egészséges Évtizedek Népegészségügyi Program, Budapest

Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság (2011): Újraélesztett egészségügy Gyógyuló Magyarország Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére, szakmai koncepció

Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ. 2002.

Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ, 2003.

Ottawai Egészségfejlesztési Charta, Első Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Ottawa, 1986

R. Fedor Anita (2012): A gazdasági aktivitás lokális jellemzői. Nők és férfiak a munkapiacán. *Acta Med Soc. Különszám:83-98.*

R. Fedor Anita- Balogh Erzsébet (2015): A foglalkoztatás és a munkanélküliség jellemzői a Nyíregyházi járásban In. ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA 6:(18-19) pp. 47-67.

R. Fedor Anita (2015): Szabolcs-Szatmár- Bereg megye foglalkoztatási és munkanélküliségi jellemzői. In. Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával. R. Fedor A.-Zakor- Broda R. (szerk.)

Roma Integráció Évtizede Program Nemzeti Cselekvési terv. 2005-2015. Magyarország [http://www.romaweb.hu/doc/evtizedprogram/ncst/romaevtized\\_cselekvesiterv.pdf](http://www.romaweb.hu/doc/evtizedprogram/ncst/romaevtized_cselekvesiterv.pdf)

Rusinné Fedor Anita (2002): A megyei munkanélküliség jellemzői a rendszerváltozástól napjainkig. *Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle. 37. (1), 64-76.*

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye területrendezési terve, Megalapozó munkarészek, Budapest, 2010.

The Adelaide Statement on Health in All Policies, WHO, Genf, 2010.

Vokó Z. (2011): Az egészségi állapot demográfiai és társadalmi-gazdasági meghatározó tényezői. In: ELEF2009. Tanulmányok I. A lakosság egészségi állapota. KSH, Budapest

KSH, STADAT: 6.1.2. Élveszületések

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_evkozi/e\\_wns001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_wns001.html)

KSH, STADAT: 6.1.3. Halálozások

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_evkozi/e\\_wnh001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_wnh001.html)

KSH, STADAT: 1.5. Halálozások a gyakoribb halálokok szerint (1990–)

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wnh001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html)

KSH, STADAT: 2.5.2. Orvosi, háziorvosi, kórházi, gyógyszerári, fogászati ellátás (1990–)

[http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fea001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fea001.html)

**Bogdándi István:** Szociálpolitikus-egészségfejlesztő, szociális munkás, készségfejlesztő tréner, nemzetközi és magyarországi civil szervezetek aktív tagja

# **A civil szervezetek fejlesztési iránymutatója gyakorlati tapasztalatok alapján**

**Jagasics Béla és Zakor-Broda Rita**

## **Módszertan, előzetes feltételezések**

A felmérés a civil szervezetek foglalkoztatási programokban történő részvételét, társadalmi szerepvállalását, a szociális és az egészség-megőrzési, egészség-védelmi, egészségügyi területen végzett tevékenységét vizsgálta.

A megye helyzetét a jelzett területeken a következők szerint foglalja össze a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Területfejlesztési Konceptió II. kötete (2013. 11. 08.):

- „- *A lakosság egészségi állapota riasztó, az egészségügyi alapellátás komoly hiányosságokat mutat;*
- *az aktivitási ráta rendkívül alacsony, a munkanélküliség magas;*
  - *országosan a legmagasabb a leghátrányosabb helyzetű térségek száma, ahol az emberek jelentős része küzd napi megélhetési problémákkal;*
  - *kiemelkedően magas a szegénységi küszöb alatt élő családok száma (különösen a romák körében) a kistelepüléseken.*”

E megállapítások meggyőzően alátámasztják a vizsgált területeken a civil szektor aktivitásának fontosságát és fejlesztési igényét.

