

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/334824418>

A magánbiztosítás lehetséges szerepe a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának elősegítésében

Chapter · October 2009

CITATIONS

0

READS

132

4 authors, including:



László Vértesy

Budapest University of Technology and Economics

95 PUBLICATIONS 9 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



ontological formalism of the act of family support in Hungary [View project](#)



[Share](#) | [Contribute](#) | [know](#) [View project](#)



ÁLLAMI
SZÁMVEVŐSZÉK
KUTATÓ INTÉZETE

A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata

Tanulmány

2009. október

**Állami Számvevőszék
Kutató Intézete**

**A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere
társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata**

Budapest, 2009. október

A tanulmány az alábbi az Intézet által megrendelt résztanulmányok felhasználásával készült:

dr. Klauber András: „A megváltozott munkaképességű emberek orvosi rehabilitációjának néhány kérdése”

Lechnerné Vadász Judit: „A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásának hatékonysága és eredményessége”

dr. Vértesy László: „A magánbiztosítás és lehetséges szerepe a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának elősegítésében”

A tanulmányt írta, illetve szerkesztette és a kutatást vezette:

dr. Pulay Gyula

A kiadásért felelős: dr. Pulay Gyula főigazgató

A kézirat lezárva: 2009. szeptember 30.

Állami Számvevőszék Kutató Intézete

ISBN 978-963-88187-5-1

Tartalomjegyzék

Vezetői összefoglaló	5
Bevezetés	13
1. A támogatási rendszer célcsoportjának meghatározása.....	15
1.1. A fogalom-meghatározások rendszerezése	15
1.2. A célcsoport mérete, jellemzői, összetétele.....	19
2. A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi- gazdasági hatékonyságának kritériumai.....	23
2.1. Mikor éri meg megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztatni?	23
2.2. Az integrált foglalkoztatás előnyben részesítésének célszerűsége.....	25
3. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása rendszerének főbb jellemzői, ellentmondásai.....	27
3.1. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának jelenlegi hazai rendszere.....	27
3.1.1. Az akkreditált munkáltatónál történő foglalkoztatás.....	27
3.1.2. A védett szervezeti szerződéssel folytatott foglalkoztatás	31
3.1.3. Nem akkreditált munkáltatóknál történő integrált foglalkoztatás	31
3.2. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatási rendszerének rövid bemutatása	33
3.2.1. Adóalapot csökkentő jogcímek	33
3.2.2. A Munkaerőpiaci Alapból nyújtott támogatások	33
3.2.3. Az állami költségvetés terhére nyújtott támogatások.....	35
3.3. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatási rendszerének ellentmondásai.....	36
4. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatási rendszere átalakításának irányai.....	41
4.1. A megváltozott munkaképességű személyek integrált foglalkoztatásának elősegítése, mint alapvető célkitűzés	41
4.2. A megváltozott munkaképességű személyek integrált foglalkoztatása elősegítésének lehetőségei.....	42
4.2.1. A nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás fenntartása a fogyatékosná válás (az egészségkárosodás) bekövetkezte után.....	43
4.2.2. A munkaerőpiac „hozzáférhetővé” tétele.....	45
4.2.3. A nyílt munkaerő-piaci elhelyezkedés elősegítése köztes munkahellyel	47
4.2.4. A nyílt munkaerőpiacon való közvetlen elhelyezkedés elősegítése	49
4.3. Munkáltatói érdekeltség megteremtése	50
4.4. A foglalkozás rehabilitációval kapcsolatos megállapítások és javaslatok összefoglalása	52
5. A komplex rehabilitáció, kiemelten az orvosi rehabilitáció fejlesztésének lehetőségei	53
5.1. A komplex rehabilitáció fogalma és legfontosabb elemei	53
5.2. Az orvosi rehabilitáció fejlesztésének néhány kulcskérdése.....	57
5.2.1. Az orvosi rehabilitáció fogalma, jelentősége	57
5.2.2. Az orvosi rehabilitáció megszervezésének célszerű struktúrája.....	58
5.2.3. Az orvosi rehabilitáció finanszírozásának problémái, a megoldás iránya.....	60
5.2.4. Az orvosi rehabilitáció humán erőforrásokkal való ellátottsága	63
5.2.5. A gyógyászati segédeszköz-ellátás problémái, a tovább lépés lehetséges irányai.....	65
5.2.6. Az orvosi rehabilitáció hiányosságainak összefoglaló értékelése, javaslatok	68

6. A magánbiztosítás lehetséges szerepe a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának elősegítésében.....	71
FELHASZNÁLT IRODALOM	77
M E L L É K L E T E K.....	81
1. sz. melléklet: Fogyatékoság, súlyos fogyatékoság különféle jogosultságok esetén	83
2. sz. melléklet: Összefoglaló adatok a rehabilitációs munkahelyteremtés 1999-2008. évi eredményeiről.....	89
3. sz. melléklet: A megváltozott munkaképességű álláskeresők elhelyezkedését segítő program eredményei	89
4. sz. melléklet: Az (orvosi) rehabilitációval kapcsolatos fogalmak.....	91
Az Állami Számvevőszék Kutató Intézetének (ÁSZKUT) eddig megjelent tanulmányai	95

Vezetői összefoglaló

1. A munkaképesség megőrzésére fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről szóló ÁSZ-jelentésnek az ÁSZ elnöki értekezletén történő megvitatása során fogalmazódott meg az az igény, hogy Intézetünk kutatási módszerekkel szélesebb társadalmi-gazdasági összefüggések alapján is elemezze a megváltozott munkaképességű személyek támogatására fordított pénzeszközök hatékonyságát. Ennek alapján megkezdett kutatásunk során elsősorban azokat a támogatásokat tekintettük át, amelyeket az aktív korú fogyatékos vagy egészségkárosodott személy (vagy az őt foglalkoztató munkáltató, illetve neki szolgáltatást nyújtó szervezet) annak kompenzálására kap, hogy akadályozott a munkavégzésben. Kutatásunk kiterjedt a komplex rehabilitáció egész folyamatára, mivel a sikeres munkába állásnak előfeltétele az egészségkárosodást követően minél hamarabb megkezdett célirányos rehabilitáció.
2. A támogatások társadalmi-gazdasági hatékonyságát elsődlegesen a foglalkoztatás szempontjából ítéljük meg. Az egészségkárosodás, fogyatékoság miatt munkavégző képességük egy részét elveszítő aktív korú emberek társadalmi reintegrációját ugyanis az szolgálja leginkább, ha olyan komplex rehabilitációban részesülnek, amely megmaradt munkavégző képességeikre építve ismét teljes értékű munka végzésére teszi őket alkalmassá. Következésképpen az ilyen személyek támogatására fordított közpénzek felhasználását akkor tekinthetjük társadalmi-gazdasági szempontból a legeredményesebbnek, ha azok ezt a célt szolgálják. Természetesen a hatékonysághoz az is szükséges, hogy ezt a célt a még szükséges legkevesebb erőforrás felhasználásával valósítsák meg.
3. A különböző jogszabályok a megváltozott munkaképességű személy fogalmát eltérő tartalommal határozzák meg. A Foglalkoztatási törvény általános definíciója szerint az a megváltozott munkaképességű személy, aki testi vagy szellemi fogyatékos, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.¹ A törvény felhatalmazása alapján egy kormányrendelet² tételesen meghatározza azt a célcsoportot, amelynek foglalkoztatása esetén a munkáltató támogatást kaphat. E személyi kör számít be a törvényben meghatározott foglalkoztatási kötelezettségbe is. A rendelet a (súlyos) fogyatékos személyt automatikusan megváltozott munkaképességűnek tekinti. Az egészségkárosodott személyek csak akkor minősülnek megváltozott munkaképességűnek, ha az egészségkárosodásuk (munkaképesség-csökkenésük) egy bizonyos mértéket meghalad.
4. Nem állnak rendelkezésre pontos adatok arról, hogy Magyarországon hány olyan megváltozott munkaképességű személy él, akinek munkába helyezéséhez vagy munkahelye megtartásához támogatásra lenne szükség. A tanulmányunkban feldolgozott adatok alapján a támogatások potenciális célcsoportja az alábbiak szerint írható körül:
 - a. azok a megváltozott munkaképességű munkavállalók, akiknek a foglalkoztatása után a munkáltató támogatásban részesül (60-65 ezer fő);
 - b. azok a megváltozott munkaképességű munkavállalók, akiket a munkáltatók a foglalkoztatási kvóta teljesítése érdekében foglalkoztatnak (számuk ismeretlen);

¹ A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 58.§ (5) bekezdés m) pont.

² A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról szóló 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet és a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról.

- c. az álláskeresőként regisztrált megváltozott munkaképességű személyek (40-45 ezer fő);
- d. a rehabilitációs járadékban részesülők (jelenleg néhány ezer fő, de számuk rövid időn belül 15-20 ezerre emelkedhet);
- e. az egészségkárosodott személyek járadékaiban részesülők közül azok, akiknek elhelyezkedésük érdekében együtt kell működniük az Állami Foglalkoztatási Szolgálat illetékes kirendeltségével (jelenleg néhány ezer fő, de számuk néhány év alatt 50-60 ezer főre emelkedhet);
- f. a munkaerőpiacról kiszorult, aktív korú egészségkárosodott személyek, akik megfelelő színvonalú társadalombiztosítási vagy szociális ellátással nem rendelkeznek (számuk 100 ezer fő körülire becsülhető).

A felsorolt részsokaságok között átfedések lehetnek. Ennek figyelembevételével a támogatási rendszer potenciális célcsoportjának mérete 250-300 ezer főre becsülhető, szemben a jelenleg éves szinten foglalkoztatást segítő támogatásban, illetve szolgáltatásban részesülő 110-130 ezer fővel.

5. A magyar államháztartás a GDP mintegy 3 százalékát fordítja az aktív korú személyek rokkantsági nyugdíjának és egészségkárosodási járadékainak finanszírozására. A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszerét akkor tekinthetnénk társadalmi-gazdasági szempontból hatékonynak, ha az eredményesebben szolgálná a foglalkoztatást, és kisebb hányadot kellene jövedelempótlásra fordítani.
6. Mikor tekinthetjük a foglalkozási rehabilitációt eredményesnek? Tanulmányunk a sikeres rehabilitáció három alapesetét különbözteti meg:
 - a. a teljes rehabilitációt, amikor a megváltozott munkaképességű személy a rehabilitáció befejezése után további segítség nélkül az egészségesekkel azonos termelékenységű munkát tud végezni;
 - b. a részleges rehabilitációt, amikor a megváltozott munkaképességű személy normál munkakörülmények között tud dolgozni, de a rehabilitáció befejezése után is rendszeres segítséget igényel a munkavégzéshez és csak az egészségeseknél alacsonyabb termelékenységű munkát képes végezni;
 - c. a védett foglalkoztatást igénylő rehabilitációt, amelynek során a megváltozott munkaképességű személyt alkalmassá tették egyszerűbb munkák elvégzésére, de fogyatékosága, illetve egészségkárosodásának súlyossága miatt csak védett környezetben és az átlagostól elmaradó termelékenységgel tud dolgozni.

A három alapeset megkülönböztetése a támogatások hatékonysága szempontjából rendkívül fontos, mivel

- a teljesen rehabilitált személy további foglalkoztatása rendszeres támogatást nem igényel,
- a csak részlegesen rehabilitált személy további foglalkoztatásához rendszeres támogatásra van szükség,
- a harmadik esetben a személy további foglalkoztatása csak rendszeres támogatás mellett és védett körülmények között lehetséges.

A fenti osztályozásból következik, hogy a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatásának elsősorban arra kellene irányulnia, hogy az egészségkárosodott (fogyatékos) személyek integrált foglalkoztatás keretében minél

nagyobb arányban a teljes rehabilitáció szintjét érik el. Amennyiben viszont ez objektív okok miatt nem lehetséges, akkor méltányos a foglalkoztatás folyamatos támogatását, illetve a védett munkakörülményeket biztosítani.

A magyar támogatási rendszer legsúlyosabb hiányossága az, hogy a sikeres foglalkoztatási rehabilitációnak ezen alapeseteit nem különbözteti meg. Az integrált körülmények között megvalósuló teljes rehabilitációhoz nem nyújt megfelelő támogatást, ugyanakkor bőkezűen támogatja a részleges rehabilitációt, illetve a védett foglalkoztatást. Ezáltal ellenérdekeltséget is teremt a teljes rehabilitációval szemben. A sokelemű és esetenként túlságosan nagyvonalú támogatási rendszer napjainkra pénzügyileg fenntarthatatlanná vált. A Kormány 2009. szeptember 1-jétől felfüggesztette az akkreditáció, illetve a rehabilitációs bértámogatás iránti új igények befogadását.

7. A tanulmány bemutatja, hogy a jelenleg rendelkezésre álló költségvetési előirányzatokból lényegesen több megváltozott munkaképességű személy munkába helyezését lehetne támogatni, ha
 - a foglalkoztatás nagyobb arányban integrált formában valósulna meg,
 - a védett szervezeti foglalkoztatást védett foglalkoztatással vagy szociális foglalkoztatással lehetne felváltani,
 - a szabályozás a megváltozott munkaképességű személy rehabilitációs szakaszának lezárultakor megkövetelné a rehabilitációs intézkedés értékelését, és a támogatás időszakának meghosszabbítását csak abban az esetben tenné lehetővé, ha a súlyosan egészségkárosodott (fogyatékos) munkavállaló annak ellenére sem képes átlagos teljesítménnyel, önállóan dolgozni, hogy a munkáltató a szükséges rehabilitációs intézkedéseket megtette.
8. A támogatási rendszer megváltoztatása mellett nagyon fontos azoknak a szabályoknak az megalkotása, illetve kiterjesztése, amelyek az egészségkárosodást szenvedett munkavállalót és munkáltatóját a foglalkoztatás fenntartására készítik. Jelenleg az a tipikus, hogy az egészségkárosodást követően a sérült személy felhagy a munkavégzéssel, inaktívvá válik, majd állapota stabilizálódását követően megkísérel rokkantsági ellátásának megtartása mellett dolgozni. Hatékonyabb a rokkantnyugdíjazás megelőzése, azaz az egészségkárosodott emberek benntartása a foglalkoztatásban mindaddig, amíg rehabilitációjuk nem indul meg. Ezt a célt szolgálta a rehabilitációs járadék bevezetése. A szabályozás azt preferálja, hogy a rehabilitációs járadékban részesülő személy rehabilitációjára és további foglalkoztatására a meglévő munkáltatójánál kerüljön sor. Ennek érdekében a Munka Törvénykönyve felmondási védelmet biztosít a rehabilitációs járadékban részesülő személynek. Rehabilitációs járadékra azonban csak azok jogosultak, akik legalább 50 százalékos egészségkárosodást szenvedtek, azaz a munkajogi védelemből kiesnek a kevésbé egészségkárosodott, következésképpen nagyobb eséllyel rehabilitálható dolgozók. Célszerű lenne a védelmet rájuk is kiterjeszteni.
9. A Munka Törvénykönyve felhatalmazza a Kormányt arra, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozók alkalmazására, foglalkoztatására vonatkozó szabályokat rendeletben megállapítsa. E kormányrendeletnek elsősorban azt az eljárást (feladatsort) kellene leírni, amelyet a munkáltatónak le kell folytatnia akkor, ha valamely dolgozója egészségkárosodása miatt nem tudja eredeti munkakörét betölteni. Egy ilyen tartalmú kormányrendelet megalkotásával párhuzamosan a Munka Törvénykönyvének módosításával célszerű lenne előírni, hogy a dolgozót egészségügyi alkalmatlanság címén akkor lehet csak elbocsátani, ha a munkáltató a kormányrendeletben rögzített feladatsort

igazoltan teljesítette, és ennek ellenére munkavállalója rehabilitációját saját szervezetén belül nem tudta megoldani.

A munkáltatók rehabilitációs tevékenységének erősítéséhez arra lenne szükség, hogy több szakmai segítséget kapjanak a teljes rehabilitációt lehetővé tevő munkakör kialakításához és a munkahely szükséges átalakításához. Az ezt elősegítő rehabilitációs tanácsadással célszerű lenne kibővíteni az Állami Foglalkoztatási Szolgálat által nyújtott munkaerőpiaci szolgáltatások körét.

10. A korábban munkát nem végző vagy egészségkárosodása miatt a munkából hosszabb ideje kiesett megváltozott munkaképességű személyek számára – az Európai Unió szakkifejezését használva – hozzáférhetővé kell tenni a munkaerőpiacot. Ez többek között azt jelenti, hogy

- elérhetőek-e számukra az Állami Foglalkoztatási Szolgálat (ÁFSZ) szolgáltatásai,
- vannak-e speciális, az igényeikhez igazodó munkaerőpiaci szolgáltatások,
- tudnak-e piacképes képzettséget szerezni?

A magyarországi helyzet ismeretében a fenti kérdésekre csak néhány esetben adhatunk igenlő választ. Az 1990-es évek második felétől kezdve a foglalkozási rehabilitáció prioritást kapott a munkaügyi központok tevékenységében. Igen komoly eredmények születtek az ÁFSZ épületeinek fizikai akadálymentesítése terén. Minden megyében foglalkozási rehabilitációs munkacsoportot, majd Rehabilitációs Információs Centrumot hoztak létre. A későbbiekben azonban a sok egyéb prioritás miatt a foglalkozási rehabilitáció kiemelt kezelése is viszonylagossá vált. A szolgáltatások eredményessége is ezt tükrözi: a 2001-ig tartó gyors felfutás után 2004-ig még javultak a mutatók. Ettől kezdve azonban stagnálás, sőt némi visszaesés következett be mind a szolgáltatásban részesülők, mind a sikeresen elhelyezkedők számát illetően. A képzés és az átképzés, amelyek elvileg a foglalkozási rehabilitáció legfontosabb eszközei, 2008-ra marginálissá váltak.

Az elmúlt években az Európai Unió és magyar állam (közalapítványok) támogatásával számos civil szervezet hozott létre speciális munkaerőpiaci szolgáltatásokat a fogyatékos emberek különböző csoportjai részére. Ugyanakkor a fogyatékos emberek számára kidolgozott szolgáltatási modellek standardizálása elmaradt. A munkaügyi központok és a civil szervezetek együttműködése esetleges. A munkaerőpiac hozzáférhetővé tételének szempontjából előbbre lépést jelentene, ha a számos eddigi kísérleti modell, program és módszer közül a sikeresnek bizonyultakat a minisztérium standardizálná és országsszerte elérhetővé tenné a munkaügyi központokban vagy a munkaügyi központokkal szerződésben álló külső szolgáltatóknál. EU támogatásból ennek a pénzügyi fedezete rendelkezésre áll.

11. Az integrált foglalkoztatás elősegítésének másik kulcskérdése a munkáltatók érdekeltségének megteremtése. A munkáltatók jelentős része az akkreditációval együtt járó terheket túlzottnak érzi az elérhető támogatásokhoz képest. Az akkreditáció feltételeit úgy kellene megállapítani, hogy ne néhány száz, hanem több ezer munkáltató vállalja az akkreditációt. (Természetesen ehhez meg kell teremteni a támogatás pénzügyi feltételeit is.) Az egyszerűsítésre több lehetőség is kínálkozik:

- az akkreditáció egészének lényeges egyszerűsítése, a feltételek könnyítése, különösen az alaptanúsítvány megszerzésekor,
- egyszerűsített akkreditációs alaptanúsítvány bevezetése,
- egyes munkakörök akkreditálásának lehetővé tétele.

A költségvetési szervek az akkreditációból és a költségvetési támogatásból is ki vannak zárva, holott a fogyatékos emberek foglalkoztatásának egy fontos terepét jelentik. Indokolt intézkedési csomag kidolgozása a fogyatékos emberek költségvetési intézményi foglalkoztatásának elősegítésére.

12. 2007-ben megszületett az a jogi szabályozás és fokozatosan kiépül az az intézményrendszer, amely a rehabilitációs járadékra jogosult személyek komplex rehabilitációjához szükséges. Ez mintául szolgálhat a megváltozott munkaképességű személyek más csoportjainak rehabilitációja számára is. A tanulmány a komplex rehabilitáció folyamatának bemutatása alapján azt hangsúlyozza, hogy a komplex rehabilitáció egy tervszerű, koordinált, a személyes szükségletekhez igazított, munka- és költségigényes folyamat. Ezért érthető, hogy kezdetben csak az egészségkárosodott személyek egy szűkebb körére került bevezetésre. Szükséges ugyanakkor, hogy komplex rehabilitációs modell eredményeit és hiányosságait a szakemberek folyamatosan értékeljék, és ennek alapján kialakítsanak egy olyan komplex rehabilitációs rendszert, amely alkalmas évi 50-70 ezer megváltozott munkaképességű ember rehabilitációját, majd munkába állását hatékonyan segíteni.
13. A komplex rehabilitációs rendszer kialakításának egyik kulcskérdése az orvosi rehabilitáció fejlesztése. A komplex rehabilitáció folyamatának az egyik gyenge pontja, hogy az csak a rehabilitációs járadék megállapítása után kezdődik el. További nehézség, hogy a komplex rehabilitáció koordinálásáért felelős munkaügyi szervek érdemben nem tudják befolyásolni az orvosi rehabilitáció folyamatát, holott az eredményes orvosi rehabilitáció a foglalkozási rehabilitáció tényleges megkezdésének előfeltétele.
14. Az orvosi rehabilitáció problémáit és fejlesztésének lehetőségeit a tanulmány a struktúra, a finanszírozás és a humán erőforrás metszetei mentén tárgyalja. A struktúrával összefüggésben megállapítja, hogy jelenleg nincs valódi progresszív ellátás. Az egyes rehabilitációs osztályok közötti különbséget egyedül a finanszírozásuk közötti eltérés jelenti. Ezt azonban az osztályok szakmai, tárgyi és személyi feltételeinek különbsége határozza meg, és nem az ellátott betegek állapota, fogyatékoságuk súlyossága, rehabilitációjuk nehézsége, a ráfordítási szükséglet. További probléma, hogy összemosisódik a rehabilitáció a hosszan tartó ápolással, a karbantartó kezeléssel, a szanatóriumi ellátással. A tanulmány a Rehabilitációs Szakmai Kollégium javaslata alapján amellet érvel, hogy az orvosi rehabilitációban a valódi progresszivitást megvalósító háromszintű ellátásra lenne szükség: alapellátás, regionális (esetleg megyei) fekvő- és járóbeteg ellátás, speciális rehabilitációs ellátás országos (esetleg nagytérségi) szinten.

A rehabilitációban is a diagnózis határozza meg az ellátottak finanszírozását és nem az állapotuk, pedig az állapot alapján igen különböző lehet a rehabilitációs szolgáltatások típusának és mennyiségének szükségessége. Megoldás lehet az, ha az aktív ágyak finanszírozásához alkalmazott HBCS (Homogén Betegség Csoport) helyett un. HRCS-t (Homogén Rehabilitációs Csoport) vezetnénk be a rehabilitációs ellátás finanszírozásában. Ezzel a rehabilitáció finanszírozása az aktív és a krónikus finanszírozás között lenne, ami jobban tükrözné a rehabilitációs szolgáltatások valós finanszírozási szükségletét is.

15. A valódi rehabilitáció szakember-igényes szakma. Ennek ellenére Magyarországon minden szakemberből hiány van. Ez a hiány az
 - abszolút hiányból (nincs elég szakember, és nem is képződnek megfelelő számban) és

- relatív hiányból (megfelelő mennyiségben képződnek, de elsősorban anyagi megfontolásból az egészségügyi intézmények nem alkalmazzák őket megfelelő számban és időben) adódik.

Abszolút hiány van rehabilitációs szakorvosból és ápolóból, inkább relatív a hiány mozgásterapeutából, szociális munkásból, pszichológusból, logopédusból, ergoterapeutából. Ugyanez a helyzet mondható el a többi nem orvos szakemberről is. Rövid időn belül pozitív változásokra, e változások megalapozására van szükség.

16. A tanulmány részletesen elemzi a gyógyászati segédeszköz-ellátás helyzetét. A mihamarabb megoldandó feladatoknak az alábbiakat sorolja fel:

- befogadási rendszer egyszerűsítése,
- támogatott eszközcsoportok felülvizsgálata,
- támogatási alapelvek felülvizsgálata,
- orvosi rendelhetőség, indikációk felülvizsgálata,
- kölcsönzés, tartós használatba adás,
- keretösszegű támogatás bizonyos termékek esetében (pl. nedvszívók),
- segédeszközök besorolása (katalógus),
- jogszabályi háttér átgondolása (ellenőrzés),
- a rendszer folyamatos működtetése, kontrollja.

17. Az orvosi rehabilitáció összességében egy alulfinanszírozott, struktúrájában rosszul felépített, területileg egyenetlen elosztású hiányszakma, ahol anyagi érdekek miatt zajlik a pontvadászat mind a rehabilitációs szorzókért, mind a betegekért, annak ellenére, hogy

- nő a rehabilitáció iránti valós igény,
- igen sokat költünk a rehabilitációs rendszerre, amely összegnek a megtérülése, érvényesülése a jelenlegi rendszerben kérdéses,
- sok rehabilitációs ágy van az országban, amelyek egy része csak nevében az,
- a szakemberek terén kettős a hiány, általánosságban szakember hiány van, és a meglévő szakemberek többségének szemlélete sem megfelelő.