## **A kérdőíves minta alapvető jellemzői**

A kérdőíves kutatásban 50 civil szervezet vett részt, ezek 80 %-a társas szervezet (76 % egyesület, 4 % szövetség), 20 %-a alapítvány. A társas szervezetek a mintában az országos megoszlást messze meghaladják (63 %), és ugyan a megyei megoszlást is, de nem ilyen jelentős mértékben (70 %). A szervezetek székhelyének településtípusa szerint a falusi szervezetek a megyei összesítéssel összevetve felülreprezentáltak. Azonban az elaprózódott tanyaszerkezet, leszakadó hátrányos helyzetű, elszegényedett, kiöregedett települések elterjedtsége a megyében meghatározó, így a reprezentativitás mellett a kiválasztásnál

szempont volt, hogy mind a székhely, mind a településtípus vonatkozásában különböző nagyságbeli szervezetek is bevonásra kerüljenek, a felülreprezentáció az alábbiak alapján indokolt:

- a hátrányos helyzetű települések életében kiemelten fontos a civil szervezetek jelenléte, tevékenysége;
- a megye hátrányos helyzetű részein a helyi gazdaság hajtóereje hiányában fejlesztés csak külső pályázati források bevonásával történhet, erre a pályázatok odaítélésénél, mint horizontális szempontra tekintettel kell lenni, mivel csak így tudunk hatékonyan hozzájárulni a regionális különbségek csökkentéséhez.

Fentiek alapján határoztuk meg a kérdőíves lekérdezés mintáját, amelyet az 1. és 2. ábra foglal százalékarányos bemutatás formájába:

**1. ábra**

	<i>Megyeszékhely</i>	<i>Más város</i>	<i>Község</i>	<i>Össz.</i>
<i>A megye teljes civil szférájában</i>	34	33	33	100
<i>A mintában</i>	22	28	50	100

Forrás: Nonprofit szervezetek Magyarországon, 2013. (Sebestény István szerk.) KSH, Budapest, 2015.

**2. ábra**

	<i>Helyi</i>	<i>Megyei</i>	<i>Regionális</i>	<i>Országos</i>	<i>Nemzetközi</i>	<i>Össz.</i>
		<i>Regionális</i>		<i>Általános</i>		
<i>A megye teljes civil szférájában</i>	53	32		15		100
<i>A mintában</i>	22	44	16	14	4	100

Forrás: Nonprofit szervezetek Magyarországon, 2013. (Sebestény István szerk.) KSH, Budapest, 2015.

A civil szervezetek nagyobb része több tevékenységet is végez párhuzamosan.

A megkérdezett szervezetek legfontosabb tevékenységi körei:

- kulturális és információs, kommunikációs tevékenység;
- oktatási, kutatási tevékenység;



- szociális tevékenység;
- sporttevékenység, szabadidős és hobbi-tevékenység.

A megyei szervezetek pénzügyi forrásait összevetve az országos átlagjellemzőkkel láthatjuk, hogy a megyei szektor az átlagnál nagyobb arányban jut állami támogatáshoz, viszont kevésbé tudja a magánadományozókat megszólítani, feltételezhetően kevesebb erre az objektív lehetősége is. Ugyancsak visszafogottan teljesít a gazdálkodási tevékenységek körében.

**3. ábra**

	<i>Állami</i>	<i>Magán-</i>	<i>Alap-</i>	<i>Gazdálkodási</i>	<i>Egyéb</i>	<i>Összesen</i>
	<i>támogatás</i>		<i>tevékenység bevétele</i>			
<i>Megye teljes civil szférája</i>	41,7	12,1	15,4	30,0	0,8	100,0
<i>Országos átlag</i>	35,2	20,7	26,0	17,4	0,7	100,0

Forrás: Nonprofit szervezetek Magyarországon, 2013. (Sebestény István szerk.) KSH, Budapest, 2015

Megyei szinten a szervezetek 25 %-a vett részt pályázatokon és nyert el támogatást, amely a megyék rangsorában előkelő helyet biztosít.

### **A civil szektor általi foglalkoztatottság jellemzői, problémák és megoldási javaslatok a munkanélküliség csökkentésére**

A civil szervezetek gazdaságfejlesztő tevékenységének egyik fontos típusa a foglalkoztatási programok ellátása, az azokban való részvétel. A megkérdezett szervezetek saját humán erőforrással (foglalkoztatottakkal) történő rendelkezése részben párhuzamos a foglalkoztatási programok végzésével, hiszen saját személyierőforrás-szükségletüket e programok keretében oldják meg, egészítik ki.