Elemzésünk összefoglaló következtetése az, hogy az orvosi rehabilitáció jelenlegi rendszere egyáltalán nem garantálja, hogy az érintett személy a szükséges rehabilitációs szolgáltatásokat megkapja. Az orvosi rehabilitációnak ezek a problémái azt eredményezik, hogy a sérült emberek jelentős része nem kerül munkavállalásra kész állapotba. Ez az objektív hiányosság is hozzájárul ahhoz, hogy a fogyatékosá váló, illetve az egészségkárosodott emberek inkább keresik a biztonságot jelentő társadalombiztosítási, illetve szociális ellátást, mint a teljes értékű foglalkozási rehabilitációt.

18. A tanulmány arra a kérdésre is keresi a választ, hogyan lehetne a magánbiztosítást jobban bekapcsolni a rehabilitáció elősegítésébe. A rehabilitáció iránti igény jelentős részben közlekedési és egyéb balesetek következtében történik. A közlekedési balesetet szenvedők többsége a kötelező gépjármű felelősségbiztosítás (KGFB) kapcsán kap valamilyen térítést a kárt okozó gépkocsivezető biztosítójától, mások pedig az általuk vagy munkáltatójuk által fizetett balesetbiztosítás keretei között juthatnak hozzá kártérítéshez, egyéb juttatáshoz, ha baleset éri őket. Következésképpen a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának elősegítésében potenciálisan leginkább szerepet játszó magánbiztosítási ágazatok a balesetbiztosítás, illetve a felelősségbiztosítás.

A tanulmány ezen ágazatok magyarországi biztosítási piacának áttekintése alapján azt vizsgálta, hogy a biztosítási termékek tartalmazzak-e a rehabilitációval összefüggő

elemeket. A következtetés az, hogy a piacon található biztosítási termékek rendkívül mostohán kezelik a rehabilitációt. A munkaképesség megváltozást nem veszik figyelembe, közömbösek a korábban végzett tevékenységébe történő lehető legteljesebb visszailleszkedését illetően. A szolgáltatásoknál az egyösszegben történő kifizetés a cél, mivel a járadék mértéke később megváltoztatható, ami rendszerint emelést jelent. A biztosító minél hamarabb szeretne szabadulni kötelezetti, helytálló helyzetéből, így nem érdekelt abban, hogy ügyfelét minél jobban segítse az eredményes felépülésben. Egyelőre csak egy-két speciális módozat esetében találkozunk rehabilitációnak mondható megoldással, de az a társadalombiztosítási rendszerhez nehezen vagy egyáltalán nem illeszkedik.

A magánbiztosítások egyre jelentősebb összegeket fizetnek ki a balesetet szenvedett emberek részére. Ezek az összegek becsatornázhatóak lennének a rehabilitáció finanszírozásába. Erre azonban ma csak az érintett egyén döntése alapján van lehetőség, azaz a magánbiztosítótól kapott pénzt saját rehabilitációjára felhasználhatja.

19. A rehabilitáció mögött meghúzódó társadalmi érdek kapcsán célszerű lenne a magánbiztosítást intézményesen is bekapcsolni a rehabilitáció finanszírozásába. Például a drága segédeszközök térítési díjának átvállalása hozzájárulhatna ahhoz, hogy drágább, de korszerűbb termékek is elérhetőek legyenek a rehabilitációra szoruló biztosítottak számára. Emellett végig kellene gondolni, melyek azok a rehabilitációs szolgáltatások, amelyeket az állam csak egy bizonyos értékhatárig, esetszámig tud finanszírozni, és efelett célszerűnek és méltányosnak tartja a magánbiztosítók szerepvállalását. Van két olyan terület, a KGFB, valamint a tanulók balesetbiztosítása, ahol az állam, mint a biztosítás általános feltételeinek meghatározója, illetve mint a szolgáltatás megvásárlója közvetlenül is hatást tud gyakorolni a biztosítási szolgáltatások alakítására. Egyéb esetekben kísérleti programok közös megvalósításával, pénzügyi ösztönzők alkalmazásával segíthetné elő a magánbiztosítók bekapcsolódását a rehabilitáció kiegészítő jellegű finanszírozásába.

Bevezetés

Az Állami Számvevőszék 2007-ben ellenőrizte a munkaképesség megőrzésére fordított pénzeszközök hasznosulását. Az erről szóló jelentésnek³ az ÁSZ elnöki értekezletén történő megvitatása során fogalmazódott meg az az igény, hogy Intézetünk kutatási módszerekkel szélesebb társadalmi-gazdasági összefüggések alapján is elemezze a megváltozott munkaképességű személyek támogatására fordított pénzeszközök hatékonyságát.

A hivatkozott ÁSZ jelentés lezárását követően a kutatás témakörét érintően nagyon jelentős jogszabályi változások történtek:

- 2008. január 1-től megváltozott a munkaképesség-változás minősítésének rendszere. A szakértői bizottságok már nem a munkaképesség-csökkenés, hanem az egészségkárosodás mértékét határozzák meg, és bizonyos esetekben, komplex minősítés keretében sor kerül a szakmai munkaképesség változásának és a rehabilitálhatóságnak a megállapítására is.
- A rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény 2008. január 1-jétől társadalombiztosítási ellátásként egy új keresetpótló juttatást vezetett be, amelynek célja elsősorban az egyén megmaradt és fejleszthető képességeire épülő rehabilitáció lehetőségének megteremtése, ezáltal az egészségkárosodást szenvedett személyek visszavezetése a munkaerőpiacra. A törvény felhatalmazása alapján a Kormány a komplex rehabilitációról szóló 321/2007. (XII. 5.) Korm. rendeletben megállapította a rehabilitáció részét képező szolgáltatások körét, a rehabilitációval kapcsolatos eljárási szabályokat, az együttműködésre, a rehabilitációs megállapodás megkötésére, a rehabilitációs tervre vonatkozó előírásokat.
- A 2007. évi XCII. törvény kihirdette a fogyatékkal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezményt és az alkalmazásához kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyveket.
- 2008. január 1-jétől a kormány újraszabályozta az egészségkárosodott személyek szociális járadékait. Ennek egyik kulcsfontosságú eleme az, hogy azok a rendszeres szociális járadékban részesülő személyek, akik rehabilitációra alkalmasak szervezett segítséget kapjanak a munkaügyi központoktól újbóli munkába állásukhoz.
- 2008. január 1-jétől megváltozott a rokkantsági nyugdíj és a szociális járadékok folyósítása melletti foglalkoztatás szabályozása, amelyet a korábban megállapított ellátások esetén 2009. január 1-jétől, illetve 2010. január 1-jétől kell alkalmazni.
- 2008. augusztus 26-án hatályba lépett a Bizottság 800/2008/EK rendelete a Szerződés 87. és 88. cikke alkalmazásában a támogatások bizonyos fajtáinak a közös piaccal összeegyeztethetővé nyilvánításáról. A rendelet valamennyi tagállamban teljes egészében kötelező és közvetlenül alkalmazandó. A rendelet azonban csak nagyvonalú szabályokat tartalmaz és a részletszabályokat illetően tág teret ad a nemzeti jogalkotásnak. Következésképpen a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának támogatásával kapcsolatos hatályos magyar jogszabályokat⁴ felül kellett vizsgálni és módosítani kellett.⁵

³ 0731 ÁSZ jelentés a munkaképesség megőrzésére fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről.

⁴ A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról szóló 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet és a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerőpiaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható támogatásokról szóló 6/1996. (VII. 16.) MüM rendelet.

⁵ A hivatkozott kormányrendelet módosítására 2009. augusztus végén a költségvetési keretek betarthatósága érdekében ismét sor került. Ezzel a tanulmányunkban szintén részletesebben foglalkozunk.

A mindennapos szóhasználatban gyakran keveredik a fogyatékos (fogyatékkal élő), az egészségkárosodott, a rokkant és a megváltozott munkaképességű személy fogalma. A fogalmak tisztázását nehezíti, hogy az egyes jogszabályok is másként határozzák meg azt, hogy az adott jogszabály alkalmazása szempontjából kit tekintenek a felsorolt négy kategóriába tartozó személynek. Tanulmányunk első fejezetében részletesen foglalkozunk **a célcsoport lehatárolásának kérdéskörével**, mivel egy támogatási rendszer hatékonyságát csak akkor lehet megítélni, ha pontosan tudjuk kit, milyen szükségletei kielégítése érdekében akar az állam támogatni. Itt a bevezetőben csak annyit érdemes kiemelni, hogy a megváltozott munkaképesség fogalma a foglalkoztathatóság szempontjából fogalmazza meg a fogyatékos, illetve az egészségkárosodás miatti akadályozottságot.

Tanulmányunkban a megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszerén elsősorban azokat a támogatásokat értjük, amelyeket az aktív korú fogyatékos vagy súlyosan egészségkárosodott személy (vagy az őt foglalkoztató munkáltató, illetve neki szolgáltatást nyújtó szervezet) annak kompenzálására kap, hogy akadályozott a munkavégzésben. Kutatásunk azonban kiterjedt a komplex rehabilitáció egész folyamatára is, mivel a sikeres munkába állásnak előfeltétele az egészségkárosodást követően minél hamarabb megkezdett eredményes rehabilitáció.

E támogatási rendszer társadalmi-gazdasági hatékonyságát elsődlegesen a foglalkoztatás szempontjából ítéljük meg. Az egészségkárosodás, fogyatékos, illetve akadályozott munkavégző képességük egy részét elvesztő aktív korú emberek társadalmi reintegrációját ugyanis az szolgálja leginkább, ha olyan komplex rehabilitációban részesülnek, amely megmaradt munkavégző képességeikre építve ismét teljes értékű munka végzésére teszi őket alkalmassá. Következésképpen az ilyen személyek támogatására fordított közpénzek felhasználását akkor tekinthetjük társadalmi-gazdasági szempontból a legeredményesebbnek, ha azok ezt a célt szolgálják. Természetesen a hatékonysághoz az is szükséges, hogy ezt a célt a még szükséges legkevesebb erőforrás felhasználásával valósítsák meg.

A társadalmi-gazdasági hatékonyság vizsgálatát annak **a kritériumrendszernek a meghatározásával kezdjük, hogy mit tekintünk sikeres foglalkozási rehabilitációnak.** Ezt követően a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának formáit, az ezekhez nyújtható támogatásokat abból a szempontból elemezzük, hogy azok jól szolgálják-e a foglalkozási rehabilitáció sikerességét. A következő lépésben a komplex rehabilitáció folyamatát tekintjük át, azt vizsgálva, hogy az mennyire járul hozzá az érintettek munkaerőpiaci reintegrációjához. Kiemelten foglalkozunk az orvosi rehabilitáció témakörével. Végül egy fejezetet szentelünk annak a kérdésnek, hogy a magánbiztosítás miként járulhat hozzá a balesetet szenvedett emberek eredményes rehabilitációjához. A helyzet bemutatása mellett a 4-6. fejezetek végén felvázoljuk a továbblépés lehetséges irányát, illetve több konkrét javaslatot is megfogalmazunk.

1. A támogatási rendszer célcsoportjának meghatározása

Kutatásunk során azt a kérdéskört vizsgáltuk, hogy társadalmi gazdasági szempontból mennyire tekinthető hatékonyak az állami támogatásoknak, szolgáltatásoknak az a halmaza, amely az egészségi oknál fogva munkavégzésében akadályozott, de munkavégzésre alkalmassá tehető (rehabilitálható) személyek foglalkoztatását hivatott elősegíteni. A kérdés megválaszolásához tudnunk kellene, kik ezek a személyek, hozzávetőlegesen hányan lehetnek, és milyen segítségre lenne szükségük a munkában maradáshoz, illetve a munkába álláshoz. Sajnos e kérdésekre nem lehet egyértelmű választ adni, mivel az említett célcsoportot leginkább megközelítő fogalmakat (fogyatékos, egészségkárosodott, megváltozott munkaképességű) a különböző jogszabályok eltérő tartalommal definiálják, következésképpen más-más számokat eredményeznek az egyes jogszabályok alkalmazásához kapcsolódó adatgyűjtések is. Ezért ebben a fejezetben előbb megpróbáljuk rendszerezni a különböző fogalmakat. Ezt követően bemutatjuk, hogy a különböző fogalom-meghatározások alapján kik lehetnek, lehetnének a vizsgált támogatások célcsoportjai.

1.1. A fogalom-meghatározások rendszerezése

A rendszerezés kiinduló pontjául azt a definíciót választottuk, amit az Európai Bizottság határozott meg 800/2008/EK rendeletében, amely a Szerződés 87. és 88. cikke alkalmazásában a támogatások bizonyos fajtáinak a közös piaccal összeegyeztethetővé nyilvánításáról szól. E rendeletnek külön cikkelyei foglalkoznak a fogyatékkal élő munkavállalók foglalkoztatása támogatásának speciális szabályaival. Ezért a rendeletnek meg kellett határoznia, hogy alkalmazása szempontjából kit kell fogyatékkal élő személynek tekinteni. A rendelet 2. cikk 20. pontja értelmében „fogyatékkal élő munkavállaló”: bármely olyan személy

- aki a nemzeti jog szerint fogyatékosnak elismert; vagy
- aki elismerten fizikai, elmebeli vagy pszichológiai károsodásban szenved.

Következésképpen a közösségi jog a célcsoport pontos meghatározásának lehetőségét a nemzeti jog hatáskörébe utalja, azzal, hogy két alcsoportot különböztet meg: a fogyatékosnak elismertek alcsoportját, valamint azon személyek alcsoportját, akiket a nemzeti jog nem minősít fogyatékosnak, de egészségkárosodásukat elismeri. A magyar jog ezt a logikát követi, azaz e tekintetben könnyen beilleszthető a közösségi szabályozás rendszerébe. Ugyanakkor a magyar terminológia a két alcsoportot együtt megváltozott munkaképességű munkavállalóknak nevezi, és ezáltal nincs összhangban a nemzetközi terminológiával, amely ugyanerre a kategóriára a „fogyatékkal élő személy” elnevezést használja. Nézzük meg tehát először azt, hogy magyar jog kit tekint fogyatékos, illetve egészségkárosodott személynek, majd pedig azt, hogy e két csoportból hogyan alkotja meg a megváltozott munkaképességű személy fogalmát.

A fogyatékos személy fogalma

Széleskörű szakmai konszenzus van atekintetben, hogy fogyatékos embernek azt a személyt tekintjük, akinek végleges, az egész életére kiható testi, értelmi, érzékszervi (különösen látás-, hallás, mozgásszervi) károsodása, korlátozottsága van, amely tartós hátrányt jelent számára a társadalomban való aktív részvétele gyakorlásában, és hátrányai kompenzációjához külső segítségre (segítő személy, segédeszköz, speciálisan kialakított környezet) van szüksége. A fogyatékos személy testi funkcióiban és struktúrájában károsodás, eltérés, veszteség, hiány áll

fenn, s ezáltal tevékenységében akadályozottá, részvételében korlátozottá vált. Ugyanakkor az utóbb említett akadályozottság és korlátozottság nem csak az egészségi állapottól függ, hanem annak környezeti és személyes tényezők is okai lehetnek.⁶ Ezen a felismerésen alapszik a fogyatékoság szociális modellje, amely szerint a fogyatékoság nem személyes probléma, hanem emberjogi kérdés, amelynek megválaszolása társadalmi összefogást igényel. Megfelelő környezeti módosításokra van szükség annak érdekében, hogy a fogyatékos emberek is részt vehessenek a társadalmi élet minden területén.

A fogyatékoság fenti, általános definícióját azonban a magyar jogszabályok nem veszik át teljes mértékben, és a különböző jogszabályok eltérő tartalommal határozzák meg az adott jogszabály alkalmazása szempontjából fogyatékosnak minősülő személyek körét. Az egyes jogszabályok alkalmazása szempontjából az eltérő definíciók gyakran indokolhatóak, hiszen a fogyatékoságból eredő korlátozottságok az élet különböző területein más-más súlyosságúak lehetnek. Például a közlekedésében súlyosan akadályozott mozgássérült ember munkaképessége bizonyos szakmákban teljes értékű lehet. Az **1. sz. mellékletben** részletesen ismertetjük a különböző definíciókat, itt most csak a foglalkoztatás szempontjából leglényegesebb fogalom-meghatározásokat emeljük ki.

Szélesen határozza meg a fogyatékkal élő személyek körét a fogyatékkal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény: „minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”⁷ Tekintettel arra, hogy a hivatkozott ENSZ Egyezményt és az alkalmazásához kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyveket a 2007. évi XCII. törvény kihirdette és az hatályba lépett, az Egyezmény szerinti definíció a magyar jog részévé vált.

Ugyanakkor a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Ftv.) 4.§ a) pontja szerint fogyatékos személy az, aki érzékszervi - így különösen látás-, hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációjában számottevően korlátozott és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során. A törvénynek ehhez a definíciójához kapcsolódnak a fogyatékoság hivatalos elismeréséhez (minősítéséhez, igazolásához) kapcsolódó jogszabályok is. E jogszabályok az elismerten fogyatékos személyek körét a mozgássérültekre, látássérültekre, hallássérültekre, értelmi fogyatékosokra, halmozottan sérültekre, autistákra korlátozzák. Ennek eredményeként nem számítanak elismerten fogyatékosnak a mindennapi életet befolyásoló belgyógyászati, pszichiátriai stb. károsodással (pl. asztmás, cukorbeteg, epilepsziás) élő személyek. Ők súlyos szervezeti egészségkárosodásuk megállapítása esetén lehetnek a támogatási rendszer alanyai.

Az egészségkárosodás fogalma

Az egészségkárosodás fogalmát a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény vezette be a magyar jogba. A törvény 1.§ a) pontja értelmében egészségkárosodás a szervezet felépítésében, funkcióiban betegség, sérülés vagy veleszületett rendellenesség következtében kialakult kedvezőtlen változás. Az egészségkárosodás mértékét az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: ORSZI) állapítja meg. A különböző jogszabályok pedig azt határozzák meg, hogy milyen mértékű egészségkárosodás esetén lehet valaki jogosult egy adott támogatásra.

⁶ Ez az egyik legfontosabb üzenete az Egészségügyi Világszervezet által 2001-ben kiadott, a „Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” c. dokumentumnak is.

⁷ Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény 1. cikk.

2008. január 1-jét megelőzően nem az egészségkárosodás, hanem a munkaképesség csökkenésének mértékét állapították meg. Következésképpen a jogszabályokban még sokáig él majd az a párhuzamosság, miszerint a jogosultsági feltételeket az új és a régi minősítési rendszer szerint is rögzíteni kell.

Rokkantság fogalma (a rokkantsági nyugdíj értelmezésében)

A rokkantságról akkor beszélhetünk, ha a fent említett egészségkárosodás, illetve a korábbi minősítési rendszer szerint a munkaképesség-csökkenés mértéke elér egy olyan szintet, amely mellett az érintett személy rendszeres munkavégzésre tartósan nem képes. Az új komplex minősítési rendszer az egészségkárosodás mértékének megállapítása mellett azt is vizsgálja, hogy az érintett személy szakmai munkaképessége megváltozott-e, és rehabilitációjának a feltételei fennállnak-e. Ennek megfelelően rokkantsági nyugdíjra⁸ az jogosult, akinek esetében egészségkárosodás

- 79 százalékot meghaladó mértékű, vagy
- 50-79 százalékos mértékű, és ezzel összefüggésben a jelenlegi vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas, azonban a rehabilitációs szakértői szerv szakvéleménye alapján rehabilitációja nem javasolt.

A megváltozott munkaképesség fogalma

A megváltozott munkaképesség fogalma a foglalkoztathatóság szempontjából fogalmazza meg a fogyatékos, illetve az egészségkárosodás miatti akadályozottságot. Ebben a megközelítésben megváltozott munkaképességű az a személy, akinek a munkavállalási és munkahely-megtartási, valamint az abban történő előrehaladási esélye testi vagy szellemi állapotváltozása, funkcióvesztése, illetve rendellenessége miatt csökkent. Megváltozott munkaképességről csak az aktív korúak esetében beszélhetünk. Az időskori egészségkárosodás, egészségromlás miatt bekövetkező munkaképesség-csökkenés nem tartozik ebbe a kategóriába.

A különböző, a foglalkoztatás támogatásához kapcsolódó jogszabályok azonban a megváltozott munkaképességű személy fogalmát eltérő tartalommal határozzák meg, attól függően, hogy mennyire akarják tágítani vagy szűkíteni a támogatásokra, szolgáltatásokra jogosultak körét. A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény (A továbbiakban: Flt.) általános definíciója szerint az a megváltozott munkaképességű személy, aki testi vagy szellemi fogyatékos, illetve akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.⁹ Ezt a meghatározást veszik alapul a munkaügyi központok akkor, amikor az álláskereső nyilvántartása során megkülönböztetik a megváltozott munkaképességű álláskeresőket.

Ez az általános definíció azonban nem elég konkrét ahhoz, hogy pénzügyi támogatások feltételeinek megállapításakor alapként szolgáljon. Ezért a törvény felhatalmazása alapján kormányrendelet¹⁰ tételesen (és leszűkítő módon) határozza meg azt a célcsoportot, amelynek foglalkoztatása esetén a munkáltató támogatást kaphat. Kedvező, hogy az Flt. 41/A. § -ban

⁸ 1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról 36/A. § (1) bekezdés a) pont.

⁹ Flt. 58.§ (5) bekezdés m) pont.

¹⁰ A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról szóló 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet

meghatározott foglalkoztatási kötelezettségbe ugyanazok a személyek számítanak be, mint akik után a kvóta teljesítését követően támogatás is folyósítható.

A hivatkozott kormányrendelet 2. § (1) bekezdés e) pontja szerint megváltozott munkaképességű munkavállaló az a munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállaló, akinek munkaszerződés szerinti napi munkaideje a napi négy órát eléri, ha

- a) a munkaképesség-csökkenés – az ORSZI, 2007. augusztus 15-ét megelőzően az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete (a továbbiakban: OOSZI) szakvéleménye, illetőleg 2001. január 1-jét megelőzően, vasutas biztosítottak esetében a Magyar Államvasutak Orvosszakértői Intézetének szakvéleménye szerint – 50-66 százalékos mértékű, illetőleg az egészségkárosodás – az ORSZI szakvéleménye szerint – 40-49 százalékos mértékű, vagy
- b) a munkaképesség-csökkenés – az ORSZI vagy az OOSZI szakvéleménye, illetőleg 2001. január 1-jét megelőzően, vasutas biztosítottak esetében a Magyar Államvasutak Orvosszakértői Intézetének szakvéleménye szerint – 67-100 százalékos mértékű, vagy
- c) az egészségkárosodás – az ORSZI szakvéleménye szerint – 79 százalékot meghaladó mértékű, vagy
- d) az egészségkárosodás – az ORSZI szakvéleménye szerint – 50-79 százalékos mértékű, és ezzel összefüggésben a jelenlegi, vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas, azonban az ORSZI szakvéleménye alapján rehabilitációja nem javasolt, vagy
- e) az Ftv. 23. §-a (1) bekezdésének a) pontja alapján látási fogyatékosnak minősül, vagy a vakok személyi járadékában részesül, vagy
- f) az Ftv. 23. §-a (1) bekezdésének d) pontja alapján a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara miatt fogyatékosági támogatásban részesül,
- g) külön jogszabály szerint súlyos értelmi fogyatékosnak minősül és erre tekintettel a magánszemélyek jövedelemadójáról szóló külön törvény szerint adóalapot csökkentő kedvezmény igénybevételére jogosult, vagy
- h) siket vagy súlyosan nagyothalló, halláskárosodása audiológiai szakvélemény szerint a 60 decibel hallásküszöb értékét eléri vagy meghaladja, vagy
- i) a súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési kedvezményeiről szóló külön jogszabály szerint súlyos mozgáskorlátozottaknak minősül, vagy
- j) az egészségkárosodás – az ORSZI szakvéleménye szerint – 50-79 százalékos mértékű, és ezzel összefüggésben a jelenlegi, vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas és rehabilitálható, vagy
- k) az a)-j) pontokban meghatározott mértékű munkaképesség-csökkenés, egészségkárosodás, illetőleg fogyatékoság nem állapítható meg, azonban az OOSZI, vagy az ORSZI szakvéleménye szerint jelenlegi munkakörében vagy tanult foglalkozásában, illetőleg más munkakörben vagy foglalkozás keretében személyre szóló rehabilitáció megvalósításával foglalkoztatható tovább.

A (súlyos) fogyatékoság és egészségkárosodás általában a munkavégzésben is korlátozottságot jelent. A fent hivatkozott jogszabály a (súlyos) fogyatékos személyt automatikusan megváltozott munkaképességűnek tekinti. Ezzel szemben az

egészségkárosodott személyek csak akkor minősülnek megváltozott munkaképességűnek, ha az egészségkárosodásuk egy bizonyos mértéket meghalad.

A fenti meghatározás nem tartalmazza azt, hogy a munkavállalónak aktívkorúnak kell lennie, ugyanezen kormányrendelet 4. § (3) bekezdés a) pontja azonban kizárja a bértámogatást azon megváltozott munkaképességű munkavállalók után, akik öregségi nyugdíjban részesülnek.

1.2. A célcsoport mérete, jellemzői, összetétele

Az eltérő definíciók miatt célszerű összegyűjteni mind a fogyatékos személyek, mind a megváltozott munkaképességűek gazdasági aktivitásáról rendelkezésre álló adatokat, hogy a foglalkoztatási probléma méretéről és természetéről minél pontosabb képet kaphassunk.

A fogyatékos személyekre vonatkozó magyar adatforrások között meghatározó szerepe van a 2001. évi népszámlálás fogyatékosra vonatkozó adatfelvételének. Ez a fogyatékos személy meghatározására az EUROSTAT definícióját alkalmazta: „van-e valamilyen tartósan fennálló egészségi problémája, vagy fogyatékosága, amely az elmúlt 6 hónapban tartósan akadályozta Önt a normál életvitelben, vagy előreláthatóan összességében legalább 6 hónapig akadályozni, korlátozni fogja?”

A lehetséges válaszok az Ftv. fogyatékos definícióját tükrözték, így mindenki, akinek tartós egészségkárosodása volt, de nem volt súlyos mozgás-, látás-, hallássérült, vagy értelmi fogyatékos az egyéb kategóriába került. Valószínűleg sokan, akik a lehetséges válaszok közt nem tudtak választani, nem vallották magukat fogyatékosnak. Erre enged következtetni a népszámláláshoz képest a 2002. évi munkaerő felvétel során több mint kétszer annyian vallották magukat fogyatékosnak a 15-64 éves korcsoportban.

Az **1. sz. táblázat** összefoglalja, hogy népszámlálás adatai szerint mekkora volt a fogyatékos személyek száma, valamint a fogyatékoság típusa és az életkor szerinti megoszlása. Témánk szempontjából még az alábbi adatok kiemelése célszerű:

1. sz. táblázat

Fogyatékos emberek fogyatékoság és életkor szerinti megoszlása

A fogyatékoság típusa	Létszám a népességben	0-14 éves	15-59 éves	60 év feletti	Megoszlás korcsoportonként			Megoszlás fogyatékosági kategóriánként
					0-14 év	15-59 év	60 év felett	
Testi fogyatékos	251 560	4 664	114 131	132 765	1,9	45,4	52,7	43,5
Látássérült	83 040	3 503	34 876	44 661	4,2	42,0	33,8	14,4
Értelmi fogyatékos	56 963	10 550	37 544	8 869	18,5	65,9	15,6	9,9
Hallássérült	53 565	2 254	18 720	32 591	4,2	34,9	60,9	9,3
Beszédhibás	7 300	1 242	3 972	2 086	17,0	54,4	28,6	1,3
Egyéb	124 578	6 590	80 246	37 742	5,3	64,4	30,3	21,6
Összesen	577 006	28 803	289 529	258 674	5,0	50,2	44,8	100,0

Forrás: Népszámlálás 2001

A teljes népességből 577 006 fő (a népesség 5,8 %-a) vallotta magát fogyatékosnak. Közülük nem keresett munkát 476 120 (82,5 %), munkát keresett, illetve munkanélküli volt 40 554 fő (14,1 %), foglalkoztatottnak minősült 60 332 fő (10,5 %).

A fogyatékosok közül 15-64 éves 339 389 fő. Ez a 15-64 éves népesség 5 %-ának felel meg. Ezen belül 90 441 fő egyéb fogyatékos, azaz egészségkárosodott (az aktív korú fogyatékosok 26, 7%-a) Az Ftv. alapján fogyatékosnak minősülő aktív korúak száma 259 143 fő (az aktív korú népesség 3,7 %-a) volt.

Aktivitás-inaktivitás néhány jellemző adata: 15-39 év közötti 84 294 fogyatékos személy közül munkát nem keres: 57 102 fő (67,7%); munkát keres, illetve munkanélküli: 15 998 fő (19 %); **foglalkoztatott: 11 194 fő (13,3 %)**; azaz gazdaságilag aktív 32,3 %. A 15-59 éves korcsoportban 289 529 fő a fogyatékosok létszáma, közülük munkát nem keres: 222 198 fő (76,7 %); munkát keres, illetve munkanélküli: 37 742 fő (13,0 %); foglalkoztatott: 29 589 fő (10,3 %); azaz gazdaságilag aktív 23,3 %.

A népszámlálást követően, **2002-ben** az EU valamennyi tagállama és a csatlakozásra készülő országok az EUROSTAT kérdőíve alapján **a munkaerő felvétel mellett célzott adatfelvételt hajtott végre a fogyatékos (megváltozott munkaképességű) emberek¹¹ foglalkoztatásáról**. Eszerint a 15-64 éves népesség 11 %-ának, 748 200 főnek van legalább 6 hónapja fennálló és még hat hónapig fennmaradó, mindennapi életvitelét zavaró egészségi problémája. Közülük aktív korú: 656 000 fő, (87,7%). **Aktív volt 2002 nyarán 95 000 fő (12,3%)**. Segítséget igényelt 20 000 aktív (3 %) és 151 000 fő inaktív személy, munkába állását tekintve bizonytalan 118 000 fő. Nem igényel segítséget (nincs problémája, vagy nem akar munkát vállalni): 460 000 fő (61,5 %).¹²

Ezen adatok alapján 100-150 ezerre becsülhető azoknak a megváltozott munkaképességű személynek a száma, akiknek az Állami Foglalkoztatási Szolgálathoz (a továbbiakban: ÁFSZ) kellene fordulnia elhelyezkedése elősegítése érdekében. Az **aktív állást kereső megváltozott munkaképességű személyek** száma azonban ettől nagyságrendileg elmarad (lásd a **2. sz. táblázatot**).

2. sz. táblázat

Az adott évben álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántartásba vett megváltozott munkaképességű személyek létszáma 1999-2008.

Naptári év	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Létszám (fő)	26705	32899	42825	38276	42704	45002	47792	44360	40551	41346

Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

Az állást kereső megváltozott munkaképességű személyek számának csekély növekedése azzal sincs összhangban, hogy az elmúlt bő egy évtizedben jelentősen szigorodott a rokkantnyugdíjazás rendszere. Az **új rokkantsági nyugdíjasok** száma¹³ 1996-2006 között 35,2 %-kal csökkent (51 937 fő, illetve 33 651 fő). Az aktív életkorból kieső idő a 1996 évi 14 évről 2006 évre 11,7 évre csökkent (16%). A csökkenés mértéke jelentősnek tekinthető, ha figyelembe vesszük, hogy mindez úgy következett be, hogy 7 női és 2 férfi korosztály került a nyugdíjkorhatár emelés következtében az aktív korú létszámba.

¹¹ A kiadványban a megváltozott munkaképességű elnevezés szerepel, valójában a felvétel kérdése inkább a tág értelemben vett fogyatékos fogalmat írja körül.

¹² Munkaerő felvétel a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásáról 2002. II. negyedév.

¹³ 1996-2006.közötti új rokkantsági nyugdíjasok főbb adatainak vizsgálata. (Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság, 2009).

Csaknem változatlan az új rokkantsági nyugdíjasok szolgálati ideje. 1996: 27,5 év; 2006: 28,1 év. Az új rokkantak emelkedő korhatár ellenére változatlan szolgálati ideje erősen tördelt, munkanélküliséggel tarkított életpályára utal, megerősítve a megváltozott munkaképességgel járó munkaerőpiaci peremhelyzet fennállását.

Az új rokkantnyugdíj megállapítások száma 2007-ben nem csökkent tovább, 2008-ben viszont ismét mérséklődött. 2009. január 1-jén 422 695 fő volt a korhatár alatti nyugdíjasok száma, ami a 2006. év eleji állományhoz képest 6,3 százalékos csökkenést jelent. A csökkenés teljes egészében a férfiak körében következett be. A nők esetében – elsősorban a női nyugdíjkorhatár megemelkedése következtében – a három év alatt 1,5 százalékkal nőtt a korhatár alatti rokkantnyugdíjasok létszáma. A létszám csökkenésében 2008-ban még csak kisebb szerepet játszott a rokkantsági nyugdíj alternatívájaként bevezetett rehabilitációs járadék, mivel 2008 végéig mindösszesen 2 075 fő részesült ebben az ellátásban. A következő években azonban e szám meg többszöröződése várható.

A rokkantnyugdíjasok számának csökkenése nem járt együtt a megváltozott munkaképességűek járadékában részesülők számának emelkedésével. (Ilyen járadékokban azok a megváltozott munkaképességű személyek részesülhetnek, akiknek az egészségkárosodása/munkaképesség-csökkenése vagy a szolgálati ideje nem éri el a rokkantsági nyugdíjhoz szükséges mértéket.) Ellenkezőleg a járadékban részesülők száma a 2006. évi 194 909 főről 2009. január 1-re 183 533 főre csökkent.

A megváltozott munkaképességű emberek támogatás nélküli foglalkoztatásáról, valamint a 20 fő feletti munkáltatóknál előírt 5%-os foglalkoztatási kötelezettség teljesítésének mértékéről adattal nem rendelkezünk.¹⁴ Csak a támogatott foglalkoztatás adatai állnak rendelkezésre. 2008-ban összesen mintegy 63 000 fő volt a támogatással foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek száma. Közülük rehabilitációs bértámogatással foglalkoztatott 37 014 fő, szociális foglalkoztatásban vesz részt 29 043 fő (ebből szociális intézményben 10 453 fő és védett szervezetekben 18 560 fő).

A számok azt jelzik, hogy **a rokkantnyugdíjazás az elmúlt 15 évben bevezetett többszöri szigorítás következtében – a politikai és szakpolitikai célokkal összhangban – egyre kisebb szerepet játszik a munkaerőpiaci feszültségek oldásában.** Az aktívkorú rokkantsági nyugdíjasok aránya azonban még mindig magas. Hatékonyabb rehabilitáció és javuló munkaerőpiaci helyzet esetén a mai rokkantnyugdíjasok közül sokan teljes értékű munkát tudnának végezni. Ugyanakkor a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása nem bővült számottevően. Következésképpen a munkahelyüket elvesztő megváltozott munkaképességű emberek jelentős része munkanélkülivé válik, majd a munkanélküli ellátások kimerítése után kiszorul a munkaerőpiacról. Ebben a helyzetben még inkább szükség van arra, hogy a foglalkoztatást elősegítő támogatások és szolgáltatások elérjék a megváltozott munkaképességű embereket és hatékony segítséget adjanak újbóli elhelyezkedésükhöz.

A fenti adatok alapján a kutatás célcsoportját és annak méretét az alábbiak szerint lehet körülhatárolni:

- Azok a megváltozott munkaképességű munkavállalók, akiknek a foglalkoztatása után a munkáltató támogatásban részesül (60-65 ezer fő);

¹⁴ Az MPA-ba befizetett rehabilitációs hozzájárulás összegének és a rehabilitációs hozzájárulás mértékének (Ft/fő/év) összevetéséből az a következtetés adódik, hogy az érintett szervezeteknek 2006-ban 83 ezer fővel, 2008-ban 87 ezer fővel több megváltozott munkaképességű személyt kellett volna foglalkoztatniuk ahhoz, hogy a kvótát teljesítsék.

- Azok a megváltozott munkaképességű munkavállalók, akiket a munkáltatók a foglalkoztatási kvóta teljesítése érdekében foglalkoztatnak (számuk ismeretlen);
- Az álláskeresőként regisztrált megváltozott munkaképességű személyek (40-45 ezer fő)
- A rehabilitációs járadékban részesülők (jelenleg néhány ezer fő, de számuk rövid időn belül 15-20 ezerre emelkedhet);
- Az egészségkárosodott személyek járadékaiban részesülők közül azok, akiknek elhelyezkedésük érdekében együtt kell működniük az Állami Foglalkoztatási Szolgálat illetékes kirendeltségével (jelenleg néhány ezer fő, de számuk néhány év alatt 50-60 ezer főre emelkedhet)
- A munkaerőpiacról kiszorult, aktív korú egészségkárosodott személyek, akik megfelelő színvonalú társadalombiztosítási vagy szociális ellátással nem rendelkeznek (számuk 100 ezer fő körülire becsülhető).

A felsorolt részsokaságok között átfedések lehetnek, amelynek pontos nagyságrendjét nem ismerjük. Ennek figyelembevételével **a támogatási rendszer potenciális célcsoportjának mérete 250-300 ezer főre becsülhető, szemben a jelenleg éves szinten foglalkoztatást segítő támogatásban, illetve szolgáltatásban részesülő 110-130 ezer fővel.**

2. A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának kritériumai

A magyar államháztartás 2008-ban 631 milliárd forintot költött az aktív korú személyek rokkantsági nyugdíjának és 94 milliárd forintot az egészségkárosodott személyek szociális járadékainak finanszírozására. **A kettő összege a GDP 2,9 százalékának** felel meg. Ha a rokkantság, illetve egészségkárosodás miatt a munkából kieső 700 ezer ember dolgozott volna, és fele olyan mértékben járult volna hozzá a termeléshez, mint a többi 3,7 millió foglalkoztatott, akkor ez a magyar GDP-t közel 10 százalékkal növelte volna meg. Természetesen minden egészségkárosodott személy nem állítható munkába, a számok mégis jól illusztrálják, mekkora kiadást, illetve jövedelem-kiesést okoz az, hogy a megváltozott munkaképességű személyek többsége nem dolgozik, hanem passzív ellátásra szorul. Ugyanakkor a rokkantsági nyugdíjak és különösen a szociális járadékok átlagos színvonala csak szerény megélhetési lehetőséget kínál az ellátásokban részesülőknek. Következésképpen a megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszerét akkor tekinthetnénk társadalmi-gazdasági szempontból hatékonynak, ha az eredményesebben szolgálná a foglalkoztatást és kisebb hányadot kellene jövedelempótlásra fordítani.

A nemzetközi összehasonlítások azt mutatják, hogy ez egyáltalán nem lehetetlen. Az Európai Unió élenjáró tagállamaiban az aktív korú megváltozott munkaképességű személyek 40 százaléka dolgozik. Magyarországon ez az arány az előző fejezetben ismertetett adatok alapján 12-15 százalékra tehető. E mögött az óriási különbség mögött nyilván **számos tényező** meghúzódik. Az egyik ezek közül minden bizonnyal az, hogy **a különböző támogatások nem ösztönzik a munkáltatókat** a megváltozott munkaképességű személyek nagyobb arányú foglalkoztatására. Ezen állítás bizonyítása érdekében előbb azt próbáljuk meghatározni, hogy milyen elvekre kellene épülnie egy ösztönzőbb rendszernek, majd azt vizsgáljuk, hogy a magyar rendszer megfelel-e ezen elveknek.

2.1. Mikor éri meg megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztatni?

Megváltozott munkaképességű személyeket két esetben éri meg a munkáltatónak alkalmaznia. Az első eset az, amikor a megváltozott munkaképességű személy a foglalkozási rehabilitációját (képzés, felkészítés, begyakorlás) követően az ép munkavállalókkal azonos értékű munkát tud végezni, anélkül, hogy ez a munkáltatónak többletköltséget okozna. A második esetben ez a feltétel nem teljesül, de a megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatása miatti kisebb termelékenységet, magasabb költséget az állami támogatás kompenzálja.

A két eset megkülönböztetése azért fontos, mert az állam részéről eltérő kezelést igényelnek. Az első esetben elegendő magát a rehabilitációs folyamatot segíteni, támogatni. Annak sikeres befejezése után azonban nincsen szükség további állami szerepvállalásra, sőt az még hátráltathatja is a megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkozási integrációját, mivel a munkáltató a támogatás megszerzésében és nem a minél teljesebb rehabilitációban lesz érdekelt. A második esetben a sikeres rehabilitációt követően is csak folyamatos állami támogatás révén tartható fenn az integrált foglalkoztatás. Fontos hangsúlyoznunk, hogy a foglalkozási rehabilitáció mindkét esetben befejeződött. A második esetben is javítani lehetett a megváltozott munkaképességű személy foglalkoztathatóságát, munkateljesítményét, de fogyatékoságának, egészségkárosodásának súlyossága és a szóba jöhető munkakörök behatároltsága következtében rehabilitációs munkakörében sem lesz képes az ép munkavállalókkal teljesen azonos hatékonyságú munkára. Fel kell ezért tennünk a kérdést, **mi**

a célja a foglalkozási rehabilitációnak, azaz mit tekinthetünk sikeres foglalkozási rehabilitációnak?

Úgy ítéljük meg, hogy a fogyatékos, illetve az egészségkárosodás jellegétől függően a **foglalkozási rehabilitáció többféle szintjének elérését is célul lehet kitűzni**. Az elérendő rehabilitációs szinteket két dimenzió mentén célszerű megkülönböztetni. Az első dimenzió a munka termelékenysége, azaz annak eldöntése, hogy a megváltozott munkaképességű személy a megfelelő felkészítés és begyakorlás után képes-e az adott munkakörben az ép munkavállalókkal azonos termelékenységgel dolgozni, vagy azok termelékenységétől kisebb, vagy nagyobb mértékben elmarad. A másik dimenzió a munkavégzés önállósága, az, hogy a megváltozott munkaképességű személy külön segítség nélkül képes-e munkáját végezni vagy pedig a munkavégzéséhez rendszeres, illetve rendszeres és nagymértékű segítségre szorul. Mindezt egy táblázatba rendezhetjük (lásd a **3. sz. táblázatot**). E két dimenzió kiválasztása azért is célszerű, mivel az Európai Bizottságnak a Bevezetésben hivatkozott rendelete is e két dimenzió mentén teszi lehetővé a megváltozott munkaképességű személyek integrált foglalkoztatásának folyamatos támogatását: az egyik az alacsonyabb termelékenységet kompenzáló bértámogatás, a másik a munkahelyi segítő személy foglalkoztatási költségeinek megtérítése.

3. sz. táblázat

A sikeres foglalkozási rehabilitáció lehetséges szintjei

Termelékenység szintje	A megváltozott munkaképességű dolgozó termelékenysége az épekhez képest		
	Egyenértékű	Kissé elmarad	Jelentősen elmarad
Munkavégzés önállósága			
Önálló munkavégzésre képes	Teljes	Teljes	Részleges
Rendszeres, de kismértékű segítséget igényel	Teljes	Részleges	Védett foglalkoztatás
Rendszeres és nagymértékű segítséget igényel	Részleges	Védett foglalkoztatás	Védett foglalkoztatás

A 3. táblázatban foglaltak alapján a támogatása szempontjából a **sikeres rehabilitációnak három alapesetét** célszerű megkülönböztetni:

- A **teljes rehabilitációt**, amikor a megváltozott munkaképességű személy a rehabilitáció sikeres befejezése után további segítség nélkül az egészségesekkel azonos termelékenységű munkát tud végezni. Ez azt jelenti, hogy a teljes rehabilitáció esetén e személy további foglalkoztatása rendszeres támogatást nem igényel.¹⁵
- A **részleges rehabilitációt**, amikor a megváltozott munkaképességű személy normál munkakörülmények között tud dolgozni, de a rehabilitáció sikeres befejezése után is rendszeres segítséget igényel a munkavégzéshez és csak az egészségeseknél alacsonyabb termelékenységű munkát képes végezni. Ez azt jelenti, hogy a **sikeres rehabilitáció ellenére e személy további foglalkoztatásához rendszeres támogatásra van szükség**.

¹⁵ Egy munkáltatónak még tolerálni kell tudnia azt, amikor a megváltozott munkaképességű dolgozó termelékenysége csak kis mértékben marad el az ép munkavállaló teljesítményétől. A megváltozott munkaképességű munkavállalónak a munkavégzéshez szükséges kismértékű segítséget pedig még – kollegiális alapon – nyújtani tudja.

- A **védett foglalkoztatást** igénylő rehabilitációt, amelynek során megváltozott munkaképességű személyt alkalmassá tettek egyszerűbb munkák elvégzésére, de fogyatékosága, illetve egészségkárosodás súlyossága miatt csak védett környezetben és az átlagostól elmaradó termelékenységgel tud dolgozni. E személy további foglalkoztatásához a sikeres rehabilitáció ellenére rendszeres támogatásra és védett munkakörülményekre (ezeknek is vannak fokozatai) van szükség.

A teljes, a részleges és a védett foglalkoztatást igénylő foglalkozási rehabilitációnak a megkülönböztetése és támogatási következményeinek az egyértelművé tétele **aláhúzza a rehabilitáció minőségének a fontosságát**. Ebben az összefüggésben **kulcskérdéssé válik annak a munkakörnek a megtalálása, illetve kialakítása, amelyben megváltozott munkaképességű személy teljes értékű munkára képes**. (Munkájának termelékenysége eléri az egészséges munkavállalók átlagos termelékenységi szintjét.) Az esetek egy részében azonban a megváltozott munkaképességű személy (megmaradt) képességei és a szóba jöhető munkakörök követelményei nem egyeznek teljesen. Ezért fontos feladat **a munkakörök illesztése a megváltozott munkaképességű személyek képességeihez**.

A fenti vállalat-gazdaságtani megközelítésből a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának támogatására nézve az alábbi következtetések adódnak:

- A munkáltatóknak technikai segítségre (szakmai szolgáltatásra) lenne szükségük ahhoz, hogy munkahelyeiket, illetve munkaköreiket az alkalmazni kívánt megváltozott munkaképességű dolgozó munkaképességéhez, személyes igényeihez alakítsák, illetve igazítsák.
- A rehabilitációs szakaszban (felkészítés, begyakorlás), ameddig a megváltozott munkaképességű munkavállaló teljesítménye nem éri el a tőle elvárható szintet, a munkáltatót jelentős támogatásban szükséges részesíteni.
- A rehabilitációs szakasz végén értékelni kellene a rehabilitációt az alábbi szempontok szerint:
 - Szakmailag sikeres volt-e a rehabilitáció?
 - Teljes, részleges vagy továbbra is védett foglalkoztatást igénylő rehabilitáció valósult-e meg?
 - A megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatása milyen további támogatást, szolgáltatást igényel?
- A fenti értékelés alapján lehetne dönteni arról, hogy a munkáltató a megváltozott munkaképességű munkavállaló további foglalkoztatásához milyen támogatásokat, szolgáltatásokat vehet igénybe.

2.2. Az integrált foglalkoztatás előnyben részesítésének célszerűsége

A 3. sz. táblázatból látható, hogy sikeres rehabilitáció után csak az esetek egy részében van szükség a megváltozott munkaképességű dolgozók védett foglalkoztatására. A munkakörök bőségét kínáló integrált foglalkoztatás esetén sokkal nagyobb az esély a teljes vagy a részleges rehabilitációra, mint a szűk munkakör választékot kínáló védett foglalkoztatásnál. A megváltozott munkaképességű személyek integrált foglalkoztatásának előnyben részesítése a védett foglalkoztatással szemben nemcsak a fogyatékoságügy emberjogi megközelítéséből következik, hanem az integrált foglalkoztatás mellett nagyon komoly foglalkoztatáspolitikai és gazdasági érvek is szólnak. Vizsgáljuk meg, melyek ezek!

- A védett foglalkoztatás révén még jó esetben is legfeljebb néhány tucat munkakört lehet megváltozott munkaképességű személyek számára felkínálni, míg az integrált foglalkoztatás elvileg a létező munkakörök teljes választékát nyújtja. Következésképpen az egyes megváltozott munkaképességű személyek számára a teljes értékű munka lehetőségét nyújtó munkaköröket sokkal könnyebb megtalálni, illetve kialakítani a nyílt munkaerőpiacon, mint a védett foglalkoztatást biztosító szervezetekben.
- Egy-egy földrajzi területen egyáltalán nincsenek védett foglalkoztatók, másutt egy-két védett foglalkoztató működik, korlátozott kapacitással és munkakör-kínálattal. Következésképpen a megváltozott munkaképességű személyek széles köre számára a védett foglalkoztatás nem, vagy csak jelentős többletköltséggel érhető el.
- A védett foglalkoztatás egy megváltozott munkaképességű munkavállalóra jutó (fajlagos) költsége lényegesen magasabb, mint az integrált foglalkoztatásé. Sok fogyatékos ember egyidejű foglalkoztatása jelentős többletfeladatot és többletköltséget okoz az irányításban, az adminisztrációban, a fogyatékos dolgozók szállításában és a fogyatékos munkavállalóknak nyújtandó szolgáltatásokban.

A „Research&Practice for Persons with Severe Disabilities” című amerikai folyóiratban a közelmúltban közölt kutatás¹⁶ összehasonlítja a védett foglalkoztatás és a támogatott foglalkoztatás szolgáltatások költséghatékonyságát. (Más vizsgálatokkal ellentétben ez a kutatás az egyéneknek nyújtott szolgáltatás teljes időtartamára vonatkozó valamennyi költséget számításba veszi. Ez azért fontos, mert a támogatott foglalkoztatás szolgáltatásnak jellemzően magasabbak az előzetes költségei a pályatervezés és a munkára való felkészítés szakaszaiban, majd a költségek csökkennek, amint az idő múlásával a támogatás csökken.) A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a támogatott foglalkoztatás szolgáltatás összesített költségei (6.619 USD) kb. 2/3 résszel alacsonyabbak a védett foglalkoztatásétól (19.338 USD). Másképpen fogalmazva: minden egyes személy esetében, akinek finanszírozták a védett foglalkoztatását, 2,82 támogatott foglalkoztatás által segített személy költségeit fedezhették volna. A vizsgálat ráadásul nem vette számításba a személyek fizetéseit és a támogatott foglalkoztatás további költséghatékony előnyeit, melyet más kutatások kimutattak.