A mintában szereplő szervezetek egybehangzó véleménye szerint működésük biztosításához fontosak az EU támogatási programok, azonban a pályázati rendszer bonyolultsága, illetve a megfelelő minőségű pályázatok elkészítéséhez szükséges humán erőforrások bevonásának nehézségei miatt, csak 19 %-uknak sikerült az elmúlt 5 évben az Európai Unió által támogatott programokban részt venniük. A sikeres pályázatok között jelleg szerinti megoszlásában vezető helyen állnak a foglalkoztatási programok.

A mintában szereplő szervezetek 29 %-ánál dolgoznak a (nem fizetett) tagok mellett foglalkoztatottak. Összesen a megyében 6537 számított főállású személyt foglalkoztat a szektor (foglalkoztató szervezetenként átlagosan 14 főt), ehhez 526 megbízási díjas szerződéssel foglalkoztatott munkavállaló társul. Mindez – Budapestet és Pest megyét leszámítva – a legmagasabb megyei arányt produkálja az országban. Igaz azonban, hogy a munkaerő-koncentrációs ráta alacsony, vagyis főleg a részmunkaidős, nem főállású munkavállalók száma magas. Az egy főre jutó éves átlagbér ennek megfelelően nagyon alacsony (1.218.000 Ft). A munkavállalók bérét, juttatásait a megkérdezett szervezetek 26 %-a saját forrásból biztosítja, 74 %-uk pályázati forrásból.

A mintában szereplő szervezetek 36 %-a a közérdekű önkéntes tevékenységről szóló 2005. évi LXXXVIII. törvény alapján regisztrált önkéntes-fogadó szervezet. Feltételezhetjük, hogy kihasználva e lehetőségeiket, foglalkoztatnak is önkénteseket (megyei szinten 2343 „közérdekű” önkéntes segíti a fogadó civil szervezetek tevékenységét).

A kérdőíves megkérdezett szervezetek 37 %-a vett részt a Strukturális Alapok támogatta foglalkoztatási programban, egyéb foglalkoztatási programokkal együtt azonban a szervezetek 44 %-a. A programokba főként nőket vontak be (62 %). A résztvevők iskolai végzettsége gyakoriság szerint elsősorban középfokú, az e szempontból hátrányosabb helyzetűeket (8 és ez alatti általános iskolai osztály) ritkábban fogadják.

A hátrányos helyzetű munkavállalói csoportok közül a programokban résztvevők a következő gyakorisági csoportokba tartoztak:

- *pályakezdők*
- *25 év alattiak*
- *romák*

- *kisgyermekes nők*
- *megváltozott munkaképességűek*
- *50 év feletti*

A foglalkoztatási programokban résztvevők gyakoriság szerint a következő munkaterületeken tevékenykedtek:

- *adminisztráció,*
- *szakmai részfeladatok elvégzése,*
- *háttérmunka (dokumentációk készítése, sajtófigyelés stb.),*
- *kisegítő, technikai tevékenységek (plakátolás, pakolás stb.),*
- *kisebbségi, önálló feladatok elvégzése,*
- *nagyobb szakmai, önálló feladatok elvégzése,*
- *kommunikáció segítése (pl. honlap feltöltése, sajtóanyag-előkészítés),*
- *önállóan kitalált feladatok megoldása,*
- *eddig elmaradt apróbb feladatok elvégzése.*

A foglalkoztató szervezetek úgy látják, a munkanélküliek munkaerő-piaci helyzetét döntően az alulképzettség akadályozza – ahogy erre az ellátott feladatok zöme is rámutat –, amely jelenti az alapvető kompetenciák hiányosságait és a szakképzettség hiányát, majd a megfelelő munkahelyek korlátozott számát említik, valamint a munkavállalói felkészületlenséget, a motiváció hiányát.

A civil szervezeteknél történő foglalkoztatással kapcsolatos állítások közül egyértelmű pozitívumként fogadják el, hogy a programok hozzájárulnak a foglalkoztatott személyek munkatapasztalatainak növekedéséhez, valamint munkavállalói kompetenciáik szinten tartásához, fejlesztéséhez. Ugyancsak általános az elfogadottsága annak, hogy a civil foglalkoztatásban való részvételt lehetőségként élik meg az álláskereső.