- A védett foglalkoztatást megvalósító szervezetek gyakran korszerűtlen technológiával, alacsony árfekvésű termékeket állítanak elő. Ez egyfelől annak a következménye, hogy tökeszegények. Másfelől viszont eleve kézimunka-igényes termékeket kell munkaigényes technológiával előállítaniuk, hiszen így tudnak minél több megváltozott munkaképességű személy számára munkahelyet biztosítani. E termékszerkezet és technológia révén viszont az alacsony bérszínvonalú távol-keleti országok termékeivel kell versenyezniük. Az így elérhető nyomott árak mellett csak nagyon jelentős állami támogatás mellett képesek gazdaságosan üzemelni.¹⁷ Ezzel szemben a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás esetén a megváltozott munkaképességű személyeket nyereségesen gazdálkodó munkáltatók alkalmazzák, amelyek napi gazdasági tevékenységükhöz nem szorulnak folyamatos állami támogatásra.

¹⁶ Cimer, R. Research&Practice for Persons with Severe Disabilities, Vol. 22, No. 4. p. 247.

¹⁷ Ezt a problémát részletesen bemutatja a Védett Szervezetek Országos Szövetsége által készített kutatási jelentés. Lásd VSZOSZ [2007.]

3. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása rendszerének főbb jellemzői, ellentmondásai

Az előző fejezetben felsorolt követelmények ismeretében két kérdés merül fel. Az első, hogy a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása mennyire épül az integrált és mennyiben a védett foglalkoztatásra. A második, hogy a foglalkoztatás támogatásának szabályai mennyire veszik figyelembe azt, hogy a sikeres foglalkozási rehabilitációnak különböző szintjei vannak. E két kérdés megválaszolása érdekében előbb röviden bemutatjuk a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának hazai rendszerét, majd az ehhez igénybe vehető támogatásokat. A fejezet végén összevetjük, hogy a jelenlegi helyzet mennyiben felel meg a korábban felvázolt követelményeknek.

3.1. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának jelenlegi hazai rendszere

Magyarországon a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása több formában is megvalósulhat. Ezek egy része ún. integrált foglalkoztatás. **Integrált foglalkoztatás** alatt azt értjük, ha a megváltozott munkaképességű munkavállaló olyan munkahelyen dolgozik, ahol munkatársai döntő többsége nem megváltozott munkaképességű. Az integrált foglalkoztatás megvalósulhat ún. akkreditált munkáltatónál és akkreditációval nem rendelkező munkáltatónál is. Az integrált foglalkoztatás ellentétje a védett foglalkoztatás, illetve a szociális intézményi foglalkoztatás. **Védett foglalkoztatás** esetén a munkáltató a piacon értékesíthető tevékenységet végez és ehhez a tevékenységhez jelentős részben¹⁸ megváltozott munkaképességű embereket alkalmaz, a munkakörülményeket és munkafeltételeket a megváltozott munkaképességűek speciális igényeihez igazodva alakítja ki. Ezzel összefüggésben a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásához jelentős állami támogatásban részesül. **Szociális (intézményi) foglalkoztatás** esetén a munkáltató szociális intézmény, a foglalkoztatottak szociális gondozásra szoruló személyek és a foglalkoztatás elsődleges célja maga a rehabilitáció és nem piacon gazdaságosan értékesíthető termékek előállítására. A magyar jogi szabályozás egy negyedik foglalkoztatási formát is ismer, a **védett szervezeti foglalkoztatást**, amely egyfajta átmenet a védett foglalkoztatás és a szociális (intézményi) foglalkoztatás között.

A továbbiakban röviden áttekintjük az egyes foglalkoztatási formák főbb jellemzőit.

3.1.1. Az akkreditált munkáltatónál történő foglalkoztatás

Magyarországon 2005 novemberétől bevezetésre került a munkáltatók akkreditálásának rendszere.¹⁹ Ennek lényege az, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztató gazdálkodó szervezetek, civil szervezetek, egyéni vállalkozók csak akkor kaphatnak e foglalkoztatáshoz költségvetési támogatást, ha akkreditáltatják magukat. A munkáltatók akkreditációjának célja annak tanúsítása, hogy – az akkreditációs tanúsítványban meghatározott székhelyen, telephelyen, illetőleg fióktelepen – a munkáltató

¹⁸ Mind a magyar, mind az európai közösségi szabályozás legalább 50 százalékban határozza meg a fogyatékos (megváltozott munkaképességű) dolgozók arányát ahhoz, hogy egy piaci munkáltató védett foglalkoztatónak minősülhessen.

¹⁹ A megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjának, továbbá az akkreditált munkáltatók ellenőrzésének szabályiról szóló 176/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet, valamint a rehabilitációs akkreditációs eljárás és követelményrendszer szabályairól szóló 14/2005. (IX. 2.) FMM rendelet.

- rendelkezik azokkal a személyi és tárgyi feltételekkel, amelyek biztosítják az egészségkárosodással élő és fogyatékos személyek egészségi állapotának és fogyatékoságának megfelelő munkahelyi környezetben megvalósuló foglalkoztatását, és
- tevékenységével elősegíti a munkavállalók képességeivel elérhető legmagasabb szintű foglalkoztatás megvalósítását.

Az akkreditációs eljárás alapján kiadott akkreditációs tanúsítvánnyal rendelkező gazdálkodó szervezet, civil szervezet, egyéni vállalkozó minősül akkreditált munkáltatónak. Ugyanakkor az akkreditációs eljárás arra is alkalmas, hogy megkülönböztesse a fogyatékos emberek védett (félíg védett) foglalkoztatására alkalmas munkáltatókat, azoktól, akik a fogyatékos emberek integrált foglalkoztatásának a feltételeit teremtették meg. E megkülönböztetés a különböző típusú akkreditációs tanúsítványok révén történik. Az akkreditációs tanúsítvány típusai:

- alaptanúsítvány,
- rehabilitációs tanúsítvány,
- kiemelt tanúsítvány,
- feltételes tanúsítvány.

Az akkreditációs eljárás alapján kiadott alaptanúsítvány igazolja, hogy a munkáltató a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatására irányadó alapvető akkreditációs követelményeknek megfelel, azaz **akkreditált foglalkoztató**. A rehabilitációs tanúsítvány a munkáltatót **rehabilitációs foglalkoztató** nyilvánítja. A kiemelt tanúsítvány a munkáltatót **védett foglalkoztató** minősíti. A feltételes tanúsítvány a kiemelt tanúsítvány megszerzésére való felkészülést segíti elő. A továbbiakban az akkreditációs tanúsítványok kiadásának a legfontosabb szakmai feltételeit mutatjuk csak be, eltekintve a jogszabállyal való visszaélés akadályozására hivatott számos részletszabály ismertetésétől.

Akkreditációs tanúsítvány akkor adható, ha a munkáltató megváltozott munkaképességű munkavállalót munkaviszonyban saját maga foglalkoztat, vagy foglalkoztatni kíván, és **a foglalkoztatást a munkavállaló meglévő képességeinek megfelelő rehabilitációs célú munkavégzés keretében biztosítja**. További feltétel, hogy a munkavégzés helyének környezete, építészeti megoldásai tegyék lehetővé a foglalkoztatott munkavállalók egészségkárosodását, illetőleg fogyatékoságát figyelembe vevő akadálymentes közlekedését, és a munkáltató munkaeszközeit, berendezéseit, technológiáját, tárgyi környezetét a megváltozott munkaképességű munkavállalók egészségi állapotának és fogyatékoságának megfelelő foglalkoztatásához alakítsa.

Rehabilitációs foglalkoztató nyilvánítható a munkáltató, ha

- a megváltozott munkaképességű munkavállalóinak több mint fele rehabilitációs célú foglalkoztatásnak megfelelő tevékenységet végez²⁰,
- esélyegyenlőségi tervvel rendelkezik,
- segítő szolgáltatások igénybevételének lehetőségét biztosítja,
- személyre szóló rehabilitációs tervet készít,
- foglalkozási rehabilitációs szakmai programmal rendelkezik,

²⁰ Rehabilitációs célú foglalkoztatás valósul meg, ha a munkaképesség-változás mértékét figyelembe vevő munkaköri feladatok ellátásával, értéket teremtő, a munkáltató tényleges – piac által elismert – termelő, szolgáltató tevékenységének elősegítésére irányul.

- rehabilitációs megbízottat alkalmaz, illetőleg rehabilitációs munkatársat foglalkoztat.

A védett foglalkoztatóvá minősítés feltétele, hogy a munkáltató

- megváltozott munkaképességű munkavállalókat – a kérelem benyújtását megelőzően legalább egy éve – a kötelező foglalkoztatási szintet meghaladó létszámban foglalkoztat,
- munkavállalóinak létszáma eléri az 50 főt,
- a megváltozott munkaképességű munkavállalók eltérő képességeinek megfelelő foglalkoztatás biztosítása érdekében a rehabilitációs célú foglalkoztatás mellett a közösségi munkavégzés lehetőségét is biztosítja,
- a betanított- és segédmunka végzésének lehetősége mellett a képesítéshez, illetőleg képzettséghez kötött munkakörök betöltését is lehetővé teszi,
- az eredményes rehabilitációhoz szükséges képzési lehetőségeket – saját maga vagy felnőttképzést folytató intézmény bevonásával – biztosítja, továbbá az érintett munkavállaló képzésben történő részvételét elősegíti,
- a foglalkozási rehabilitáció sikeres megvalósítása érdekében a külön jogszabályban meghatározott, legalább három tagból álló rehabilitációs bizottságot működtet,
- a munkába járáshoz, illetőleg a munkavégzéshez munkahelyi segítő személy közreműködését biztosítja, feltéve, ha az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű munkavállalók egészségi állapota, illetőleg fogyatékosága ezt indokolja, és
- a kérelemben megnevezett székhelyen, telephelyen, fióktelepen ténylegesen foglalkoztatott megváltozott munkaképességű munkavállalók átlagos statisztikai állományi létszáma a kérelem benyújtását megelőző hat hónap átlagában elérte az 50%-ot.

A fenti felsorolásból látható, hogy **a hazai jogszabályok már az alaptanúsítvány megszerzéséhez is komoly követelményeket állítanak, a rehabilitációs és a kiemelt tanúsítvány megszerzése pedig jelentős befektetéseket, illetve folyamatos többletkiadásokat tesz szükségessé.**

Az akkreditált munkáltatók közül csak az alaptanúsítvánnyal rendelkező munkáltatóknál történő munkavégzés minősíthető integrált foglalkoztatásnak. A rehabilitációs foglalkoztatók ún. félig védett foglalkoztatóknak tekinthetők. Ilyeneket azonban az európai közösségi szabályozás nem ismer. Ebből következően kiemelt támogatásukra sincs lehetőség. Itt egy olyan „hungarikummal” állunk szemben, ami nem valósít meg integrált foglalkoztatást, nem részesíthető kiemelt támogatásban, a jogszabályi előírások miatt azonban a fogyatékos emberek foglalkoztatása drágább, mintha erre integrált foglalkoztatás keretében került volna sor. Ugyanakkor a rehabilitációs foglalkoztatók viszonylag nagy létszámban, jelentős bértámogatással foglalkoztatnak megváltozott munkaképességű dolgozókat, ezért a jogalkotó szükségesnek látta többletkövetelmények megfogalmazását. Emellett a rehabilitációs foglalkoztatói tanúsítvány egyfajta felkészülést jelent a majdani védett foglalkoztatói minősítés eléréséhez.

Ennek ismeretében érdemes bemutatni, hogy hány munkáltató és milyen szintű akkreditációs tanúsítványt szerzett, valamint, hogy ezek a munkáltatók milyen szervezeti formában működnek (lásd a **4. és az 5. sz. táblázatokat**).

4. sz. táblázat

Az akkreditált munkaadók száma szervezeti formánként és akkreditációs szintek szerint (2008. július 9-i állapot)

Szervezeti forma Tanúsítvány szintje	Egyéni váll.	Bt.	Kft., Kkt.	Kht.	Rt.	Szövetkezet	Alapítvány	Egyesület	Összesen
Alap	157	102	414	17	42	11	67	103	913
Rehabilitációs	2	15	104	10	7	1	5	5	149
Kiemelt	-	2	74	16	1	1	1	2	97
Feltételes				1					1
Összesen	159	119	592	44	50	13	73	110	1160

Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

5. sz. táblázat

Az akkreditáltak megoszlása (%) akkreditációs szintenként és szervezeti formánként (2008. július 9-i állapot)

Szervezeti forma Tanúsítvány szintje	Egyéni váll.	Bt.	Kft., Kkt.	Kht.	Rt.	Szövetkezet	Alapítvány	Egyesület	Össz.
Alap	16,6	10,8	43,8	1,8	4,4	1,2	7,1	10,9	100,0
Rehabilitációs	1,3	12,6	69,7	6,6	4,6	0,6	3,3	3,3	100,0
Kiemelt	-	2,1	76,3	16,5	1,0	1,0	1,0	2,0	100,0
Feltételes				100,0					100,0

Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

A 4. táblázatból látható, hogy a rehabilitációs foglalkoztatók és a védett foglalkoztatók száma viszonylag magas. Összességében majdnem 250 szervezet valósít meg védett, illetve félig védett foglalkoztatást. Ezzel szemben az akkreditált és integrált foglalkoztatást folytató munkáltatók száma alacsony: még négyszerese sincs a nem integrált foglalkoztatást biztosító munkáltatók számának. Ráadásul az alaptanúsítvánnyal rendelkező munkáltatók között viszonylag sok az olyan alapítvány, egyesület, amely fogyatékos emberek érdekében működik, és érdekvédelmi, szolgáltatói tevékenységére alkalmaz egy-egy sorstársat. E törekvés mindenképpen pozitív, de nem tekinthető a hagyományos értelemben vett nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásnak.

Az akkreditáció rendszerének bemutatása és az akkreditált szervezetek összetételének alakulása alapján az a következtetés adódik, hogy **az akkreditáció jelenlegi rendszere csak kevésbé alkalmas az integrált foglalkoztatás elősegítésére**. Az akkreditációs tanúsítvány megszerzésének és megőrzésének feltételei szigorúak (sokszor életszerűtlenek) és bürokratikusak, ezért a nyílt munkaerőpiaci munkáltatók kevésbé érdekeltek az akkreditációs tanúsítvány megszerzésében. Ennek az állításnak nem mond ellent az a tény, hogy az akkreditált munkáltatók száma emelkedik: 2008 végéig már 1560 szervezet kapott

akkreditációt. Ezen belül azonban közel megduplázódott a kiemelt tanúsítvánnyal rendelkező szervezetek száma. Az akkreditációs rendszer tehát inkább a védett foglalkoztatás irányába mozdítja el a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását.

3.1.2. A védett szervezeti szerződéssel folytatott foglalkoztatás

Magyarországnak az Európai Unióhoz való csatlakozását megelőzően a megváltozott munkaképességű dolgozókat nagy létszámban foglalkoztató célszervezetek, amelyek zömében szociális intézményben élő, súlyos vagy halmozottan fogyatékos személyeket alkalmaztak az ilyen munkavállalók foglalkoztatása után a bérek 360 százalékának megfelelő dotációt kaptak.²¹ EU-taggá válásunkat követően azonban Magyarországnak is alkalmaznia kellett az Európai Közösséget létrehozó Szerződés 87. és 88. cikkének a foglalkoztatásra nyújtott, állami támogatásra történő alkalmazásáról szóló 2204/2002/EK bizottsági rendeletet. E jogszabály csak nagyságrenddel kisebb támogatási intenzitást tett lehetővé: a támogatás mértéke nem haladhatta meg a munkabér és járulékai 100 százalékát. Ezért született az a döntés, hogy be kell vezetni egy olyan támogatási formát, amely a túlnyomóan szociális elemekkel jellemezhető foglalkoztatáshoz kapcsolódik, és ily módon nem tartozik a közösségi norma hatálya alá. Nem kell ugyanis alkalmazni a versenykorlátozás tilalma érdekében született közösségi normákat, ha a támogatás szociális jellegű intézkedés.

A fentiekre tekintettel került be a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatást szabályozó magyar kormányrendeletbe²² a rehabilitációs költségvetési támogatás szabályozása. Erre a támogatásra azok a közhasznú szervezetek szerezhettek jogosultságot, amelyek pályázati eljárás alapján védett szervezeti szerződést kötöttek az egészségi állapotuk, illetve fogyatékoságuk jellege miatt a nyílt munkaerőpiacon nem foglalkoztatható személyek foglalkoztatására. A hivatkozott kormányrendelet, a részletszabályokat tartalmazó miniszteri rendelet²³ és a védett szervezeti szerződés még néhány olyan szabályt tartalmaz, amelyek e foglalkoztatás szociális jellegét erősítik. Ennek alapján az volt a jogalkotói vélelem, hogy ez a támogatás szociális jellegére tekintettel nem tartozik a közösségi jog hatálya alá.

3.1.3. Nem akkreditált munkáltatóknál történő integrált foglalkoztatás

A 4. táblázat adataiból nyilvánvaló, hogy a magyar munkáltatók döntő többsége nincs akkreditálva fogyatékos emberek foglalkoztatására. Ezért **ők fogyatékos emberek foglalkoztatása után nem részesülhetnek költségvetési támogatásban**. A munkáltatók egy része, például a költségvetési szervek eleve ki vannak zárva az akkreditáció és a költségvetési támogatás lehetőségéből. A nem akkreditált munkáltatók a Munkaerőpiaci Alapból részesülhetnek bértámogatásban, ha megváltozott munkaképességű álláskereső vagy rehabilitációs járadékban részesülő személy foglalkoztatását vállalják. Befogadó munkahelyek létesítéséhez, munkahelyek rehabilitációs célú adaptálásához pályázati úton minden a Munka Törvénykönyve alá tartozó munkáltató kaphat a Munkaerőpiaci Alap Rehabilitációs alaprészből támogatást.

²¹ A dotáció csak a legsúlyosabban megváltozott munkaképességű dolgozók után volt ilyen magas, és egyéb korlátozó szabályok is érvényesültek.

²² A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról szóló 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet.

²³ A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatás megállapításának részletes szabályairól” szóló 15/2005. (IX. 2.) FMM rendelet.

Az integrált foglalkoztatás bővítését szolgálja az az előírás²⁴ is, miszerint a legalább 20 főt foglalkoztató munkáltatók létszámuk 5 százalékáig kötelesek megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztatni, ellenkező esetben rehabilitációs hozzájárulást kell fizetniük a Munkaerőpiaci Alapba. Esetükben tehát **egyfajta negatív ösztönzés érvényesül**. A befizetendő rehabilitációs hozzájárulás összege azonban nem olyan magas (2009-ben 177 600 Ft/fő/év), hogy az e munkáltatói kört komoly rehabilitációs erőfeszítésekre ösztönöznél. Ebben 2010 januárjától lényeges változás lesz, mivel a már kihirdetett törvénymódosítás értelmében a rehabilitációs hozzájárulás mértéke 964 500 Ft/fő/év lesz.

A szociális intézményben ellátott fogyatékos személyek intézményen belüli foglalkoztatása

Az intézményi jogviszonyban álló fogyatékos (megváltozott munkaképességű) személy intézményen belüli foglalkoztatását (a továbbiakban: szociális foglalkoztatás) a szociális törvény²⁵ és végrehajtási rendeletei²⁶ szabályozzák. A szociális foglalkoztatásban foglalkoztatóként az a személy, illetve szervezet vehet részt, aki az ehhez szükséges külön jogszabályban²⁷ megjelölt személyi és tárgyi feltételekkel rendelkezik, és ennek alapján a szociális foglalkoztatásra szociális hatóságtól engedélyt kapott. A foglalkoztatásra az intézmény szakmai programja alapján, az egyéni gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben foglaltak szerint kerülhet sor. A szociális foglalkoztatásnak két formája létezik a **munka-rehabilitáció** és a **fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás**. Elsősorban a fogyatékos személy meglévő képességei, kora, fizikai és mentális állapota dönti el, hogy számára melyik foglalkoztatási forma az alkalmas. A szociális intézmény a szociális foglalkoztatás keretében foglalkoztatott után normatív támogatást igényelhet.²⁸ Ennek mértékrendszerét a **6. sz. táblázatban** mutatjuk be. Fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetén az egy órára jutó támogatás lényegesen meghaladja az egy órára kifizetendő minimálbér összegét.

6. sz. táblázat

A szociális foglalkoztatás normatív támogatásának napi összege 2009-ben

	A támogatás napi összege				
	4 óras	5 óras	6 óras	7 óras	8 óras
	munkaidő-beosztásban történő foglalkoztatás esetén (Ft)				
Munka-rehabilitáció	2100	2300	2550		
Fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás	3450	4000	4600	5150	5700

A támogatás a központi költségvetésből a szociális intézmény részére – a fenntartón keresztül – nyújtott támogatás, amely a szociális foglalkoztatás működtetéséhez használható fel.

A szabályozás áttekintéséből az a következtetés vonható le, hogy a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás elvileg az integrált foglalkoztatásra való felkészítést is szolgálja.

²⁴ A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 41/A. § (1) – (2) bekezdés.

²⁵ A szociális igazgatásról és szociális ellátásról szóló 1993. évi III. törvény 99/B-99/E. §-ok.

²⁶ Elsősorban a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatás támogatásáról szóló 112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet.

²⁷ A szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatás támogatásáról szóló 112/2006.(V. 12.) Korm. rendelet.

²⁸ Egy benyújtott törvényjavaslat szerint 2010-től a támogatást pályázati rendszerben lehet majd igényelni.

A szabályozásban azonban semmi más olyan elem sincs, amely a szociális intézeteket fogyatékos ellátottjaiknak az integrált foglalkoztatásra való felkészítésében tenné érdekeltté.

3.2. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatási rendszerének rövid bemutatása

3.2.1. Adóalapot csökkentő jogcímek

Az adójogszabályok rendelkezései alapján az egyéni vállalkozó, valamint a társasági adóról és az osztalékadóról szóló törvény hatálya alá tarozó munkáltató csökkentheti az adózás előtti eredményét, ha megváltozott munkaképességű személyt vagy korábban munkanélküli személyt foglalkoztat.

Ha az egyéni vállalkozó legalább 50 százalékban megváltozott munkaképességű alkalmazottat foglalkoztat, a vállalkozói bevételt – legfeljebb annak mértékéig – csökkentheti: személyenként, havonta a megváltozott munkaképességű munkavállalónak kifizetett munkabérrrel, de legfeljebb a hónap első napján érvényes havi minimálbérrrel.²⁹

A társasági adó alanya az adózás előtti eredményt a legalább 50 százalékban megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására tekintettel e fenti módon akkor csökkentheti, ha az adózó által foglalkoztatottak átlagos állományi létszáma az adóévben a 20 főt nem haladja meg.³⁰

3.2.2. A Munkaerőpiaci Alapból nyújtott támogatások

A foglalkoztatás bővítését szolgáló bértámogatás

A munkaadó részére megváltozott munkaképességű személy munkaviszony keretében történő foglalkoztatásához a munkabér és járuléka legfeljebb 60%-ának megfelelő összegű támogatás nyújtható legfeljebb egy évi, a legalább huszonnégy hónapja álláskeresőként nyilvántartott személy foglalkoztatásához legfeljebb kétévi időtartamra. A támogatás nyújtásának feltétele, hogy a munkáltató

- a foglalkoztatást legalább 12 hónapi időtartamban vállalja, és
- a támogatás iránti kérelem benyújtását megelőző hat hónapban azonos vagy hasonló munkakörben foglalkoztatott munkavállaló munkaviszonyát a működési körében felmerült okból rendes felmondással nem szüntette meg, és
- kötelezettséget vállal arra, hogy a munkaviszonyt a támogatás folyósításának időtartama alatt a fent megjelölt okból nem szünteti meg.

A foglalkoztatás bővítését szolgáló támogatások szempontjából megváltozott munkaképességű személynek kell tekinteni azt az álláskeresőt, aki a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásról szóló 177/2005. (IX.2.) Korm. rendelet 2.§-a e) pontjában meghatározott feltételeknek megfelel.

²⁹ A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény 49/B. § (6) bekezdésének a) pontja

³⁰ A társasági adóról és az osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény 7. § (1) bekezdésének v) pontja

*A befogadó munkahely kialakításának támogatása*³¹

Pályázati eljárás alapján visszatérítendő, illetve vissza nem térítendő támogatás nyújtható

- munkahely létesítésére,
- termelő, szolgáltató létesítményeknek a megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatásával összefüggő átalakítására (beleértve az akadálymentesítést is),
- a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatáshoz szükséges eszközök, berendezések beszerzésére, átalakítására,
- a megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatás érdekében a munkahely és munkaeszközök korszerűsítésére.

A támogatás folyósítási ideje a beruházáshoz igazodik.

A támogatás feltételei: olyan megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatása, akinek a munkaképesség csökkenése legalább az 50%-ot eléri, vagy ezt a mértéket nem éri el, de munkavállalási és munkahely-megtartási esélye testi vagy szellemi károsodása miatt csökkentek. További feltétel legalább 20% saját erő megléte, igazolás a kötelezettség teljesítését elősegítő anyagi biztosítékról, létszámleépítést a megelőző félévben a munkaadó nem hajtott végre, valamint munkahely létesítésére nyújtott támogatás esetében 3 év, a többi esetben két év foglalkoztatási kötelezettség.

*A rehabilitációs célú munkahelyteremtés támogatása*³²

A Munkaerőpiaci Alap rehabilitációs alaprészének a regionális munkaügyi központok által kezelt (decentralizált) kerete munkahelyteremtő támogatás céljára használható fel. Ennek érdekében pályázati eljárás alapján vissza nem térítendő támogatás nyújtható a munkaadó részére olyan beruházásra, amely a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása érdekében – beruházással egybekötően – munkahely létesítésére, korszerűsítésére és fejlesztésére, továbbá létesítmény építésére, szerelésére, bővítésére, illetőleg átalakítására, biztonságosabbá tételére, valamint munkaeszközök beszerzésére, átalakítására, biztonságosabbá tételére irányul. A támogatás felső határa (más állami forrásból kapott támogatásokkal együtt) nem haladhatja meg a beruházás elismert költségeinek 80 %-át.

A támogatás feltételei: a munkaadó legalább egy éve az Ft.-ben meghatározott foglalkoztatási szint felett foglalkoztat megváltozott munkaképességű munkavállalót, a munkavállalók átlagos statisztikai létszáma a kérelem benyújtását megelőző hat hónapban elérte az 50 főt, és ebben az időszakban, valamint a kérelem benyújtásakor a munkavállalók legalább fele megváltozott munkaképességű személy. A beruházást a munkaadónak a támogatás folyósítását követő év naptári végéig meg kell valósítania és öt évig folyamatosan fenntartania és az eredeti célnak megfelelően működtetnie, továbbá 3 éves foglalkoztatási kötelezettséget kell vállalnia.

A munkahelyteremtés támogatásának eredményeit a **2. sz. mellékletben** mutatjuk be.

³¹ A foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerőpiaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható támogatásról szóló 6/1996. (VII. 16.) MüM rendelet 19/A. §.

³² A foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerőpiaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható támogatásról szóló 6/1996. (VII. 16.) MüM rendelet 19/B. §.

3.2.3. Az állami költségvetés terhére nyújtott támogatások

A rehabilitációs foglalkoztatást elősegítő bértámogatás

A rehabilitációs foglalkoztatást elősegítő bértámogatás *alanyai* a megváltozott munkaképességű munkavállalókat munkaviszony keretében foglalkoztató, a Munka Törvénykönyve 73. §-a hatálya alá tartozó munkáltatók lehetnek, akik akkreditációs tanúsítvánnyal rendelkeznek, és teljesítik a rehabilitációs foglalkoztatási kötelezettségüket. Nem támogathatóak a költségvetési szervezetek.

A foglalkoztatási rehabilitációhoz a megváltozott munkaképességű munkavállaló egészségkárosodásából, illetőleg fogyatékoságából következő alacsonyabb termelékenység kompenzálásaként, a munkabér és járulékai összegének 40-75 százaléka állapítható meg bértámogatásként a munkaképesség-csökkenés vagy az egészségkárosodás mértéke, illetve a fogyatékoság ténye szerint legfeljebb 36 hónapra, de a támogatás megállapítása ismétlődő.

A támogatás mértéke fogyatékos személyek foglalkoztatása esetén 100 százalékos is lehet, ha az akkreditált munkáltató közhasznú szervezatként bejegyzett egyesület, alapítvány, non-profit gazdasági társaság és az általa végzett tevékenység nem minősül gazdasági tevékenységnek, illetve a támogatással érintett munkavállalók foglalkoztatására nem gazdasági tevékenység keretében kerül sor.

Az Ft 41/A§-a alapján rehabilitációs foglalkoztatási kötelezettséggel(kvóta) rendelkező munkaadó számára a támogatás csak akkor állapítható meg, ha a kérelem benyújtását megelőző negyedévben rehabilitációs foglalkoztatási kötelezettségét teljesítette. Amennyiben a kvóta létszáma fölött foglalkoztat, támogatás számára az első főtől nyújtható.

A munkahelyi segítő személy foglalkoztatásához nyújtott támogatás

Amennyiben a megváltozott munkaképességű munkavállaló egészségkárosodása vagy fogyatékosága miatt a munkavégzéshez segítő személy közreműködése szükséges, akkor a munkáltató részére megtéríthető a segítségre fordított időre jutó munkabér és járulékainak együttes összege, amennyiben a segítő személy tevékenysége legalább 67 százalékban megváltozott munkaképességű vagy legalább 50 százalékos mértékű egészségkárosodással rendelkező munkavállaló munkaköri feladatainak ellátásához, az egyes munkafázisokhoz, munkafolyamatokhoz közvetlenül kapcsolódik.

A támogatás a munkahelyi segítő tevékenységéhez, a tevékenység folytatásának időtartamára, de legfeljebb 36 hónapra – többször meghosszabbítva – ismételt is nyújtható.

Rehabilitációs költségtámogatás

Rehabilitációs költségtámogatás pályázati rendszer keretében annak a közhasznú/non-profit társasági formában működő munkáltatónak nyújtható, amely kötelezettséget vállal arra, hogy munkaviszony keretében olyan személyek munkavégzését is biztosítja, akiknek – egészségi állapotuk, illetőleg fogyatékoságuk jellege miatt – nyílt munkaerőpiacon történő foglalkoztatására nincs lehetőség.

Támogatásként a munkáltató által munkaviszony keretében alkalmazott munkavállalók foglalkoztatásához kapcsolódó alábbi költségek legfeljebb 80%-a állapítható meg:

- a munkahelyi segítő személy munkabére és annak járulékai,
- a szállítás költségei,
- megváltozott munkaképességű munkavállaló

- munkabére és annak járulékai
 - munkaruha és az egyéni védőeszköz költségei,
 - munkába-járással kapcsolatos utazási költségtérítésről szóló jogszabály szerint a munkáltatót terhelő utazási költségek, valamint a munkavállaló egészségi állapotából és fogyatékoságából adódó utazási és szállítási többletköltségek,
 - munkásszállításának költségei,
 - munkavégzéséhez nélkülözhetetlen munkaeszközök költségei,
 - munka-alkalmassági vizsgálatának költsége,
- a munkavégzéshez felhasznált anyag, energia költségei,
 - a munkaszervezés költségei,
 - az irányítás költségei.

Védett foglalkoztatók költségkompenzációs támogatása

A védett foglalkoztató részére pályázati rendszer keretében megtéríthetők a megváltozott munkaképességű munkavállalók munkába járásával összefüggő személyszállítás költségei, valamint foglalkoztatásához, illetőleg a munkavégzés feltételeinek biztosításához szükséges adminisztrációs és szállítási költségek.

3.3. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatási rendszerének ellentmondásai

Ha összevetjük a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatásával kapcsolatban megfogalmazott követelményeket a jelenleg elérhető támogatásokkal, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy **a magyar támogatási rendszer sokelemű, de rendkívül ellentmondásos: esetenként túlságosan bőkezű, fontos támogatások azonban hiányoznak a rendszerből.**

Viszonylag megoldottnak látszik a rehabilitáció első szakaszának támogatása: megváltozott munkaképességű személy felvétele esetén az akkreditált munkáltatók három évig, a nem akkreditált munkáltatók egy évig jelentős mértékű bértámogatásban részesülhetnek. Lehetőség van a munkahelyek rehabilitációs célú átalakításának támogatására, de a pályázati rendszer túl bürokratikus az igények rugalmas kielégítéséhez. (A munkahely átalakításának támogatására akkor lenne szükség, amikor a fogyatékos embert fel akarja venni a munkáltató, és nem akkor, amikor a pályázatot kiírják.) A munkahelyi segítő személy foglalkoztatásához csak az akkreditált munkáltatók részére nyújtható támogatás, de közülük kevesen élnek vele,³³ ami az igénylés és elszámolás bürokratizmusával is összefügghet. A volt célszervezetek között 2007-ben végzett felmérés azt az eredményt hozta, hogy a megkérdezett közel 200 szervezet több mint 60 százaléka nem alkalmaz munkahelyi segitőt.³⁴ A másik lehetséges ok az, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók között viszonylag alacsony a súlyosan fogyatékos személyek aránya, azaz nincs szükségük munkahelyi segítőre.

A **7. sz. táblázat** adatai azt mutatják, hogy rehabilitációs bértámogatással foglalkoztatottak mindössze 10 százaléka látási fogyatékos, súlyos értelmi fogyatékos, illetve súlyos hallássérült. A súlyos mozgássérültek aránya megközelíti a 40 százalékot. Ebben az esetben azonban komoly ellentmondás, hogy a kormányrendelet értelmében a foglalkoztatás szempontjából automatikusan megváltozott munkaképességűnek számít az a személy, aki a közlekedési kedvezmény szempontjából súlyos mozgássérültnek minősül. (Az ilyen személy

³³ 2008-ban 691 személyt alkalmaztak munkahelyi segítőként.

³⁴ Balogh Z. – Czeglédi G. [2008.]

foglalkoztatása után a munkáltató a legmagasabb mértékű támogatásra jogosult.) Nyilvánvaló ugyanis, hogy a súlyos mozgáskorlátozottság általában komoly akadály a közlekedésben, de számos munkakörben nem jelent hátráltató tényezőt. További probléma, hogy a súlyos mozgássérültség megállapításának jelenlegi rendszere nem alkalmas a visszaélések kiszűrésére.

7. sz. táblázat

A rehabilitációs bértámogatásban részesülők létszámának megoszlása a támogatás jogcíme szerint (2008-ban)

A támogatás jogcíme	Létszám (fő)	Megoszlás %
Egészségkárosodása 50-79 %, rehabilitálható	118	0,0
50%-ot el nem érő egészségkárosodás, személyre szóló rehabilitáció szükséglet	3 449	10,0
50 % munkaképesség-csökkenés	7 606	22,0
67-100 % munkaképesség-csökkenés	6 993	20,3
Egészségkárosodás 79%-ot meghaladó	26	0,0
Egészségkárosodás 50-79 %	163	0,0
Látási fogyatékos	890	2,6
Súlyos értelmi fogyatékos	1 226	3,6
Súlyos hallássérült	1 324	3,8
Súlyos mozgássérült	13 326	38,7
Támogatott munkavállaló összesen	35 121	100,0

Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

A rendszer legsúlyosabb ellentmondása az, hogy **a szabályozás sem a fogyatékos személy felvételekor, sem a rehabilitációs szakaszának lezárultakor nem követeli meg a rehabilitációs intézkedés értékelését és ehhez nem ad érdemi segítséget a munkáltatóknak.** Ez lényegesen mérsékli a valószínűségét annak, hogy a fogyatékos személy olyan munkakörbe kerül, és olyan rehabilitációs lépcsősoron megy végig, amelyek teljes rehabilitációját eredményezik.

Ezen a ponton szembesülünk **a támogatási rendszer másik nagy ellentmondásával, azzal hogy az nem különbözteti meg a teljes rehabilitációt a részleges rehabilitációtól.** Ráadásul ebből a szempontból **a Munkaerőpiaci Alapból nyújtott támogatás és a költségvetési támogatás gyökeresen ellentétes logikát követ.** A Munkaerőpiaci Alapból

nyújtott támogatás maximum 12 hónapra³⁵ adható, tehát azt feltételezi, hogy a 12 hónap alatt a megváltozott munkaképességű dolgozó rehabilitációja teljes lesz, azaz a munkáltatónak megéri támogatás nélkül is továbbfoglalkoztatni a rehabilitált dolgozót. Az esetek egy jelentős részében, különösen a súlyosan fogyatékos emberek esetében ez a feltétel nem teljesül, azaz a munkáltató számára csak folyamatos támogatás mellett lenne gazdaságos a megváltozott munkaképességű dolgozó foglalkoztatása. Ez is az egyik oka annak, hogy a Munkaerőpiaci Alapból támogatott megváltozott munkaképességű dolgozók között alacsony a súlyosan fogyatékos emberek részaránya. (A másik fő ok az, hogy a súlyosan fogyatékos személyek általában nem is regisztráltatják álláskeresőként magukat. Gyakran nem is felelnek meg az ehhez szükséges összes feltételnek, pl. csak korlátozottan készek a munkavállalásra.)

Ezzel szemben a költségvetési támogatási rendszer egyik eleme, a rehabilitációs foglalkoztatást elősegítő bértámogatás **alpfeltételezése az, hogy a megváltozott munkaképességű, illetve fogyatékos munkavállaló rehabilitációja csak részleges és foglalkoztatásához folyamatos támogatásra van szükség.** A jogszabály vonatkozó rendelkezései szerint a 3 évre megítélt támogatást újra és újra meg lehet ismételni, azzal a feltétellel, hogy az érintett személy egészségkárosodása (munkaképesség-csökkenése) továbbra is fennáll. **A jogszabály tehát még a támogatás meghosszabbításánál sem írja elő a rehabilitáció eredményességének megvizsgálását.** Sőt a jogszabály még **hatékonysági követelményt sem állít a rehabilitáció elé,** hiszen ugyanolyan mértékű támogatás illeti meg a munkáltatót a rehabilitáció kezdetén, mint több éves foglalkoztatás után. Különösen elgondolkoztató ez annak ismeretében, hogy a költségvetési támogatással foglalkoztatott munkavállalók között igen alacsony a súlyosan fogyatékos személyek részaránya. (A korábbi célszervezetek körében végzett – az előzőekben hivatkozott felmérés szerint – az összes megváltozott munkaképességű dolgozónak 4-4 százaléka volt értelmi és hallássérült, 6 százaléka látássérült és 35 százaléka mozgássérült.)

Felmerül azonban az a kérdés, hogy ilyen esetekben **nem túlzott-e 36 hónapon keresztül azonosan magas** (a bér és járulékainak 40-75 százaléka) **támogatást adni a foglalkoztatáshoz.** A 36 hónap a felső határ, a gyakorlatban azonban többnyire a munkaügyi központok ezt állapítják meg, mivel a rövidebb idő megállapításához nem kaptak (szakmailag megalapozott) mérlegelési szempontokat. A költségvetési támogatási keretek nincsenek decentralizálva, ezért a munkaügyi központok nem kényszerülnek rá arra, nem érdekeltek abban, hogy rövidebb időtartamot állapítsanak meg.

A fentiek alapján meg merjük kockáztatni azt a kijelentést, hogy **az akkreditált foglalkoztatóknak a költségvetésből nyújtott bértámogatási rendszer meglehetősen bőkezű.** Tekintettel arra, hogy a megváltozott munkaképességű személyek integrált foglalkoztatása támogatásának alapvető szabályait európai bizottsági rendelet állapítja meg, az EU egyes tagállamaiban nagyon hasonló támogatási rendszerek működnek. Nem meglepő **módon a nálunk gazdagabb országok sokkal takarékosabb támogatási rendszert alakítottak ki.** Ezekben a támogatás sokkal inkább személyre szabott. Az állami munkaügyi szervek az adott személy rehabilitációs szükségleteiből kiindulva állapítják meg a támogatás mértékét és időtartamát, (ez utóbbi általában lényegesen alatta marad a 36 hónapnak), majd a rehabilitációs időszak lejártát követően értékelik a rehabilitáció eredményességét, és ennek alapján döntenek a további támogatásról.

Természetesen felvethető az az érv, hogy a bőkezű magyar rendszerben a munkáltató érdekelt a megváltozott munkaképességű személy minél teljesebb rehabilitációjában: a támogatást nem vonják el tőle, tehát minél teljesebb a rehabilitáció, annál nagyobb a haszna a

³⁵ A legalább huszonnégy hónapja álláskeresőként nyilvántartott személy foglalkoztatásához legfeljebb kétévi időtartamra.

munkáltatónak. A gond csak az, hogy egy ilyen rendszer működtetéséhez nem vagyunk elég gazdagok. A 4. táblázatból látható volt, hogy kevesebb, mint ezer akkreditációs alaptanúsítvánnyal rendelkező munkáltató élvezi a bőkezű támogatást, amely évek óta számottevő mértékben meghaladja a rendelkezésre álló költségvetési előirányzatot (lásd a **8. sz. táblázatot**). A táblázatból az látszik, hogy a túllépés különösen nagy volt 2004-ben. A 2005-től fokozatosan bevezetésre kerülő korszerűsítő intézkedések a túlszaladást némileg mérsékeltek, de annak árán, hogy a foglalkoztatottak száma közben jelentősen csökkent. 2008-ban az előirányzat „visszavágása” miatt ismét jelentős túllépésre került sor, amit csak némileg indokol a támogatással foglalkoztatottak számának a csökkenése. Következésképpen a támogatási rendszer további ésszerűsítése a költségvetési előirányzat kézben tarthatósága érdekében is nagyon fontos lenne. **A jelenlegi támogatási rendszer fenntarthatatlanságát jelzi, hogy egy ez év augusztus 26-án kihirdetett kormányrendelet³⁶ értelmében 2009. szeptember 1-jétől szünetel az akkreditációs tanúsítvány, valamint a bértámogatás megállapítása iránti új kérelmek befogadása.**

8. sz. táblázat

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának és költségvetési támogatásának alakulása (2003-2009)*

Költségvetési év	Költségvetési támogatás összesen (millió forint)		Támogatással foglalkoztatottak létszáma (fő)
	előirányzat	teljesítés	
2003	36 000,0	46 462,6	45 000**
2004	40 860,0	64 147,7	52 000**
2005	55 000,0	54 995,8	47 000**
2006	52 000,0	56 034,5	39 303
2007	51 358,7	56 147,5	45 378
2008	44 300,0	53 888,6***	52 540
2009	47 300,0		

Forrás: költségvetési törvények (2008, 2009) és a költségvetés végrehajtásról szóló törvények (2003-2007)

* A szociális foglalkoztatás adatai nélkül,

** Becsült adat

*** A 2008. évi zárszámadási törvényjavaslat tervezete alapján

A költségvetési támogatási rendszer tehát ésszerűsítésre szorul. Ennek célja azonban elsősorban nem a támogatások csökkentése, hanem azoknak az újraosztása a munkáltatók egy szélesebb köre között, a tényleges szükségletekhez igazodóan, több megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatása érdekében.

A támogatási rendszer további ellentmondása, hogy aránytalanul nagy összeggel támogatja a védett szervezeti foglalkoztatást a szociális foglalkoztatáshoz, a védett foglalkoztatáshoz és különösen az integrált foglalkoztatáshoz képest. A **9. sz. táblázatban** bemutatjuk, milyen mértékben tér el az egy megváltozott munkaképességű munkavállalóra jutó támogatás a különböző foglalkoztatási támogatási formák szerint.

Az integrált foglalkoztatást megvalósító akkreditált munkáltatók rehabilitációs foglalkoztatást elősegítő bértámogatást kapnak. (E támogatás mellett még a segítő személy foglalkoztatásához részesülhetnek támogatásban. Ez a gyakorlatban elhanyagolható mértékű.)

³⁶ A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásával kapcsolatos kormányrendeletek módosításáról szóló 168/2009. (VIII. 26.) Korm. rendelet

Egy megváltozott munkaképességű személy integrált foglalkoztatásának támogatására tehát a központi költségvetés 2008-ban átlagosan 430 ezer forintot fordított. A védett foglalkoztatók ugyanakkora bértámogatásban és emellett költségkompenzációs támogatásban is részesülnek. Ez utóbbi hozzáadásával megkapjuk, hogy egy megváltozott munkaképességű személy védett foglalkoztatásának támogatása a költségvetésnek átlagosan 780 ezer forintjába került. Ennél lényegesen alacsonyabb 530 ezer forint volt a szociális foglalkoztatás átlagos támogatási szintje, igaz e mögött az esetek jelentős hányadában csak részmunkaidős, illetve terápiás jellegű foglalkoztatás áll. Kiugróan magas viszont a védett szervezeti foglalkoztatás fajlagos támogatása. Indokolt lenne támogatásának mértékét a védett foglalkoztatás támogatási szintje felé közelíteni. A számok azt mutatják, hogy **adott összegű támogatásból lényegesen több megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatását lehetne támogatni, ha a munkavállalás nagyobb arányban integrált formában valósulna meg, illetve, ha a védett szervezeti foglalkoztatást legalább részben védett foglalkoztatással vagy szociális foglalkoztatással lehetne felváltani.**

9. sz. táblázat

A fajlagos támogatások alakulása a foglalkoztatási támogatások fajtái szerint 2008-ban

Támogatásfajta	Támogatott munkavállalói létszám fő	Támogatás összege Millió Ft	1 főre jutó támogatás Ft/fő/év
A rehabilitációs foglalkoztatást elősegítő bértámogatás	37 014	15 893	429 348
Védett foglalkoztatók költségkompenzációs támogatása	10 763	3 776	350 806
Rehabilitációs költségtámogatás	18 560	31 296	1 686 207
Szociális foglalkoztatás normatív támogatása	10 553	5 600	530 655

Forrás: A Szociális és Munkaügyi Minisztérium, valamint a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal adatai alapján végzett saját számítás.

Természetesen a munkavégzésben súlyosan akadályozott emberek esetében szükség van a védett foglalkoztatás különböző formáira is. Esetükben azonban az előbbre lépést nem a pénzügyi támogatás növelése jelenti, hanem egy olyan stabil megrendelői háttér biztosítása, amelyre a rehabilitációs foglalkoztatást tartósan építeni lehet. A jogszabályi feltételei³⁷ adottak annak, hogy közbeszerzés esetén az ajánlatkérő a részvétel jogát fenntartsa a védett műhelyek számára. A gyakorlatban azonban ez nem működik. Tekintettel arra, hogy a potenciális ajánlatkérők jelentős része a Kormány, illetve a minisztériumok közvetlen irányítása alá tartozó költségvetési szerv, a rendszer működtetése politikai elhatározás kérdése.

³⁷ 302/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a védett foglalkoztatók részére fenntartott közbeszerzések részletes szabályairól

4. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatási rendszere átalakításának irányai

Az előző fejezetben bemutatott ellentmondások feloldása két irányban célszerű megkezdeni. Az egyik irány az, hogy nagyobb szerepet kell biztosítani az integrált foglalkoztatásnak a védett foglalkoztatással szemben. A másik irány pedig a védett foglalkoztatás támogatási rendszerének korszerűsítése. A két cselekvési irány nem független egymástól, mivel a védett foglalkoztatási rendszer korszerűsítésével lehetne erőforrásokat felszabadítani az integrált foglalkoztatás ösztönzésére.

4.1. A megváltozott munkaképességű személyek integrált foglalkoztatásának elősegítése, mint alapvető célkitűzés

A fogyatékkal élő személyek³⁸ helyzetének javítását célzó hazai és nemzetközi politikai dokumentumok (stratégiák, szakpolitikák, egyezmények stb.) mind integrált foglalkoztatás fontosságát hangsúlyozzák.

Az Országgyűlés által 2006-ban elfogadott új Országos Fogyatékosügyi Program³⁹ egyik alapelve az integráció elve. A Program 4.3. pontja megállapítja, hogy a társadalmi életben való aktív részvétel elsősorban a foglalkoztatással érhető el. A Program foglalkoztatási célkitűzései között prioritást kapott (1. és 2. helyen kerül említésre és más pontokban is szerepel) az integrált foglalkoztatás elősegítése, amelynek érdekében a Program az alábbi intézkedéseket irányozza elő:

1. Gondoskodni kell a fogyatékos személyek nyílt munkapiaci munkavállalását akadályozó jogszabályi, szakmai, tárgyi körülmények felszámolásáról, a munkaadók és a fogyatékos munkavállalók érdekeltségének megteremtéséről.
2. A munkahelyi integráció elősegítése érdekében szélesíteni kell azokat az eszközöket, feltételeket, amelyek igénybevétele mellett több fogyatékos ember dolgozhat az ép emberekkel együtt.
3. Szabályozni szükséges a munkáltató rehabilitációs feladatait.
4. Valamennyi megyében ki kell építeni a foglalkozási rehabilitációs információkhoz, valamint a nyílt munkapiaci munkavállalást elősegítő foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférést.
5. Biztosítani kell a fogyatékos emberek munkavállalását elősegítő képzésekhez, át- és továbbképzésekhez való hozzáférést.

A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény⁴⁰ (a továbbiakban: Egyezmény) 27. cikke rögzíti a foglalkoztatással kapcsolatos célkitűzéseket. Ennek értelmében az Egyezmény részes államai a fogyatékos személyek munkavállalásának elősegítése érdekében az alábbi kötelezettséget vállalták:

„1. A részes államok elismerik a fogyatékossgal élő személyek munkavállaláshoz való jogát, másokkal azonos alapon; ez magában foglalja egy, a fogyatékossgal élő személyek

³⁸ A politikai jellegű dokumentumok tipikusan a fogyatékkal élő személyek helyzetének javításáról szólnak, és általában nem használják a specifikusabb megváltozott munkaképességű fogalmat.

³⁹ Az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat.

⁴⁰ Kihirdette a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény, hatályba lépett 2008. V. 3-án.

számára nyitott, befogadó és hozzáférhető munkaerőpiacon szabadon választott és elfogadott munka révén nyerhető megélhetés lehetőségének jogát.”