A foglalkoztatási programok hatékonyságát visszaveti a civil szféra forráshiányossága, 11 szervezet nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt 5 évben a foglalkoztatási szükségleteikhez mérten megfelelő mennyiségű elérhető program állt rendelkezésükre. Tevékenységüket a pályázati és

egyéb foglalkoztatási programok stimulálják, a személyes-szervezeti kapcsolatok, az eseti tőkeinjekciók és a civil szervezetek aktivistáinak elhivatottsága erősítik.

### ***Társadalmi felzárkóztatási programok***

A civil szervezeteknek a szociális problémák területén végzett tevékenysége, társadalmi szerepvállalása széles spektrumon mozog, a leggyakoribb témák a gyermek- és ifjúságvédelem, a hátrányos helyzetű családok védelme és jólétének elősegítése, a munkanélküliek, fogyatékosokkal élők és időskorúak támogatása. A célcsoportok között meghatározó a gyerekek, fiatalok (33%), a családosok (20%), a fogyatékosok (10%) és mentális betegek aránya (9%), ezzel szemben a célcsoport tagjainak népességi arányához viszonyítva kisebb súllyal jelennek meg a nők (7%), illetve a nemzeti, etnikai kisebbségeket támogató kezdeményezések (6 %).

A civil szervezetek hátrányos helyzetűekre irányuló aktivitása kevésbé a direkt és speciális ismereteket, eljárásokat igénylő kezelési módszereket alkalmazza:

- *társadalmi aktivitás fokozása, közösségépítés* 67 %,
- *adománygyűjtés* 27 %,
- *rehabilitációs programok* 6 %.

Főként a rendezvényszervezés eszközeivel élnek (közösségépítő és sportrendezvények), oktatási, ismeretátadási alkalmakat szerveznek hátrányos helyzetű rétegek számára, tehetséggondozási programokat indítanak, adománygyűjtést végeznek, közmunka-programokban vesznek részt. Ennek megfelelően az általuk biztosított szolgáltatás döntően természetbeni (34 %) és életviteli (34 %), és mindössze 2 %-ban anyagi (pénzbeli) jellegű. Ki kell emelni, hogy a saját költségvetés túlnyomó része támogatási formában érkezik a civil szervezetekhez, az adományozók között mind magánszemélyek, mind önkormányzatok, mind a céges szféra képviselői megtalálhatók.

A szociális problémák megoldásában ellátott civil szerepkörre vonatkozó állítások körében kimagaslóan igénylik a területen a civil jelenlét erősítését, amelyet azonban túlnyomó részük csak a támogatások – állami támogatások – növelésével tart megoldhatónak. Úgy látják, fel

tudják vállalni azokat a speciális helyzeteket is, amelyekkel szemben a standard kezelőrendszerek hatástalanok vagy nem hatékonyak.

A szociális területen szerepet vállaló civil szervezetek jószérivel egyetlen nehezítő tényezőjének a forráshiányt tekintik. A munkájukat megkönnyíti az, hogy ezen a területen hagyományosan jó eséllyel lehet igénybe venni az önkéntesek munkáját, időről-időre rendelkezésre állnak pályázati források is, illetve a kiépített kapcsolatrendszerük jelentős töketényező.

### ***A civil szektor egészség-megőrzési és betegség-megelőzési tevékenysége***

A megkérdezés során a szűkebben vett egészségügyi területre koncentráltunk, hiszen a témakörben jószérivel az összes sport, mozgásos, kulturális, környezetvédelmi stb. szervezet tevékenysége hatással lehet közvetlen vagy áttételes módon. A megkérdezett szervezetek döntően azokon az egészségügyi területeken tevékenykednek, amelyek zömükben nem kívánnak fizikai (medikális) beavatkozást vagy speciális szakképesítést:

- *egészségnevelés/fejlesztés (életvezetési tanácsok, információk, programok)* 29 %,
- *közösségi támogatás* 23 %,
- *prevenció (szűrések stb.)* 19 %,
- *mentális segítség* 13 %,
- *rehabilitáció (gyógytorna stb.)* 6 %,
- *szükségletfeltárás* 6 %,
- *gyógyítás* 2 %,
- *érdekvédelem* 2 %.