Az Európai Unió 2003-ban elfogadott Fogyatékosügyi Stratégiája (Akcióterve)⁴¹ az a dokumentum, amely a fogyatékos emberek társadalmi és munkaerőpiaci integrációja elősegítésének alapelveit és céljait meghatározza a 2004-2010 időszakra. Az Európai Unió fogyatékosügyi politikájában a foglalkoztatás elősegítése a leghangsúlyosabb célkitűzés. A feladat konkrét megvalósítása az Európai Foglalkoztatási Stratégia keretében történik, amely kiemelten foglalkozik a fogyatékos emberek munkaerőpiaci integrációjával. Az ezt támogató preferált eszközök az alábbiak:

- rehabilitációs – kiemelten a foglalkozási rehabilitációs – szolgáltatások minőségének javítása,
- személyre szabott megközelítés erősítése,
- foglalkoztathatóság javítása,
- az állami foglalkoztatási szolgáltatások elérhetővé tétele a fogyatékos emberek számára,
- alternatív foglalkoztatási formák bővítése.

A célkitűzések fenti felsorolásából látható az egyértelmű politikai szándék, hogy a megváltozott munkaképességű (fogyatékkal élő) személyek integrált foglalkoztatását szeretnék előmozdítani.

4.2. A megváltozott munkaképességű személyek integrált foglalkoztatása elősegítésének lehetőségei

Az integrált foglalkoztatás elősegítésének több útja is létezik. Ezeket azért fontos megkülönböztetnünk, mert a szabályozásnak, illetve az elérhető szolgáltatásoknak, támogatásoknak különbözniük kell attól függően, hogy melyik úton kívánunk járni. Természetesen a cél minél biztosabb elérése azt kívánja meg, hogy mindegyik utat járhatóvá tegyük. Célszerű ezért valamennyi lehetséges utat szemrevételezni.

Megítélésünk szerint a megváltozott munkaképességű személyek integrált foglalkoztatásának elősegítésére az alábbi utak kínálkoznak:

- a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás fenntartása a fogyatékosná válás (az egészségkárosodás) bekövetkezése után is;
- a munkaerőpiac hozzáférhetővé tétele a megváltozott munkaképességű emberek számára;
- köztes munkahely segítségével történő nyílt munkaerőpiaci elhelyezkedés elősegítése;
- a nyílt munkaerőpiacon való közvetlen elhelyezkedés elősegítése.

Vizsgáljuk meg e négy lehetőséget részletesen!

⁴¹ European Commission (2003): COM(2003) 650 final Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Equal opportunities for people with disabilities: A European Action Plan.

4.2.1. A nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás fenntartása a fogyatékosná válás (az egészségkárosodás) bekövetkezése után

A fogyatékos embereknek csak 17 százaléka született fogyatékos, a többi élete során vált azzá, jelentős arányban aktív életszakaszuk alatt, tekintettel arra, hogy a fogyatékos személyek között a 60 évnél fiatalabbak aránya 55,2 százalék.⁴² A fogyatékoságot leginkább (53,8 százalék) valamilyen tartós betegség idézi elő. Ugyanakkor a tartós betegség miatt **a rokkantnyugdíjassá válóknak csak igen kis hányada lesz ismét aktív kereső.** A KSH Népeségtudományi Kutató Intézetének „Életünk fordulópontjai” című kérdőíves vizsgálatának tanúsága szerint a 2001-ben rokkantnyugdíjasok mindössze 1 százaléka dolgozott 2004-ben, 90,2 százalékuk rokkantnyugdíjas maradt, 6,2 százalékuk öregségi nyugdíjassá, 2,5 százalékuk ún. egyéb inaktívvá vált.⁴³ **A tipikus út tehát az, hogy az egészségkárosodást követően a sérült személy felhagy a munkavégzéssel, inaktívvá válik, majd állapota stabilizálódását követően megkísérli a részleges rehabilitációt, azaz megpróbál rokkantsági ellátása megtartása mellett dolgozni.** Ez tehát többnyire nem a teljes értékű rehabilitációra irányul, mivel a munkaképességét részben elvesztő dolgozók ma abban érdekeltek, hogy rokkantsági nyugdíjat szerezzenek és a rokkantsági nyugdíj melletti munkavállalással kiegészítő jövedelemhez jussanak. Ez utóbbi érdekében gyakran olyan (szakképzettséget nem igénylő, rosszul fizetett) munkát is elvállalnak, amely nem segíti elő rehabilitációjukat. Ráadásul ilyen munkahelyek a nyílt munkaerőpiacon egyre kevésbé vannak, következésképpen még foglalkoztatásuk jelenlegi alacsony szintjét is csak speciális munkahelyek tízezreinek kiemelt támogatásával lehet fenntartani.

A nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás megőrzése szempontjából ezért alapvető jelentőségű az aktív életkorukban fogyatékosná (megváltozott munkaképességűvé) vált dolgozók érdekeltségének megváltoztatása, annak elérése, hogy a rehabilitáció révén elérhető jövedelem és biztonság meghaladja a rokkantsági ellátás és az ellátás melletti munkavégzés révén megszerezhető jövedelmet és biztonságot.

Fontos hangsúlyozni, hogy az egyéni érdekeltség megváltoztatása szempontjából **nem egyszerűen a rövidtávon elérhető jövedelemkülönbség a fontos, hanem a két életstratégiával elérhető középtávú egzisztenciális biztonság megítélése is.**

A rehabilitációban való ellenérdekeltséget azonban nem szabad kizárólag a jogi szabályozás ellentmondásaiban keresni. Számos olyan objektív tényező van ugyanis, amely azt erősíti, hogy a megromlott egészségi állapotú emberek egzisztenciális biztonságukat a foglalkoztatás helyett a rokkantnyugdíjazásban keresik:

- A rokkantnyugdíjat igénylők között túlreprezentáltak az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők és a szakképzetlenek. Számukra eleve beszűkültek az elhelyezkedési lehetőségek. Különösen kevés a se szakképzettséget, se nehéz fizikai munkát nem igénylő munkaköröknek a száma, ezért objektíve is kevés a lehetőségük arra, hogy életük 40-65 éves kora közötti szakaszában munkavégzés révén biztos egzisztenciát teremtsenek.
- Tipikus, hogy egészségi állapotuk jelentős megromlásakor a dolgozók több-kevesebb ideig kiesnek a munkából. A táppénz lejárta előtt rokkantsági nyugdíjat igényelnek és ennek megszerzése esetén elhagyják munkahelyüket. Egészségi állapotuk stabilizálódása után próbálnak meg ismét munkába állni. Ilyenkor viszont elhelyezkedési esélyeik már lényegesen rosszabbak. Ezek az emberek általában 45

⁴² Új Országos Fogyatékosügyi Program II. fejezet 1. pont.

⁴³ Idézi Monostori Judit (2008) 1. oldal.

évesek már elmúltak. Ezen életkor felett már rendkívül nehéz visszalépni a munkaerőpiacra, különösen komoly egészségkárosodással.

- Az egészségi állapot tartós és jelentős megromlása a magasabb képzettségű dolgozó számára is gyakran azt jelenti, hogy korábbi jövedelmét még teljes értékű rehabilitáció esetén sem tudja elérni. Következésképpen a rokkantsághoz kötődő ellátás és a munkából származó jövedelem együttes elérésére törekszik.
- A megromlott egészségi állapotú emberek még inkább ki vannak téve a munkanélküliség kockázatának. Érthető ezért, hogy a hosszabbtávon biztonságot nyújtó nyugdíjról még a rövidtávon magasabb jövedelmet biztosító munkavállalás kedvéért sem mondanak le.

Mindezek a tényezők azt mutatják, hogy a rokkantsági nyugdíjasok visszavezetése az integrált foglalkoztatásba igen komoly nehézségekbe ütközik. **Hatékonyabb politikának látszik a rokkantnyugdíjazás megelőzése, azaz az egészségkárosodott emberek benntartása az integrált foglalkoztatásban mindaddig, amíg rehabilitációjuk nem indul meg.** Érdemes megemlíteni, hogy itt nem magyar jelenségről van szó. Az Európai Bizottság 2008-2009-re szóló Fogyatékosügyi Akcióterve szintén azt a problémát emeli ki, hogy az egyszer már rokkantnyugdíjassá vált dolgozók nagyon nehéz visszavezetni a munkaerőpiacra. (A fent felsorolt objektív tényezők nyilván más országokban is hatnak.) **Az Akcióterv a megoldást a munkavégzést és a társadalombiztosítási ellátást jobban ötvöző rugalmas rendszerek kialakításában látja.**

Magyarországon 2008-tól a **rehabilitációs járadék** bevezetésével kísérelték meg a rokkantnyugdíjassá válás megelőzését. Az új szabályozás a rehabilitáció előtérbe állítja a rokkantosítással szemben. Kimondja, hogy a rokkantsági nyugdíjhoz szükséges mértékű (50-69 százalékos) egészségkárosodással rendelkező, de rehabilitálható emberek nem rokkantsági nyugdíjra, hanem rehabilitációs járadékokra jogosultak. Előírja, hogy a rehabilitációs járadék folyósításának ideje alatt a járadékban részesülő személyek kapjanak meg minden a rehabilitációjukhoz szükséges szolgáltatást.

Az új törvény, de még inkább a kapcsolódó kormányrendelet⁴⁴ a rehabilitációt komplex folyamatként kezeli, amelynek során egymásra épülnek az egészségkárosodott személy rehabilitációjához szükséges orvosi, szociális és foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások.

Összhangban a foglalkoztatás megőrzésének céljával **a törvény és a kormányrendelet azt preferálja, hogy a rehabilitációs járadékban részesülő személy rehabilitációjára és további foglalkoztatására a meglévő munkáltatójánál kerüljön sor** (ha van ilyen). A jogszabályok előírják, hogy amennyiben a rehabilitációs járadékos személy kereső tevékenységet folytat, akkor rehabilitációját elsősorban ennek keretében kell megkísérelni. Ennek érdekében a rehabilitációs megállapodását előkészítő munkaügyi kirendeltségnek meg kell keresnie a foglalkoztatót. A foglalkoztató a megkeresést követő 10 munkanapon belül köteles konzultációt folytatni a rehabilitációs intézkedések lehetőségéről.

A rehabilitációs járadékban részesülő személy saját munkáltatójánál történő rehabilitációjának előmozdítása érdekében módosult a Munka Törvénykönyve is, kiterjesztve a felmondási védelmet a rehabilitációs járadékban részesülő személyre is.⁴⁵

Az erőforrások korlátozottsága miatt már a rehabilitációs járadék bevezetésének előkészítésekor felmerült a kérdés, hogy első lépésben a súlyos (legalább 50 százalékos) egészségkárosodással rendelkező személyek esetében vagy a kevésbé súlyos esetekben

⁴⁴ A komplex rehabilitációról szóló 321/2007. (XII. 5.) Korm. rendelet.

⁴⁵ A Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény 91. §.

célszerű a rehabilitációt előtérbe helyezni a passzív ellátással (rokkantsági nyugdíj, szociális járadékok) szemben. Akkor több szempont mérlegelése alapján az a döntés született, hogy a rehabilitációs járadék a III. csoportos rokkantsági nyugdíj alternatívájaként kerüljön bevezetésre, és a komplex rehabilitáció lehetőségét elsőként a rehabilitációs járadékosok kapják meg. Igaz, 2008. január 1-jétől **a kormány újraszabályozta az egészségkárosodott személyek szociális járadékait**⁴⁶ is. Ennek egyik kulcsfontosságú eleme az, hogy azok a rendszeres szociális járadékban részesülő személyek, akik rehabilitációra alkalmasak, szervezett segítséget kapjanak a munkaügyi központoktól újbóli munkába állásukhoz. Az 50 százaléknál kisebb egészségkárosodást szenvedett személyek esetében azonban **nem került bevezetésre felmondási korlátozás és munkáltatójuk rehabilitációs kötelezettségei sincsenek megfelelő módon szabályozva. Ezekre a megváltozott munkaképességű személyek nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásának fenntartása érdekében feltétlenül szükség lenne.**

A Munka Törvénykönyve felhatalmazza a kormányt arra, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozók alkalmazására, foglalkoztatására és szociális foglalkoztatására vonatkozó szabályokat rendeletben megállapítsa.⁴⁷ E felhatalmazással azonban a kormány mindeddig csak a szociális foglalkoztatás esetében élt. Megítélésünk szerint ennek a kormányrendeletnek elsősorban azt az eljárást (feladatsort) kellene leírni, amelyet a munkáltatónak le kell folytatnia akkor, ha valamely dolgozója egészségkárosodása miatt nem tudja eredeti munkakörét betölteni. A rendeletnek ilyen esetekben kötelezővé kellene tennie:

- foglalkozás-egészségügyi szakorvos és rehabilitációs szakember bevonását;
- annak megvizsgálását, hogy
 - az egészségkárosodott személy továbbfoglalkoztatható-e, ha munkakörét, munkahelyét megfelelően átalakítják, illetve
 - a szervezeten belül más, számára alkalmas munkakör felajánlható-e.

Egy ilyen tartalmú kormányrendelet megalkotásával párhuzamosan **a Munka Törvénykönyvének módosításával célszerű lenne előírni, hogy a dolgozót egészségügyi alkalmatlanság címén akkor lehet csak elbocsátani, ha a munkáltató a fenti – a kormányrendeletben rögzített - feladatsort igazoltan teljesítette, és ennek ellenére munkavállalója rehabilitációját saját szervezetén belül nem tudta megoldani.**

4.2.2. A munkaerőpiac „hozzáférhetővé” tétele

A korábban munkát nem végző vagy egészségkárosodása miatt a munkából hosszabb ideje kiesett **megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci integrációja három, egymástól elkülöníthető szakaszra bontható.** Ezek a következők:

- belépés, illetve visszatérés a munkaerőpiacra, azaz aktív álláskeresővé válás,
- a foglalkoztathatóság megteremtése (a munkavégzéshez szükséges alapvető kompetenciák megszerzése), illetve javítása (pl. képzés, átképzés által),
- konkrét munkaköri követelményeknek való megfelelés (betanulás, begyakorlás).

Egyre egyértelműbb az a felismerés, hogy a foglalkozási rehabilitáció nem a munkahely kapujában kezdődik. Ebből a szempontból is figyelemre méltó az Európai Bizottság fogyatékosügyi akciótervei szóhasználatának változása. A 2004-2005-ös Akcióterv a

⁴⁶ 387/2007. (XII. 23.) Korm. rendelet az egészségkárosodott személyek szociális járadékairól.

⁴⁷ A Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. Törvény 203. § (2) bekezdés e) pont.

fogyatékos emberek munkához jutásának és munkában maradásának elősegítését jelölte meg első számú prioritásként. A 2006-2007-es Akcióterv a fogyatékos emberek foglalkoztatásának bővítését és gazdasági aktivitásának növelését állítja középpontba. A 2008-2009-es Akcióterv viszont **a munkaerőpiac hozzáférhetőségét** kívánja javítani. Világos az üzenet: a fogyatékos emberek foglalkoztatásának bővítése nem néhány száz speciális munkahely létrehozásánál múlik, hanem azon, hogy a munkaerőpiac befogadó-e a fogyatékos emberek előtt. Például:

- vonzó-e számukra a munkavállalás vagy csak alacsony presztízsű, rosszul fizetett munkahelyekre léphetnek be,
- elérhetőek-e számukra az Állami Foglalkoztatási Szolgálat (ÁFSZ) szolgáltatásai,
- vannak-e speciális, az ő igényeikhez igazodó munkaerőpiaci szolgáltatások,
- tudnak-e piacképes képzettséget szerezni?

A magyarországi helyzet ismeretében a fenti kérdésekre csak néhány esetben adhatunk igenlő választ. Az 1990-es évek második felétől kezdve a foglalkozási rehabilitáció, a megváltozott munkaképességű munkanélküliek (álláskereső) részére nyújtott speciális szolgáltatások prioritást kaptak a munkaügyi központok tevékenységében. Igen komoly eredmények születtek az ÁFSZ épületeinek fizikai akadálymentesítése terén. Minden megyében foglalkozási rehabilitációs munkacsoportot, majd Rehabilitációs Információs Centrumot hoztak létre. A későbbiekben azonban a sok egyéb prioritás miatt a foglalkozási rehabilitáció kiemelt kezelése is viszonylagossá vált. Az egységes rehabilitációs eljárást szabályozó miniszteri rendeletet is hatályon kívül helyezték. A központilag elrendelt létszámcsökkentés érintette ezt a szakterületet is.

A **3. sz. melléklet** bemutatja, hogy az elmúlt 10 évben milyen eredményességgel segítették a munkaügyi központok a megváltozott munkaképességű álláskereső elhelyezkedését. Az adatok azt mutatják, hogy a program 2001-ig tartó gyors felfutása után 2004-ig még fokozatosan javultak a program eredményességét kifejező mutatók. Ettől kezdve azonban stagnálás, sőt némi visszaesés következett be mind a programban résztvevők, mind a sikeresen elhelyezkedők számában. **A 2005-ös csúcsot követően egyre kevesebben tudtak támogatással elhelyezkedni. Emelkedett viszont az önállóan elhelyezkedni tudók száma.** E mögött a munkaügyi központoknak az a törekvése is meghúzódik, hogy egyre több információt, szolgáltatást nyújtanak a megváltozott munkaképességű álláskereső részére a támogatás nélküli elhelyezkedéshez.

Az adatok egyik szomorú érdekessége, hogy viszonylag csekély a munkaügyi központok által támogatott képzésbe került megváltozott munkaképességű személyek száma. 2001-ben még közel 2400 megváltozott munkaképességű személy vett részt az átképzésben, 2008-ban alig több mint 1000. Hasonlóan „kifulladt” a fogyatékos személyek képzésének normatív támogatása. Ezzel a 2003-ban bevezetett lehetőséggel 2004-ben már 2374 ember tudott élni. A normatív módon támogatott felnőttképzésbe kerülő fogyatékos személyek száma azonban fokozatosan csökkent. 2008-tól az érintett tárca költségvetése már nem tartalmaz előirányzatot a felnőttképzés normatív támogatására. Mindez azt jelenti, hogy **a képzés és az átképzés, amely elvileg a foglalkozási rehabilitáció egyik legfontosabb eszköze, hazánkban marginálissá vált.**

2008-tól a rehabilitációs járadékosok komplex rehabilitációjára való felkészülés érdekében ismét hangsúlyosabbá vált a foglalkozási rehabilitáció az ÁFSZ tevékenységében. Ezzel párhuzamosan bővültek az erőforrások is. Ezek azonban legfeljebb a koordinációs feladatok színvonalasabb ellátását teszik lehetővé, de nem elegendőek a foglalkozási rehabilitációs

szolgáltatások nyújtásához. Célszerű tehát, ha e szolgáltatásokat az ÁFSZ külső partnerektől, mindenekelőtt erre szakosodott civil szervezetektől veszi meg. Az elmúlt években az Európai Unió és a magyar állam (közalapítványok) támogatásával számos civil szervezet hozott létre speciális munkaerőpiaci szolgáltatásokat a fogyatékos emberek különböző csoportjai részére.⁴⁸ Ugyanakkor a fogyatékos emberek számára kidolgozott szolgáltatási modellek standardizálása elmaradt. A munkaügyi központok és a civil szervezetek együttműködése esetleges.

A munkaerőpiac hozzáférhetővé tételének szempontjából az igazi előre lépést az jelentené, ha a számos kísérleti modell, program és módszer közül a Minisztérium kiválasztaná a valóban sikeresnek bizonyulókat. Ezeket standardizálná, és országsszerte elérhetővé tenné a munkaügyi központokban vagy a munkaügyi központokkal szerződésben álló külső szolgáltatóknál.

A kísérleti modellek, programok, módszerek standardizálása alatt azt értjük, hogy a minisztérium kielemezteti e kísérleteket abból a szempontból, hogy melyek voltak eredményesek és mely tényezők, jellemzők következtében bizonyultak sikeresnek. Az így feltárt „sikerkritériumokat” (tényezőket, jellemzőket) a minisztérium jogszabályban vagy más alkalmas formában megállapítja (rögzíti) és nyilvánosságra hozza. Ettől kezdve a hasonló célú programokra kiírt pályázatoknál, illetve e programok támogatásánál a sikerkritériumok, mint pályázati, jogszabályi feltételek szerepelnek. Például, ha az elemzés azt állapította meg, hogy a fogyatékos személyek integrált foglalkoztatására irányuló kísérleti programok közül azok voltak eredményesek, amelyek a családtagokat is bekapcsolták a tanácsadási folyamatba és utókövetési elemet is tartalmaztak, akkor az ezt követően kiírt pályázatokban ezt a két elemet kötelező feltételként célszerű szerepeltetni, és e programelemek megvalósításához támogatást szükséges biztosítani.

A szolgáltatások standardizálásának első lépései megtörténtek: megkezdődött a munkaerőpiaci szolgáltatások monitorozása, a civil szolgáltatók javaslatot tettek a standardizálás mikéntjére. Az ÁFSZ pedig az Európai Unió forrásaira épülő TÁMOP 1.3.1. kiemelt projekt keretében igen jelentős szolgáltatásfejlesztést indíthat el a komplex rehabilitációhoz kapcsolódóan.

4.2.3. A nyílt munkaerő-piaci elhelyezkedés elősegítése köztes munkahellyel

A korábban munkát nem végző vagy egészségkárosodása miatt a munkából hosszabb ideje kiesett fogyatékos emberek munkaerőpiaci integrációjának második lépése a foglalkoztathatóság javítása. E fogyatékos emberek ugyanis a rendszeres munkavégzéshez szükséges alapvető kompetenciákkal sem rendelkeznek, azaz rendszeres munkavégzésre még alkalmatlanok. Következésképpen az integrált, azaz piaci körülmények között működő foglalkoztatóktól nem várható el, hogy ilyen embereket foglalkoztassanak. Az integrált foglalkoztatásra való felkészítés szempontjából nagyon fontos, hogy legyenek olyan „gyakorló helyek”, ahol ezek a kompetenciák elsajátíthatóak. Az integrált foglalkoztatást tehát megelőzi egy olyan munkahelyen történő foglalkoztatás, amely felkészíti a fogyatékos személyt az integrált foglalkoztatásra. A szakirodalom ezekre a munkahelyekre több elnevezést is használ: gyakorló hely, köztes munkahely, tranzit-munkahely, közvetítő munkahely. E fogalmak még nem igazán letisztultak.

⁴⁸ A 4M (Megoldás Munkáltatóknak és Megváltozott Munkaképesség, munkavállalóknak) hálózathoz 19 szolgáltatás kapcsolódik. A Munka-esély hálózatot 11 szolgáltató működteti. A TF (Támogatott Foglalkoztatás) szolgáltatások hálózata 7 szervezetet tömörít. Komplex Munkaerőpiaci Szolgáltatás jelenleg 5 helyszínen működik. A Szombathelyi Regionális Szociális Forrásközpont Kht. munkaasszisztensi hálózata 7 Vas megyei településen működik.

E tanulmányban a legáltalánosabb értelemben a **köztes munkahely** elnevezést használjuk, **minden olyan munkatapasztalat szerzést is biztosító szervezetet értünk rajta, amelynek célja a fogyatékos emberek felkészítése az integrált foglalkoztatásra.** A köztes munkahelyek négy típusát különböztetjük meg:

▪ **Képző-gyakorló szervezet** (a továbbiakban: **gyakorló munkahely**)

Ebben az esetben a köztes munkahely felkészíti a fogyatékos személyt a munkavállalásra, a munkaerőpiacon hasznosítható képzést nyújt (szervez) részére, munkahelyi gyakorlatot biztosít vagy szervez részére, segítséget nyújt a nyílt munkaerőpiacon történő elhelyezkedéséhez. E megoldás előnye, hogy képzéshez is juttatja a fogyatékos személyt. A köztes szervezet termelő tevékenységet nem végez, tehát nem érdekelt abban, hogy a kiképzett fogyatékos emberek nála maradjanak. A megoldás hátránya, hogy valódi foglalkoztatási szakaszt nem tartalmaz.

▪ **Foglalkoztató, munkaközvetítő szervezet** (a továbbiakban: **közvetítő munkahely**)

Ebben az esetben a köztes munkahely folytat valamilyen termelő, szolgáltató tevékenységet, amely alkalmas a munkatapasztalat szerzésre, de alapvetően feladata a fogyatékos emberek kiközvetítése integrált munkáltatókhoz. E megoldás előnye, hogy a szervezet élő kapcsolattal rendelkezik a nyílt munkaerőpiaci munkáltatókkal, hatékonyan tudja az általa alkalmazott fogyatékos emberek képességeit és a munkáltatók munkaköri követelményeit egymáshoz illeszteni. A szervezet a sikeres munkaközvetítésben érdekelt. A megoldás hátránya, hogy viszonylag szűk körű a szervezet által nyújtott gyakorlatszerzési lehetőség.

▪ **Szolgáltató rehabilitációs foglalkoztató**

A rehabilitációs foglalkoztató külső szervezetek telephelyén végez szolgáltató tevékenységet, ahol a munkavállalói fokozatosan alkalmazkodni tudnak az integrált foglalkoztatási körülményekhez. E megoldás előnye, hogy a fogyatékos személy az első perctől kezdve integrált környezetben dolgozik. Hátránya, hogy a fogyatékos személyek átkerülését integrált foglalkoztatókhoz semmi sem ösztönzi, illetve segíti elő.

▪ **Védett vagy rehabilitációs foglalkoztató** (a továbbiakban: **tranzitfoglalkoztató**)

Ebben az esetben a köztes munkahely védett vagy rehabilitációs foglalkoztató, amely alapvetően termelő, szolgáltató tevékenységet végez. E megoldás előnye, hogy többféle munkakörben valóságos munkatapasztalatot, begyakorlottságot tud biztosítani a fogyatékos munkavállalók számára. E megoldás hátránya, hogy a köztes munkahely nem szívesen veszíti el gyakorlott dolgozóját, illetve e munkahelyek általában nem a legkorszerűbb technológiát alkalmazzák.