Az egészségügyi ellátások típusai szerint a szervezetek a leginkább a betegség-megelőzés, egészségnevelés (46 %), az egészséges környezet (18 %), a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése (14 %) téma területéhez kapcsolódnak.

Tervszerű, átgondolt stratégiával (egészségterv) a területen tevékenykedő szervezetek 81 %-a nem rendelkezik, amely bizonyos mértékig azt is mutatja, hogy nem ez a terület a fő profiljuk.

Azok a szervezetek építették föl stratégia alapján portfóliójukat, amelyek eddig részt vettek olyan egészségprogramban, amely ennek kidolgozását megkövetelte.

Itt különösen kiemelkedő lehet a civil szervezetek szerepe, hiszen jól működő, helyi kis egységek összekapcsolásával lehet csak olyan rugalmas, a változó körülményekhez jól alkalmazkodó rendszereket létrehozni, amelyek helyi szinten képesek reagálni az aktuális egészségügyi kihívásokra, illetve ezek kezelésére hatékony válaszokat adnak. Sajnos a különálló kezdeményezések közötti kapcsolati háló, illetve koordináció hiánya jelentős probléma, amelyet csak további civil kezdeményezésekkel lehet orvosolni, ezért fontosak az ezen a területen már elindított úttörő kezdeményezések.

A tevékenység végzése során nehezítő tényezőként említik meg a forráshiányt, a területet megcélzó pályázatok szűkösségét, valamint az eszköz- és szakemberhiányt, amely csak bizonyos típusú tevékenységek ellátására teszi képessé őket. Jelentősen segítené ezeket a szervezeteket, ha partnerségben az egészségügyi fenntartókkal és szakemberekkel, együttműködésben tudnának megvalósítani célzott egészség-programokat, amelyek prevenciós és egészségnevelési részterületein hatékonyan képesek közreműködni.

### ***Irányelvek meghatározása (TOP- EFOP kapcsolódási pontok a civil szféra számára)***

A 2014-2020 közötti Európai Támogatási Program, az Európa 2020 stratégia a rendelkezésre álló források elköltésének szétaprózódását elkerülendő, az európai gazdaság számára három növekedési prioritást (intelligens, fenntartható és inkluzív növekedés) határoz meg, és új elemként ezek megvalósítását öt számszerűsített célhoz köti. Az Európai célok a tagállami vállalatokon keresztül teljesülnek. A hazai vállalatokat az alábbiak szerint foglalhatjuk össze:

1. a 20-64 éves népesség *foglalkoztatási rátájának 75 %-ra emelése*, többek között a fiatal, az idősebb, illetve az alacsony képzettségű munkavállalók nagyobb mértékű foglalkoztatása, valamint a legális migránsok fokozottabb integrációja révén;
2. a *kutatás-fejlesztés* feltételeinek javítása úgy, hogy ezen a területen a köz- és a magánszféra beruházásainak együttes mértéke elérje a *GDP 1,8 %-át*;
3. az *üvegházhatást okozó gázok kibocsátásának az 2005-es szinthez képest 10 százalékos csökkentése*, a megújuló energiaforrások arányának *14,65 %-ra való*

növelése a teljes energiafogyasztásban, illetve az energiahatékonyság jelentős növelése (EU szintű célkitűzés 20 %);

4. a képzettségi szint javítása, különösen törekedve arra, hogy *kevesebb mint 10 %-ra mérséklődjön a korai iskolaelhagyás aránya* és egyidejűleg legalább *30,3 %-ra nőjön a felsőfokú vagy annak megfelelő végzettséggel rendelkező 30-34 éves korúak aránya*;

5. a társadalmi befogadás elősegítése, mindenekelőtt a szegénység csökkentése révén, *legalább 450.000 ember kiemelésével* a kirekesztődés fenyegetettségéből Magyarországon.

A magyar Kormány a fenti célkitűzéseket nemzeti koordinálású (pl.: EFOP, KEHOP), illetve helyi, regionális koordinálású (TOP) operatív programok megvalósításával kívánja elérni.

***Az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP)*** stratégiai célja, hogy elősegítse a társadalmi befogadást, befektessen az oktatásba, ezáltal növelje a foglalkoztatást, ösztönözze a technológiai fejlődést és az innovációt. Ennek megfelelően az Európa 2020 Stratégia: 1, 2, 4 és 5 számszerűsített célok teljesítéséhez szükséges humán infrastruktúra fejlesztésre koncentrálnak.

***A Terület- és Településfejlesztési Operatív Program (TOP)*** fő küldetése, hogy olyan kisebb léptékű helyi (város, települési), illetve regionális (megyei) koordinálású kezdeményezéseket támogasson, amelyek alulról felfelé építkezve segítik az Európa 2020 stratégia öt céljának elérését.

A támogatáspolitikai civil szervezetek szempontjából fontos újítása, hogy a közösség vezérelt helyi fejlesztések támogatását horizontális prioritásként valamennyi operatív programba be kellett építeni, így lehetőség van különböző támogatási célok (pl.: humán, területfejlesztés, foglalkoztatás, környezetvédelem stb.) egy projekten belül történő összekapcsolására. Ezt a LEADER kezdeményezés tovább fejlesztéseként célszerű értelmezni, ahol a helyi akció csoportok akár már városi környezetben is lehetőséget kaphatnak komplex fejlesztési céljaik megvalósításának.

Az Európa 2020 stratégia céljaiból közvetlenül következik, hogy:

- Az EFOP program keretében támogatásra kerülő főbb témák a humán infrastruktúra fejlesztése:
  - foglalkoztatottság növelésével,
  - a kutatásfejlesztési tevékenység kiterjesztésével,
  - a hátrányos helyzetű csoportok felzárkóztató oktatásának támogatásával,
  - felsőoktatási rendszer fejlesztésének,
  - illetve a társadalmi kirekesztődés csökkentő, megakadályozó programok megvalósítása a párhuzamosan a helyi identitás erősítésén, illetve az egészségmegőrzés támogatásának kiterjesztésével.
- A TOP program szintén tartalmazza valamennyi fenti törekvést, azonban ezeket kisebb mértékben, a helyi igényekhez (város, településfejlesztés) igazodva képzele megvalósítani. A TOP program a humán infrastruktúra fejlesztést kiegészíti a környezetvédelmi, különös tekintettel az energiahatékonyság, illetve megújuló energiák elterjesztésének fokozásával.

A civil szektor sajátos lehetősége az önkéntesség szervezése, biztosítása erőforrásként, amely egyben komoly szemléletformáló tényező is. Különösen fontos, kiemelt szerephez juthat a civil szektor

- az értékteremtő szociális gazdaság kialakításának segítségével, amely a nyílt munkaerő-piacon versenyképtelen rétegek számára adhat komoly esélyeket,
- a leszakadó csoportok reintegrációja terén,
- az egészség- és környezettudatos magatartásminták kialakításában,
- a fenntarthatóságot támogató kultúra, a fenntartható társadalom szempontjából pozitív értékek, erkölcsi normák és attitűdök erősítésében.

Fentiek figyelembe vételével, az EFOP és TOP prioritások közül a kutatásfejlesztés, a felsőoktatási rendszerek fejlesztése nem tartozik kifejezetten a civil szféra tevékenységi körébe. Megvizsgálva továbbá a TOP környezetvédelmi prioritásait, megállapíthatjuk, hogy ezen fejlesztések célzott közönségének leginkább az önkormányzatokat, illetve azok közösségi intézményeit tekinthetjük.



A TOP prioritásokkal kapcsolatban megállapíthatjuk továbbá, hogy fő pályázóként szinte valamennyi esetben a helyi önkormányzatot, vagy a megyei jogú várost jelölik meg az intézkedések. Ennek háttérében valószínűleg az áll, hogy az átfogóbb, akár infrastrukturális beruházást tartalmazó kezdeményezéseket civil szervezetek egyedül nem képesek vállalni szolgálatuk maradéktalan teljesítése mellett, ezért ilyen esetekben civil-önkormányzat partnerségi együttműködések kialakítása preferált. Ez természetesen a pályázati forrásokra történő konzorciális igényléseket is jelenti. Vagyis az ilyen pályázatok során törekedni kell a formális (önkormányzati) és nem formális (civil) közösség szervezési és irányítási formák kapcsolatának fejlesztésére. A prioritásokból következő lehetőségek, feladatok az Összegzésben kerülnek bemutatásra.