Az ilyen típusú munkahelyek mellett elvileg a - korábban a szociális foglalkoztatás egyik típusaként bemutatott - fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás és a védett foglalkoztatás keretében működő közösségi munkavégzés is az integrált foglalkoztatáshoz szükséges kompetenciák megszerzését szolgálja. Ugyanakkor igen kicsi azoknak a fogyatékos személyeknek a száma, akik a szociális vagy a védett foglalkoztatást követően a nyílt munkaerőpiacon helyezkednek el. Ez nemcsak Magyarországra jellemző, hanem kedvezőtlenek a nemzetközi tapasztalatok is. A svéd célszervezetek számára például előírás, hogy évente legalább fogyatékos munkavállalóik 5 százalékát helyezték el a nyílt munkaerőpiacon. Ezt a célkitűzést azonban csak a legkritikább esetben tudják elérni. Ezért érdemes itt is számba venni az ellenérdekeltséget teremtő és az egyéb akadályozó tényezőket:

- A védett foglalkoztatóknak⁴⁹ komoly termelési feladataik is vannak, következésképpen a begyakorlott, jól teljesítő dolgozók számukra is komoly értéket jelentenek. Tőlük nem szívesen válnak meg, hiszen kiesésük hátráltatná a termelési folyamatot.
- A védett foglalkoztatók általában olyan munkaigényes technológiát alkalmaznak, amelyet a nyílt munkaerőpiacon működő szervezetek számára nem gazdaságos működtetni. Ezért a védett foglalkoztatóknál szerzett munkatapasztalat szakmai része gyakran nem releváns a nyílt munkaerőpiaci munkáltatók számára. (Természetesen a munkavégzés során szerzett általános kompetenciák elősegíthetik az integrált foglalkoztatást is.)
- Mint már korábban említettük a védett foglalkoztatók jelentős része csak nyomott áron tudja termékeit, szolgáltatásait értékesíteni. Ezért folyamatos támogatásra szorul. A piacra is termelő szervezetek esetében azonban az európai közösségi szabályok csak azt teszik lehetővé, hogy fogyatékos emberek alacsonyabb termelékenységéből adódó, illetve a foglalkoztatásukhoz közvetlenül köthető többletköltségeket kompenzálja az állami támogatás. A korszerűtlen termékstruktúra miatti veszteségek megtérítésére nincs lehetőség, mivel az piacszavaró lenne. A támogatásra viszont szükségük van. Ezt akkor tudják megszerezni, ha olyan fogyatékos embereket is nagy arányban foglalkoztatnak, akik már kellően begyakorlottak és az adott munkakörben munkájuk termelékenysége alig marad el az ép dolgozók teljesítményétől. Ilyen módon tudják az alacsonyabb termelékenység címén adott támogatást a korszerűtlen termékstruktúra miatti veszteségek kompenzálására fordítani. Számukra tehát túlélési kérdés az, hogy begyakorlott fogyatékos munkavállalóikat ne veszítsék el.

A leírtakból az következik, hogy **a védett foglalkoztatók támogatási rendszerének megváltoztatása nélkül ezek a szervezetek nem fogják fogyatékos munkavállalóik integrált foglalkoztatását szorgalmazni.** Miért válnának meg egy gyakorlott dolgozótól, ha utána is megkapják ugyanazt a támogatást, mint egy minden tapasztalat nélküli fogyatékos munkavállaló után. **A változtatást három irányban célszerű végrehajtani:**

- a) A munkatapasztalat-szerzés és a begyakorlás szakaszaiban magasabb támogatást kellene megállapítani, mint a rehabilitációs foglalkoztatás későbbi szakaszaiban, hiszen ha a rehabilitáció első időszaka sikeres volt, akkor ezt követően a fogyatékos személy termelékenysége már kevésbé marad el az épek teljesítményétől.
- b) Külön premizálni lehetne azt, ha a védett foglalkoztató dolgozója a nyílt munkaerőpiacon helyezkedik el, (és legalább 6 hónapig folyamatosan foglalkoztatják).
- c) A fogyatékos személyek egy részét eleve tranzitálását ösztönző feltételekkel vegyék fel a védett foglalkoztatók, azaz utánuk csak 12-18 hónapra kapjanak bértámogatást, de például magasabb átképzési támogatással is segíteni lehetne a dolgozók versenyképes szakmára történő felkészülését.

4.2.4. A nyílt munkaerőpiacon való közvetlen elhelyezkedés elősegítése

A sokféle segítséget igénylő megváltozott munkaképességű álláskeresők integrált foglalkoztatóhoz való közvetlen kiközvetítése **elsősorban olyan speciális munkaerőpiaci szolgáltatás révén lehet sikeres, amely a hagyományos munkaközvetítői tevékenység mellett magában foglalja a fogyatékos személy (és családja) felkészítését a**

⁴⁹ Az egyszerűség kedvéért védett foglalkoztatóról beszélünk, de a leírtak jelentős részben vonatkoznak a védett szervezeti szerződéssel rendelkező társaságokra és a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra is.

munkavállalásra, a munkáltató alkalmassá tételét fogyatékos munkavállalók alkalmazására, a foglalkoztatási folyamat segítését, utókövetését.

Az ÁFSZ a megváltozott munkaképességű (fogyatékos) személyek számára a hagyományos munkaközvetítés mellett több egyéb szolgáltatást is nyújt. E szolgáltatások azonban nem fedik le az integrált foglalkoztatás sikeres elősegítéséhez szükséges összes szolgáltatást és nincsenek meg azok a humán erőforrások sem, amelyekkel 30-40 ezer megváltozott munkaképességű álláskereső személy részére valóban személyre szabott szolgáltatást lehetne nyújtani. Ezért célszerű, ha ezt a komplex szolgáltatást a fogyatékos emberek (egy-egy csoportja) érdekében tevékenykedő közhasznú vagy kiemelten közhasznú szervezet nyújtja az ÁFSZ-szel kötött megállapodás alapján.

Az elmúlt néhány évben számos kísérlet történt a fogyatékos személyek munkavállalását segítő komplex munkaerőpiaci szolgáltatás kialakítására. E kísérleti programok alapján tehát megjelölhetőek azok az elemek, amelyből egy, a fogyatékos emberek integrált foglalkoztatását segítő komplex szolgáltatásnak össze kellene állnia.

4.3. Munkáltatói érdekeltség megteremtése

A fent ismertetett négy lehetőség mindegyike azt feltételezi, hogy az integrált foglalkoztatásra képes munkáltatók érdekeltté válnak megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásában. Nézzük meg, hogy erre milyen lehetőségek kínálkoznak!

Az akkreditációs rendszer egyszerűsítése

A 3.3. alfejezetben rámutattunk a támogatási rendszer ellentmondásaira. A jelenlegi támogatási rendszerben anyagilag csak az akkreditált foglalkoztatók érdekeltek abban, hogy olyan súlyosan fogyatékos, egészségkárosodott személyt alkalmazzanak, akiknek a munkateljesítménye sikeres rehabilitáció esetén is elmarad az ép munkavállalók átlagos teljesítményétől, és akik a munkáltató részéről folyamatos odafigyelést, törődést igényelnek. Ugyanakkor a munkáltatók jelentős része az akkreditációval együtt járó terheket túlzottnak érzi. Ezt **az ellentmondást az akkreditáció egyszerűsítésével lehetne feloldani.**

Megítélésünk szerint indokolt, hogy a fogyatékos személyek foglalkoztatása után a munkáltató csak akkor részesüljön támogatásban, ha tényleg olyan munkafeltételeket teremt, amelyek között a fogyatékos munkavállaló rehabilitációja - egészségét, személyi integritását nem sértő módon - megvalósul. Egyfajta akkreditációra tehát szükség van. Ennek feltételeit azonban úgy kell megállapítani, hogy ne néhány száz, hanem több ezer munkáltató vállalja az akkreditációt.

Az egyszerűsítésre több lehetőség is kínálkozik. Az első **az egész akkreditációnak a lényeges egyszerűsítése**, a feltételek könnyítése, különösen az alaptanúsítvány megszerzésekor. Ennek részletezése meghaladná e tanulmány kereteit. Az egyszerűsítésre - gyakorlati tapasztalatok alapján - egészen konkrét javaslatokat dolgozott ki a Salva Vita Alapítvány.⁵⁰

Második lehetőségnek **egy egyszerűsített akkreditációs tanúsítvány bevezetése** látszik. Ezt olyan munkáltatók igényelhetnék, akik maximum 3 megváltozott munkaképességű munkavállalót foglalkoztatnak, illetve terveznek foglalkoztatni.

A harmadik lehetőség **egyes munkakörök akkreditálásának lehetővé tétele**. Korábban írtunk arról, mennyire szükséges a hagyományos munkaköröket a megváltozott

⁵⁰ Halmos Szilvia – Aubel Ervin – Csányi Zsuzsanna – Vég Katalin [2008.]

munkaképességű személy képességeihez illeszteni. Az erre irányuló eddigi kísérletek révén számos olyan munkakört sikerült kialakítani, amelyek belépő munkahelyül szolgálhatnak fogyatékos emberek számára az integrált foglalkoztatásba. Különösen az enyhén értelmi sérült személyek számára kialakított munkakörök (kertgondozó, árufeltöltő) olyanok, amelyek sok munkáltatónál előfordulnak. Például egy nagyáruház egy-két értelmi fogyatékos fiatal foglalkoztatása kedvéért nem fogja az egész telephelyét akkreditáltatni, ha azonban lehetőség nyílna tipikus munkakörök akkreditációjára, akkor valószínűleg többen élnének ezzel a lehetőséggel.

Természetesen az akkreditáció egyszerűsítése azzal a veszéllyel jár, hogy több munkáltató akkreditáltatja magát és válik jogosulttá a támogatásra, miközben a jelenlegi támogatási keretek is szűkösek. Ezen feszültséget egyfelől a támogatási rendszer jelenlegi, túl bőkezű támogatásainak takarékosná tételével lehetne feloldani. Másfelől elképzelhetőnek tartjuk, hogy **az egyszerűsített akkreditációhoz csak csökkentett mértékű támogatás tartozzon.**

A támogatási rendszer átalakítása

Az akkreditált foglalkoztatók támogatási rendszerében hosszabb távon egy olyan intézkedés hozhatja a legnagyobb – a rendszeren belül átcsoportosítható – megtakarítást, amely e munkaadókat a teljes rehabilitációban teszi érdekeltté. Sikeres rehabilitáció esetén ugyanis a megváltozott munkaképességű személyek jelentős részét csökkenő támogatás mellett, majd pedig támogatás nélkül is lehet hatékonyan foglalkoztatni. Ennek megfelelően a támogatás **három éves időszakának meghosszabbítására csak a súlyosan egészségkárosodott (fogyatékos) munkavállalók esetében, és csak akkor kerülne sor, ha az érintett személy a sikeres rehabilitáció ellenére sem képes átlagos teljesítménnyel, önállóan dolgozni.** Ennek feltétele a munkahelyi rehabilitációs folyamat eredményességének érdemi értékelése egy külső szakértői szervezet által. Az értékelés megállapítaná, hogy a rehabilitáció sikeres volt-e, és az adott fogyatékos személy rehabilitációja teljes vagy részleges. Ha a teljes rehabilitáció megvalósult, akkor a továbbiakban a munkáltató e személy után foglalkozási rehabilitációs támogatást már nem vehetne igénybe.

Amennyiben a rehabilitáció annak ellenére is csak részleges, hogy a munkáltató minden szükséges intézkedést megtett, akkor a munkáltató a továbbiakban is jogosult marad foglalkozási rehabilitációs támogatásra. Természetesen egy ilyen értékelési rendszer módszertani, személyi, tárgyi és jogszabályi feltételeit még meg kell teremteni. Egy ilyen rendszer létrehozásának és működtetésének költségei a várható megtakarításokból rövid idő alatt megtérülnének.

A költségvetési szervek érdekeltiségének megteremtése

A munkáltató érdekeltiség megteremtésének az egyik fehér foltja a költségvetési szervek területe. Ők az akkreditációból és a költségvetési támogatásból is ki vannak zárva, holott nyilvánvaló, hogy a fogyatékos emberek foglalkoztatásának egy fontos potenciális terepét jelentik. Vannak olyan országok, ahol a munkaerőpiacon hátrányban lévő emberek ún. „belépő” munkahelyeinek nagy részét állami intézményekben teremtik meg. Nálunk valami hasonló, de a tartós foglalkoztatás szempontjából zsákutcás megoldás a közhasznú foglalkoztatás. A fogyatékos emberek számára azonban még ez a lehetőség sem elérhető. Ennek figyelembevételével feltétlenül **indokoltnak látszik egy olyan intézkedési csomag kidolgozása, amely kifejezetten a fogyatékos emberek költségvetési intézményekben történő foglalkoztatását segíti elő.**

4.4. A foglalkozási rehabilitációval kapcsolatos megállapítások és javaslatok összefoglalása

A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása támogatási rendszerével foglalkozó 2., 3. és 4. fejezetek összefoglalásaként az alábbi megállapításokat szeretnénk kihangsúlyozni:

- a.) Nincsenek egyértelműen meghatározva a támogatási rendszer céljai, következésképpen nem állapítható meg, hogy az egyes eszközök (támogatások, szolgáltatások) jól szolgálják-e a célok elérését. Megítélésünk szerint a támogatási rendszer elé két célt érdemes kitűzni:
 - Az egészségkárosodott (fogyatékos) emberek a minél nagyobb arányban teljes rehabilitációban részesüljenek, és ezt követően folyamatos támogatás nélkül lehessen őket foglalkoztatni.
 - A súlyos egészségkárosodás vagy fogyatékoság következtében a munkavégzésükben tartósan akadályozott munkaképes korú emberek számára is biztosított legyen az állapotuknak megfelelő értelmes munkavégzés, kiegészítő jövedelemszerzés lehetősége.
- b.) A két cél elérése különböző eszközrendszerrel igényelné. A célok és eszközök harmonikus egymáshoz rendelése azonban nem történt meg. Ezért a támogatási rendszer egyes elemei pazarlóak, más elemei viszont túl szigorúak és indokolatlan korlátozásokat tartalmaznak. A túl nagyvonalú támogatások következtében a támogatási rendszer pénzügyileg fenntarthatatlanná vált. Az egész rendszer átfogó korszerűsítésre szorul.
- c.) Az átalakítás célszerű iránya az integrált foglalkoztatás súlyának növelése. Ez a pénzügyi támogatások fajlagos csökkentésével is lehetséges lenne, ha
 - a munkaerőpiaci szolgáltatások jobban felkészítenék a megváltozott munkaképességű embereket a nyílt munkaerőpiacon való elhelyezkedésre,
 - az akkreditációs rendszer egyszerűsödne,
 - a munkáltatók több szakmai és rugalmasabb pénzügyi támogatást kapnának munkaköreik rehabilitációs célú átalakításához,
 - megszületne a munkáltatók rehabilitációs feladatait, kötelezettségeit előíró jogszabály,
 - a költségvetési intézményeket is érdekeltté tennék megváltozott munkaképességű dolgozók alkalmazásában.

5. A komplex rehabilitáció, kiemelten az orvosi rehabilitáció fejlesztésének lehetőségei

5.1. A komplex rehabilitáció fogalma és legfontosabb elemei

A rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény (a továbbiakban: Rjtv.) a következőképpen határozza meg a rehabilitáció fogalmát: a külön jogszabályban meghatározott orvosi, foglalkoztatási, szociális, képzési és egyéb tevékenységek komplex rendszere, amelynek célja az egészségkárosodást szenvedett személy szakmai munkaképességének biztosítása. Az Rjtv. felhatalmazása alapján a Kormány a komplex rehabilitációról szóló 321/2007. (XII. 5.) Korm. rendeletben (a továbbiakban: **R.**) megállapította a rehabilitáció részét képező szolgáltatások körét, a rehabilitációval kapcsolatos eljárási szabályokat, az együttműködésre, a rehabilitációs megállapodás megkötésére, a rehabilitációs tervre vonatkozó előírásokat. Az **R.** határozza meg azokat a rendelkezéseket is, amelyeket a komplex minősítés során a rehabilitálhatóság, a rehabilitáció lehetséges iránya, valamint a rehabilitációs szükségletek megállapításával összefüggésben kell alkalmazni. Ezáltal az **R.** a rehabilitációval összefüggő valamennyi – kormányrendeleti szintű – szabályt egy logikai láncra felfűzve, egységes szemléletben tartalmazza.

Bár a leírt rendszer csak a rehabilitációs járadékra jogosult személyek komplex rehabilitációjának folyamatát tartalmazza, mintául szolgálhat a megváltozott munkaképességű személyek más csoportjai rehabilitációja számára is. Ezért az **R.**-ben szabályozott folyamatot érdemes tömören, az általánosítható elemeket kiemelve bemutatni.

Az Rjtv. értelmében a rehabilitációs járadék megállapításának egyik jogosultsági feltétele, hogy az ellátást igénylő személy rehabilitálható legyen. A rehabilitálhatóságról, a rehabilitáció lehetséges irányáról, a rehabilitációs szükségletekről, valamint a rehabilitációhoz szükséges időtartamról az ORSZI keretében működő szakértői bizottság a komplex minősítés keretében ad szakvéleményt.

A jogi szabályozás megkülönbözteti a rehabilitáció lehetséges és konkrét irányát. A rehabilitáció lehetséges irányait az érintett személy egészségkárosodásának, szakmai munkaképessége változásának, valamint a rehabilitációt segítő szolgáltatások rendelkezésre állásának alapján lehet megállapítani. A rehabilitáció lehetséges irányaként az egészségkárosodás jellegétől és súlyosságától függően több foglalkozás, foglalkozási alcsoport, csoport megjelölésére is sor kerülhet. A rehabilitáció konkrét iránya ennél értelemszerűen szűkebb, a lehetséges irányok közül azt a foglalkozást, munkakört, esetleg munkaköröket tartalmazza, amelyekben – amennyiben a szolgáltatások rendelkezésre állnak - az adott személy rehabilitációja a legsikeresebbnek ígérkezik.

Az **R.** a rehabilitáció lehetséges irányát két főirány mentén határozza meg. Az első főirány a rehabilitációra szoruló személy alkalmassá tétele a jelenlegi, illetve az egészségkárosodása előtti vagy a meglévő képzettségének megfelelő munkakörben történő foglalkoztatásra, ideértve a munkakör, a munkafeltételek megfelelő átalakítását is. Ezért az **R.** értelmében az ORSZI szakértői bizottsága elsőként ennek lehetőségét vizsgálja meg és kedvező esetben a rehabilitáció egyik lehetséges irányaként e munkakört (munkaköröket) jelöli meg.

A második főirány a rehabilitációra szoruló személy átképzése, betanítása olyan új szakmára, amelyben egészségkárosodása jellegéből következően alkalmas vagy alkalmassá tehető a foglalkoztatásra.

A rehabilitáció lehetséges irányainak ismeretében lehet az adott személy rehabilitációs szükségleteit pontosan megállapítani. A szakértői bizottság a rehabilitációs szükségletek három körét határozhatja meg:

- orvosi rehabilitációs szükségleteket,
- szociális rehabilitációs szükségleteket és
- foglalkoztatási rehabilitációs szükségleteket.⁵¹

A rehabilitációs szükségletek megállapításának az a célja, hogy meg lehessen jelölni azokat a rehabilitációs szolgáltatásokat, amelyek elősegítik az érintett személy rehabilitációját. Az orvosi rehabilitációs szükségletek és szolgáltatások köre annyira szerteágazó és az orvos-szakmai szabályok által meghatározott, hogy a részletes felsorolására az **R.**-ben nem került sor. Az alapvető osztályozásukat jelenleg a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény tartalmazza. A foglalkoztatási és a szociális rehabilitációs szükségleteket és az azok kielégítésére alkalmas szolgáltatásokat azonban az **R.** melléklete összefüggő rendszerként határozza meg. Ez azt jelenti, hogy a melléklet táblázatos formában egymáshoz rendeli a szükségleteket és az azok kielégítéséhez általában szükséges szolgáltatásokat. Ugyanakkor lehetőséget ad arra, hogy a szakértői bizottság az egyén élethelyzete alapján adott szükségletekhez más, a mellékletben felsorolt szolgáltatást állapítson meg. A rendelet melléklete csak olyan szociális rehabilitációs szolgáltatásokat nevesít, amelyeket a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény tartalmaz, nevezetesen

- házi segítségnyújtás
- családsegítés
- támogató szolgáltatás,
- közösségi ellátás,
- nappali ellátás,
- átmeneti szállás.

Hasonlóképpen a melléklet olyan foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatásokat sorol fel, amelyeket a munkaügyi központok más jogszabályok, elsősorban a 30/2000.(IX.15.) GM rendelet alapján jelenleg is nyújtanak, illetve támogatnak (külső szolgáltatóktól igénybe vesznek), ezek:

- munkatanácsadás,
- pályamódosítási tanácsadás,
- álláskeresési tanácsadás,
- pszichológiai tanácsadás,
- előzetes szakmai alkalmassági vizsgálat,
- munkaközvetítés.

Újdonságot jelent ugyanakkor a szociális és a foglalkoztatási rehabilitációs szükségletek meghatározása, mivel erre korábban még sehol sem került sor. A szociális rehabilitációs szükségletként a jogszabály az alapvető szociális szükségletek közül azokat nevesíti,

⁵¹ Ebben a felosztásban a pszichológiai rehabilitációs szükségletek a szociális, a képzési rehabilitációs szükségletek pedig a foglalkozási rehabilitációs szükségletek között jelenhetnek meg.

amelyeknek a kielégítése a rehabilitáció szempontjából is döntő fontosságú lehet (fizikai biztonság biztosítása, önellátó képesség javítása, érzelmi kapcsolatok erősítése, konfliktusok kezelése, közlekedési nehézségek megoldása, közösségi kapcsolatok kialakítása, erősítése). A foglalkoztatási rehabilitációs szükségleteket viszont aszerint osztályozza az **R.** melléklete, hogy a rehabilitáció (lehetséges) iránya mennyire esik távol az érintett személy eredeti foglalkozásától. Ennek alapján a következő négy foglalkoztatási rehabilitációs szükségletet sorolja fel:

- eredeti munkakörben történő rehabilitáció elősegítése,
- korábban gyakorolt foglalkozásban történő rehabilitáció elősegítése,
- szakképzettségnek megfelelő nem gyakorolt foglalkozásban történő rehabilitáció elősegítése,
- új képzettséget, betanítást igénylő foglalkozásban történő rehabilitáció elősegítése.

A rehabilitálhatóság mindig az adott személy konkrét körülményeinek, helyzetének mérlegelése alapján ítélni lehet, ezért az **R.** definíciót nem tartalmaz erre vonatkozóan. Meghatározza viszont azokat a szempontokat, amelyeket a szakértői bizottságnak a rehabilitálhatóság megállapítása során figyelembe kell vennie. Ezek a szempontok: az érintett személy egészségkárosodásának mértéke, szakmai munkaképessége, személyi adottságai, képzettsége, szakmai gyakorlata, a rehabilitációt is befolyásoló szociális körülményei, közvetlen és tágabb fizikai, társadalmi környezete és munkaerőpiaci lehetőségei.

Az a személy, akinek a rehabilitációs járadékra való jogosultságát jogerősen megállapították az állami foglalkoztatási szervvel történő együttműködésre köteles. Az együttműködés magában foglalja a kirendeltséggel történő rehabilitációs megállapodás megkötésének és az abban foglaltak teljesítésének a kötelezettségét.

A járadékos személyt úgy lehet a komplex rehabilitációban való részvételre kötelezni, ha a rehabilitációs tervben nevesítésre kerülnek a rehabilitációs szakvéleményben feltüntetett orvosi és szociális rehabilitációs szükségleteket kielégítő szolgáltatások is. Ezért ezt az **R.** tételesen előírja. E szolgáltatásokra a járadékos személy az egészségügyi, egészségbiztosítási jogszabályok, illetve a szociális jogszabályok alapján jogosult, azokat az ott meghatározottak szerint igénybe veheti. További jogosultsági szabályokat tehát az **R.** nem tartalmaz.

A rehabilitációs tervben rögzítendő orvosi és szociális rehabilitációs szükségletek és szolgáltatások esetében a jogszabályok nem adnak mérlegelési lehetőséget a kirendeltség részére, mivel azokat a szakértői bizottság szakvéleményében foglaltak alapulvételével kell a rehabilitációs tervben feltüntetniük.

A foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatások esetében már nagyobb a kirendeltség döntési jogköre. A kirendeltségnek a rehabilitációs tervben csak azokat a foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatásokat kell feltüntetnie, amelyek a rehabilitáció konkrét irányaként megjelölt foglalkozás, munkakör betöltéséhez szükségesek.

Az **R.** előírja, hogy a rehabilitációs tervbe bele kell foglalni a szükséges foglalkoztatási, orvosi és szociális rehabilitációs szolgáltatások felsorolását, időbeni sorrendjét, valamint a rehabilitációs szolgáltatások igénybevétele érdekében a járadékos személy kötelezettségeit és ezek teljesítésének határidejét.