## **Összefoglaló javaslatok**

Szabolcs-Szatmár-Bereg megye stratégiai programjának helyzetértékelése megállapította, hogy a megyében a társadalmi-gazdasági-szociális problémái egymást erősítve jelentkeznek, jelentős területekre kiterjedve a megye bizonyos részeinek szegregálódását eredményezik. Ezért a megyei stratégia a „Szolidáris megye” átfogó cél körében megfogalmazza, hogy: *„A társadalom bizonyos rétegeinek leszakadása területi válsággócokat hozott létre, ebből eredően ezeknek a területeknek a felzárkóztatása szorosan összekapcsolódik a helyi társadalom felzárkóztatásával. Ez egy komplex foglalkoztatási, lakhatási, oktatási, szociális és integrációs kérdés, melyre ennek megfelelően integrált választ kell adni.”<sup>9</sup>*

Jelen tanulmány, illetve ezzel kapcsolatban a civil szféra körében elvégzett kérdőíves felmérés eredménye is azt mutatja, hogy a civil szféra fontos szerepet tölthet be a „Szolidáris megye” átfogó célkitűzés megvalósításában, a helyi civil szervezeti rendszer ugyanis:

- hiánypótló közösségi szolgáltatásokat szervez meg,
- rugalmasan alkalmazkodik a változó körülményekhez,
- komplex módon közelít a szociális kérdések megoldásához, összekapcsolva a szociális integrációt a lakhatás, oktatás, és foglalkoztatás kérdésével,

---

<sup>9</sup> Forrás: Szabolcs-Szatmár-Bereg megye stratégiai programja, link: <https://www.nth.gov.hu/hu/tevekenysegek/megyek-es-megyei-jogu-varosok/szabolcs-szatmar-bereg-megye/megyei-terletfejlesztési-koncepció>

- fentiekén túl az önkéntes munkának köszönhetően a működés is költséghatékonyabban oldható meg, mint ugyanazon feladatok formalizált intézményeken keresztül történő finanszírozása.

A feladatok hatékony ellátásához szükséges források biztosításnak egyik lehetősége a magán, önkormányzati és civil támogatási források további bevonása, amely már most is jelentős szerepet tölt be a civil finanszírozásban.

Fontos megállapítás azonban, hogy a megye magángazdaságának, vállalkozói szektorának elmaradottsága, illetve a hátrányos helyzetű települések magas száma miatt ezen források bevonása korlátokba ütközik. Fentiek miatt kiemelten fontos, hogy a megye civil szektorának egyre jelentősebb részét helyzetbe hozzuk a pályázati források elérésében.

Amennyiben azonban a hiányzó forrásokat Európai Uniós támogatással kívánjuk kiegészíteni, akkor a célrendszert az Európa 2020 stratégia számszerűsített célkitűzéseivel kell kapcsolnunk, figyelembe véve a Kormány által a hazai Operatív Programokban meghatározott prioritásokat.

Fentiek alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy az EFOP, TOP preferált civil témái:

- foglalkoztatottság növelése,
- a hátrányos helyzetű csoportok felzárkóztató oktatásának támogatása,
- illetve a társadalmi kirekesztődés csökkentő, megakadályozó programok megvalósítása párhuzamosan a helyi identitás erősítésén, illetve az egészségmegőrzés támogatásának kiterjesztésével.

Ezek a civil fejlesztési irányok összhangban vannak a már korábban elindult civil kezdeményezésekkel, mint ahogy azt a kérdőíves felmérés eredménye is alátámasztja.

Fentiekén túl a TOP prioritásokban való sikeres elindulás feltétele a civil-önkormányzati együttműködés formáinak fejlesztése, kiterjesztése. Az EU elvárásokkal összhangban az ilyen alulról építkező, szervezetközi együttműködések legjobb gyakorlata a közösség vezérelt helyi fejlesztések megvalósításán keresztül történik, amelynek főbb állomásai az alábbiak:

- meg kell határozni, hogy mit szükséges megváltoztatni,
- együttműködést kell kialakítani azokkal az emberekkel, akik segíthetnek elérni a változást,
- meg kell határozni a határokat (mi az amit még reálisan fel tudunk vállalni)
- a helyi emberek bevonásával, azok igényeinek figyelembe vételével kell meghatározni, hogy milyen stratégiával lehet eljutni a kívánt változáshoz,
- erre tekintettel lehet kialakítani a szükséges formális együttműködés struktúráit (civil-önkormányzat, civil-civil, civil-magán, stb.)
- a kialakított struktúrához hozzá kell igazítani a felvállalt feladatok határait,
- csak ezt követően lehet összeállítani egy megalapozott akció tervet, és pályázatot
- a megvalósítás részeként létre kell hozni egy rendszert, amely folyamatosan nyomon követi, hogy hol tartunk, és vajon jó irányba megyünk-e a kívánt változás elérése érdekében. így szükség esetén a korábban kidolgozott stratégiát hozzá lehet igazítani a valós eseményekhez.

Annak érdekében, hogy a megye civil szervezetei az elérhető Európai Unió forrásokhoz hozzá jussanak, illetve ezt minél hatékonyabban kihasználják, elengedhetetlen olyan átfogó megyei kezdeményezések elindítása, amelyek a szervezetek belső struktúrájának, eljárásrendjének, stratégiai látásmódjának megerősítését és profilírozását célozzák.

([http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/informat/2014/guidance\\_clld\\_local\\_actors.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/guidance_clld_local_actors.pdf))

### **Felhasznált irodalom**

A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Területfejlesztési Program területi hatásvizsgálata. Nyíregyháza, 2014.

Kadét Ernő - Varró Gabriella: A roma lakosság hozzáférése az uniós fejlesztési forrásokhoz Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében. TASZ, Budapest, 2010. március.

Nonprofit szervezetek Magyarországon, 2013. (Sebestény István szerk.) KSH, Budapest, 2015.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye Integrált Területi Programja 2014-2020. 2015. 08. 31.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye Operatív Programja. 2014. 09. 18.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye Stratégiai Programja. 2014. 09. 18.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Civil Stratégia. 2014.

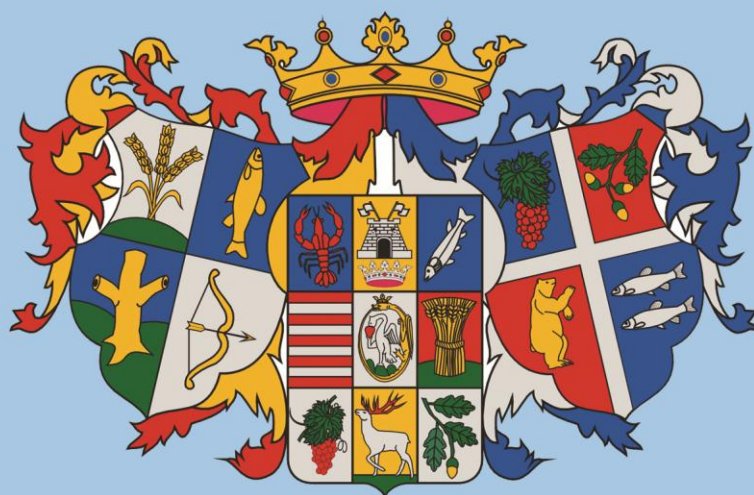
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Területfejlesztési Konceptió, I. kötet. 2012. 11. 19.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Területfejlesztési Konceptió, II. kötet. 2013. 11. 08.

TANDEM - TANuljunk DEMokráciát a közös sikerért! A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat, a Kelet-Magyarországi Fiatalokért Alapítvány és a Helyi Mérték Alapítvány konzorciumának pályázata. Kutatási jelentés. Napfelkelte Alapítvány – I-Stat Consulting KFT, 2014.

**Jagasics Béla:** szociológus, civil szervezeti aktivista, kutató

**Zakor-Broda Rita:** humánpolitikus, művelődésszervező, civil fejlesztési tanácsadó,



MAGYAR  
PROGRAM

**SZÉCHENYI** 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

**Európai Unió**  
Európai Regionális  
Fejlesztési Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**