A rehabilitációs szolgáltatások biztosítása tekintetében is különbséget tesz az **R.** egyfelől az orvosi és a szociális, másfelől a foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatások között. Ez utóbbiak esetében a rehabilitációs tervnek tartalmaznia kell a regionális munkaügyi központnak a szolgáltatások biztosításra vállalt kötelezettségeit és ezek teljesítésének

határidejét is. E szolgáltatások nyújtása ugyanis a regionális munkaügyi központ feladata. Ezzel szemben az orvosi és szociális rehabilitációs szolgáltatások tekintetében a regionális munkaügyi központnak nincs szolgáltatási kötelezettsége, következésképpen a rehabilitációs tervben csak a szolgáltatások igénybevételéhez szükséges segítségnyújtás formáit kell rögzíteni. Ez elsősorban rehabilitációs mentor kijelölésével történhet.

A rehabilitációs mentor alapvető feladata az, hogy a járadékos személyt segítse a rehabilitációs tervben foglaltak teljesítésében. Információnyújtással, az önálló munkába álláshoz szükséges személyes tanácsadással, szükség esetén személyes kíséret biztosításával támogatja az ügyfelet abban, hogy a részére megállapított (szükségesnek tartott) orvosi, szociális és foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatásokat igénybe tudja venni, illetve a felajánlott munkahelyeket felkeresse, valamint foglalkoztatás esetén a munkahelyére beilleszkedjen. A mentor szükség esetén együttműködik a rehabilitációs szolgáltatást nyújtó szolgáltatókkal, szervezetekkel és személyekkel, rendszeres kapcsolatot tart az ügyféllel és ennek során közreműködik a rehabilitáció akadályainak elhárításában. Jelzi a kirendeltségnek, ha a rehabilitációs megállapodásban foglaltak végrehajtását ellehetetlenítő körülmény merül fel. Szükség esetén közreműködik a rehabilitációs megállapodás módosításában.

A rehabilitáció további eleme lehet az átképzés és a betanítás, valamint a járadékos személy számára, illetve az őt foglalkoztató munkaadó számára nyújtható támogatás. Ezek mértékét és időtartamát is rögzíteni kell a rehabilitációs tervben. Az **R.** csak utal arra, hogy a rehabilitációs tervbe a járadékos személyek részére külön jogszabályok alapján adható szolgáltatásokat és támogatásokat lehet beépíteni.

Összegzésként a komplex rehabilitáció fent ismertetett folyamatából az alábbi elemeket célszerű kiemelni:

- a rehabilitáció egy **tervszerű** folyamat
 - irányát az egészségkárosodott személy megmaradt képességeire építve, személyes körülményei figyelembevételével egy olyan szakértői bizottság határozza meg, amelynek orvos, valamint szociális és foglalkoztatási szakember egyaránt tagja;
 - az érintett személlyel együttműködve egy rehabilitációs terv készül, amely a rehabilitációhoz szükséges valamennyi (elérhető) szolgáltatást, támogatást tartalmazza, ütemezi azok igénybevételét;
- a rehabilitáció egy **koordinált** folyamat, a koordinációt az érintett személy lakóhelye szerint illetékes munkaügyi kirendeltség végzi, a napi tevékenységek összehangolásához szükség esetén rehabilitációs mentori segítség vehető igénybe;
- a rehabilitáció **a személyes szükségletekhez igazított** folyamat, az érintett személy rehabilitációs szükségleteiből indul ki, és az egyes lépéseit az érintett személlyel (indokolt esetben a családtagjaival is) együttműködve rögzíti a hatóság, de nem határozatban, hanem rehabilitációs megállapodásban;
- a rehabilitáció egy **munka- és költségigényes** folyamat, az egészségkárosodott személy helyzetének értékelése, a rehabilitáció célszerű irányának megtalálása, a rehabilitációs szükségletek feltárása, az intézkedések többirányú egyeztetése, a sokféle rehabilitációs szolgáltatás és támogatás biztosítása igen komoly pénzügyi és humán erőforrásokat igényel.

A fentiek figyelembevételével egyet lehet érteni azzal, hogy a komplex rehabilitáció csak az egészségkárosodott személyek egy szűkebb körére, a rehabilitációs járadékra jogosultak

számára került bevezetésre. A jogosultsági feltételeket úgy határozták meg, hogy a következő években néhány tízezer ember vesz majd részt komplex rehabilitációban. Ezt is az teszi lehetővé, hogy a programot európai uniós forrásokból lehet finanszírozni.

Fontos, hogy a tanulási folyamat megkezdődhetett. **Szükséges, hogy komplex rehabilitációs modell eredményeit és hiányosságait a szakemberek folyamatosan értékeljék, és ennek alapján kialakítsanak egy olyan komplex rehabilitációs rendszert, amely – a tervszerűség, a koordináltság és a személyre szabottság elveit megtartva – alkalmas évi 50-70 ezer megváltozott munkaképességű ember rehabilitációját, majd munkába állását hatékonyan segíteni.**

Már a komplex rehabilitáció jogi szabályainak kialakításakor is nyilvánvaló volt, hogy bizonyos elemek hiányoznak a rendszerből. (Az effektív hiányt jogszabályi előírással nem lehetett pótolni.) Mindenekelőtt arra lenne szükség, hogy **a munkáltatók több szakmai segítséget kapjanak a rehabilitáció eredményes megvalósításához**, elsősorban a teljes rehabilitációt leginkább lehetővé tevő munkakör kialakításához és a munkahely szükséges átalakításához. Ellentmondásosnak tartjuk, hogy miközben a súlyosan fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása érdekében magyarországi civil szervezetek sorra dolgozzák ki és adaptálják a fogyatékos személy és a munkakör egymáshoz illesztésének módszereit, addig az egészségkárosodott emberek rehabilitációja érdekében ezek a módszerek nem kerültek adaptálásra és alkalmazásra. A fentiekre tekintettel **szükségesnek tartjuk, hogy az Állami Foglalkoztatási Szolgálat által nyújtott munkaerőpiaci szolgáltatások egy új elemmel, a munkáltatók részére nyújtott rehabilitációs tanácsadással bővüljenek ki.** E szolgáltatás keretében a munkáltató ingyenesen vagy kedvezményes áron szakmai tanácsokat kaphatna a munkakör, illetve a munkahely átalakításához, ha fogyatékos (megváltozott munkaképességű) személyt akar felvenni vagy egészségkárosodást szenvedett dolgozójának akar foglalkozási rehabilitációt biztosítani. Erre a szolgáltatásra a regionális munkaügyi központok olyan külső szolgáltatóval köthetnének szerződést, akik erre megfelelő módszerekkel, szakértelemmel, személyzettel rendelkeznek.

5.2. Az orvosi rehabilitáció fejlesztésének néhány kulcskérdése

5.2.1. Az orvosi rehabilitáció fogalma, jelentősége

A komplex rehabilitációs rendszer magyarországi kialakításának egyik kulcskérdése az orvosi rehabilitáció fejlesztése. Mint láttuk a hazai rehabilitációs rendszer pénzbeli és természetbeni ellátásai külön-külön is sokeleműek, és azok nem épülnek egymásra, gyakran hosszú idő telik el az orvosi és a foglalkozási rehabilitáció között. Ez idő alatt az ismeretek megkopnak, a készségek leépülnek, továbbá a munkavégző képesség is csökken. A foglalkozási rehabilitáció rendszerint csak azt követően indul el, amikor az ORSZI már megállapította az egészségkárosodás mértékét. Ez tovább nyújtja a teljes rehabilitáció idejét.

A komplex rehabilitáció 5.1. alfejezetben bemutatott folyamatának is egyik gyenge pontja, hogy a komplex rehabilitáció csak a rehabilitációs járadék megállapítása után kezdődik el. További nehézség, hogy a komplex rehabilitációs folyamat összehangolásáért felelős munkaügyi szervek érdemben nem tudják befolyásolni (pl. felgyorsítani, összehangolni) az orvosi rehabilitáció folyamatát, holott számos esetben az eredményes orvosi rehabilitáció a foglalkozási rehabilitáció tényleges megkezdésének előfeltétele lenne. Az egyének munkavégzésre alkalmasnak kell lennie mind fizikailag, mind pszichikailag. Nem mindegy az, hogy egy betegség vagy baleset után milyen egészségi állapot alakul ki, marad-e vissza fogyatékoság, és ha marad, akkor ennek a fogyatékoságnak milyen a mértéke, illetve milyen orvosi rehabilitációs szolgáltatásokkal lehet a fogyatékos ember megmaradt képességeit

maximálisan kihasználni az egyén számára alkalmas, célorientált munkavégzés érdekében. A munkavégző képesség szempontjából ezért alapvető fontosságú a megváltozott munkaképességű emberek orvosi rehabilitációja.

Orvosi rehabilitáció: az orvostudomány a saját eszközeivel nyújtja a fogyatékos-, rokkant embereknek, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék; magában foglalja a meglévő funkciók és képességek felmérését, kompenzatórikus fejlesztését, gyakorlását és a gondozást. Az orvosi rehabilitáció nem különbözik alapjaiban az orvoslás egyéb területeitől, ugyanazokat a tevékenységeket végzi (a „fegyvertár” ugyanaz), a különbség csak a tevékenység céljában van. Míg az orvoslás egyéb területei egy-egy betegségre, szervre, szervrendszerre koncentrálnak, egy anatómiai és/vagy fiziológiai problémát próbálnak megoldani, addig a rehabilitáció az egész egyénre, mint társadalmi lényre koncentrálnak.⁵²

Fontos, hogy az orvosi ellátás mellett, ahhoz szorosan kapcsolódva, foglalkozzunk a rehabilitáció egyéb (foglalkozási-, szociális- és pedagógiai) területeivel már az elsődleges rehabilitációs ellátás idején is, mert csak így érhetjük el az egyén integrálódását. A négy területnek folyamatosan, egymással fogaskerékszerűen kell együttműködni, természetesen a rehabilitációs folyamat különböző stádiumaiban különböző mértékben és hangsúllyal. Például egy baleset után először az orvosi területé a fő hangsúly, majd az egyén helyzetétől, állapotától, környezetétől függően a szociális, a foglalkozási, illetve a pedagógiai terület válik hangsúlyosabbá.⁵³

A hazai orvosi rehabilitáció a hazai egészségügy része, ezért nem függetlenítheti magát az egészségügyi rendszerünk szerkezeti, pénzügyi és szakmai problémáitól. Az orvosi rehabilitáció problémáit is ehhez a három területhez köthetjük.

Ezek a területek szorosan összefüggnek egymással, mindegyik változtatása hat a másik kettőre, illetve ha eredményt akarunk elérni, akkor ezek csak együttesen kezelhetők. Külön-külön történő változtatás csak torzulásokat okozva növeli a problémákat.

5.2.2. Az orvosi rehabilitáció megszervezésének célszerű struktúrája

A rehabilitációban is háromszintű ellátásra van szükség⁵⁴, amely szintek között nemcsak elnevezésükben, esetlegesen presztízsből van különbség, hanem szakmai, tárgyi felkészültségben, és ennek megfelelően finanszírozásban is.

1. szint: az alapellátás. Ez a rehabilitációs ellátási szint szorosan kapcsolódik az egészségügyi alapellátáshoz úgy, hogy megtartja a szakma jellegzetességeit és a rehabilitációs jellegű szolgáltatásokat. Ez a szint az ún. kistérségi szolgáltatásokat nyújtja, ezen a szinten kellene a rehabilitációs szolgáltatások nagy részének megvalósulnia. Itt kell, hogy történjen az összes rehabilitációs szolgáltatás (természetesen a megfelelő szakemberekkel, team formájában, amelyek nem igényelnek speciális ellátást). Ez jelentené a „frontot”, amely mögött megtalálhatók a 2. és 3. szintű betegellátás és a konzultáció lehetőségei.

⁵² Például: egy születéskori agyi károsodás (infantil cerebraalis paresis) után kialakult izomegyensúly miatt rosszul járó gyermeket esetében nem mindig kell műtéttel kiegyenesíteni az ízületi merevség miatt hajlott végtagjait, mert a műtét után igaz, hogy a végtagok állása fiziológias lesz, de az addigi izomegyensúly felbomlása miatt a gyermek járásképtelenné válhat.

⁵³ Sajnálatos módon az orvosi rehabilitációban használatos fogalmakat sokan másként, esetenként a saját céljaik, vélt/valós érdekeik szerint használják. A fogalmakat a WHO is meghatározta, illetve azok hazai adaptációját a Rehabilitációs Szakmai Kollégium is elfogadta. A fogalmak megfelelő használata szükséges mind a törvényalkotók, mind a finanszírozók, mind az ellenőrzés, valamint az orvos szakmák, az egészségügyi szolgáltatást nyújtók számára is. Ezért a **4. sz. mellékletben** ismertetjük a legfontosabb fogalom-meghatározásokat.

⁵⁴ Rehabilitációs Szakmai Kollégium állásfoglalása alapján.

2. szint: a regionális (esetleg megyei) fekvő és járóbeteg ellátás. Ezen ellátások szorosan kapcsolódnak az egyéb regionális (megyei) fekvő és/vagy járóbeteg szakellátáshoz, amelyek a városi (fővárosi), megyei (regionális) egészségügyi intézmények rehabilitációs osztályain valósulnak meg, területi kötelezettséggel. Erre a szintre összpontosulnak azok a rehabilitációs jellegű ellátások, amelyek végzéséhez rehabilitációs szakemberek szükségesek.

Ez a szint nyújtja az elsődleges rehabilitációt a terület akut osztályain ellátott, rehabilitációs szolgáltatásokat igénylő és arra alkalmas betegek számára. Az itt működő rehabilitációs osztályok a területi rehabilitációs szükségletnek megfelelően specializálódhatnak a rehabilitáció egy-egy profiljára (pl. kardiológiai, mozgásszervi rehabilitáció stb.).

3. szint: országos (esetleg nagytérségi) szint. Ezen a szinten működő intézmények fő feladata az elsődleges rehabilitáció, valamint néhány speciális (pl. koponya-agysérülések, gerincvelő-sérülések, speciális amputációk, speciális rehabilitációs jellegű műtétek stb.) rehabilitációs ellátást igénylő terület működtetése. Ezek rehabilitációs központként, mint a progresszív betegellátás legmagasabb szinterei funkcionálnának. Feladatuk továbbá

- orvosok és nem orvosok számára a szakmai képzés, továbbképzés mind a rehabilitáció területén, mind a rehabilitációhoz kapcsolódó egyéb orvosi területeken,
- folyamatos konzultáció biztosítása az 1. és 2. szint számára,
- a szakma tudományos fejlesztése, szervezése, gyakorlása.⁵⁵

Jelenleg a meglévő rehabilitációs osztályok a gyakorlatban egyenrangúak, nincs valódi progresszív ellátás. Majdnem minden rehabilitációs osztály - elsősorban anyagi megfontolásból - ellát minden, az akut osztályok által felajánlott beteget. A progresszív ellátás csak egyes különös szakértelmet, gyakorlatot, ráfordítást igénylő területeken látszik érvényesülni, elsősorban azért, mert a drága rehabilitációs szolgáltatást igénylő – például a központi idegrendszeri – sérülteket más egészségügyi intézmények próbálják az erre specializálódott (összesen 40-40 ágyas) osztályok felé terelni.

Az egyes rehabilitációs osztályok közötti különbséget egyedül finanszírozásuk eltérése jelenti, amit az osztályok szakmai, tárgyi és személyi feltételeinek különbözősége határoz meg, nem pedig az ellátott betegek állapota, fogyatékoságuk súlyossága, rehabilitációjuk nehézsége, illetve a ráfordítási szükséglet. Ha egy beteg rehabilitációjához az adott osztályon nincsenek meg a feltételek, akkor a szükséges rehabilitációs szolgáltatások helyett a beteg krónikus belgyógyászati jellegű és/vagy ápolási szolgáltatásokat kap.

A jelenlegi gyakorlat további problémája, hogy **összemosódik a rehabilitáció a krónikus, hosszan tartó ápolással, a karbantartó kezeléssel, a szanatóriumi ellátással.**⁵⁶ Pedig a rehabilitáció szakterülete jól körülírt, meghatározott, nem mosható össze a többi orvosi szakmával. Az egészségügy elsősorban diagnózisokban gondolkodik, és nem a beteg állapotában. Ebből adódik a probléma: két azonos, elviekben rehabilitációt igénylő diagnózissal (pl. agyi vascularis történés, stroke) rendelkező beteg esetében az egyik

⁵⁵ Megjegyzendő, hogy a súlyos neuro-traumatológiai esetek rehabilitációs ellátására csak az arra kijelölt helyek legyenek jogosultak (személyi tárgyi feltételek mellett szakmai elvárásoknak is meg kell felelni, amelyeket a finanszírozásnak is követnie kell).

A 2. és 3. szintű ellátáshoz tartoznia kell járóbeteg ellátásnak is, amelynek funkciója a betegek kontroll és konzíliumi ellátása (mind külső, mind visszatérő betegek számára), speciális vizsgálatok elvégzése, rehabilitációs jellegű terápiás szolgáltatások végzése, segédeszköz ellátás szervezése, valamint a rehabilitációra való alkalmasság eldöntése, és az orvosi rehabilitációs szükségletek meghatározása.

⁵⁶ Természetesen ezen ellátásokra is igen nagy szükség van jóval nagyobb mértékben, mint az jelenleg megvalósul Magyarországon.

rehabilitálható állapotban van (rehabilitációra van szüksége), míg a másik állapota olyan, hogy nem alkalmas a rehabilitációra (krónikus ellátásra, ápolásra van szüksége).

A 2006-2007. évi egészségügyi szerkezet-átalakítás során ezres nagyságrendben megszűnő aktív ágyak egy részéből krónikus finanszírozású ágyakat szervezett a rendszer, ezen belül pedig rehabilitációs ágyakat. Az addig is túlméretezett rehabilitációs ágyszámok további növelése felhívította az ellátást. Az aktívból egy csapásra rehabilitációssá váló ágyak egy részének működtetéséhez nincsenek meg a feltételek. Az OEP adatai között szereplő 80 %-os rehabilitációs ágykihasználás csak annyit jelent, hogy az ágyak négyötöde foglalt, azokon beteg fekszik, de azt már nem jelenti, hogy ezen ágyakon valójában rehabilitálandó beteg fekszik. A rehabilitációs szakmai tevékenység alapján elvárható átlagos ápolási időnél alacsonyabb átlagos ápolási idő azt valószínűsíti, hogy nem rehabilitációs szolgáltatást kap a beteg.

A betegutakat figyelembe véve a rehabilitáció szakmailag összefügg a krónikus ellátással (nem összekeverve a krónikus finanszírozást a krónikus ellátás fogalmával), a karbantartó kezeléssel ugyanúgy, ahogy összefügg az akut ellátással is. Ezért könnyen keverhető a két terület. Pedig valid felmérés után, megfelelő tervezéssel előre kiszámítható, hogy az orvoslás különböző területein, az ország földrajzi helyzetét is figyelembe véve hány akut ellátó ágyra, hány aktív ágyra, ezeket kiszolgálva hány rehabilitációs ágyra van szükség, valamint hány krónikus és ápolási ágyra. Annyi bizonyos, hogy az igen felduzzasztott rehabilitációs ágyak ellenére a drága rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtó ágyszám kevés.

5.2.3. Az orvosi rehabilitáció finanszírozásának problémái, a megoldás iránya

Az orvosi rehabilitáció jelenleg az ún. krónikus finanszírozású területhez tartozik, ami alaplójból és szorzóból áll.

- napi alapló, ami 2008. márciusi kifizetésektől 5,600 Ft/nap/ágy,
- szorzó, ami az osztály jellegétől függően 1, 1,2, 1,4, 1,7, illetve a „központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak rehabilitációs ellátása” esetében 3,6.

Ez azt jelenti, hogy a legmagasabb szorzóval is csak 20.160,- Ft egy beteg napi finanszírozása. Ilyen finanszírozási összegből működtetni egy valódi rehabilitációs szolgáltatást nyújtó ágyat (részleget, osztályt, intézményt) nem lehet. Az intézmény abban az esetben kap finanszírozást, ha az ágyon fekszik valaki. Következésképpen minden intézmény a lehető legnagyobb szorzóra és a legolcsóbban ellátható beteg felvételére törekszik.

Finanszírozási szempontból meg kell különböztetnünk azt, hogy egy több, aktív finanszírozású szakmával rendelkező intézmény rehabilitációs osztályáról vagy pedig egy rehabilitációs profilú intézmény (szakkórházról) osztályáról van-e szó.

- Az első esetben elképzelhető, hogy az aktív finanszírozással kigazdálkodható a rehabilitációs ágy, figyelembe véve azt, hogy ilyen összetételben a rehabilitációs ágygal tehermentesíteni lehet az aktív ágyakat. (Ennek gátat szab az a rendelkezés, amely előírja azt, hogy intézményen belüli áthelyezés esetén a rehabilitációs osztály csak a normatív nap + 5 nap után kap rehabilitációs finanszírozást.)
- A második esetben a rehabilitációs osztály mindenképpen arra törekszik, hogy „olcsó”, kevés személyzettel és kevés eszközzel ellátható fogyatékosokat lánson el, lehetőleg nem közvetlenül az akut szak után.

Probléma tehát az, hogy közvetlenül az akut szak lezajlása után, a súlyosabb, esetenként szubakut ellátást is igénylő fogyatékosok ellátásának nincs meg a megfelelő finanszírozása,

ezért az ilyen ellátást lehetőség szerint mindenki elhárítja. Nem véletlen, hogy jelenleg Magyarországon csak egy osztály létezik (40 ágy) gerincvelősérültek és csak egy osztály (40 ágy) létezik koponya-agysérültek korszerű komplex rehabilitációs ellátására. Ezen két osztály mellett természetesen vannak még kiemelt (3,6-os) szorzójú rehabilitációs ágyak, de ezeken folyó tevékenység szakmai tartalma nem ismert.

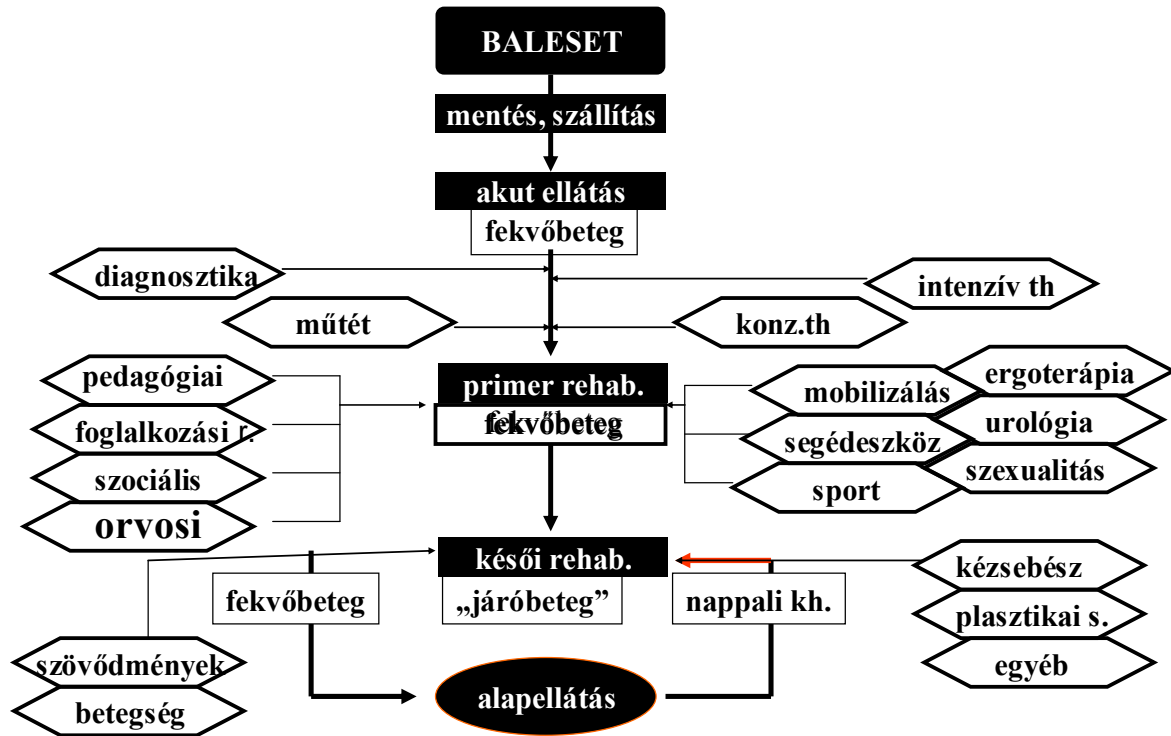
Elkészült a gerincvelősérültek orvosi rehabilitációjának szakmai protokollja és a gerincvelősérültek rehabilitációjának minimum követelményei, amelyek alapján látandók el a gerincvelősérültek. Magyarországon 20 600 Ft/nap összeget költünk a gerincvelősérültek rehabilitációjára, ennyi a jelenlegi kiemelt krónikus finanszírozás, ekkora összeget ad a biztosító az ellátásra. (Németországban kb. 100 000 Ft/nap; az USA adatokkal összevetve hozzávetőlegesen 30-szor kevesebb összeget költünk gerincvelősérültek rehabilitációjára.)

E nagy különbséget részben magyarázza a hazai munkabér alacsony szintje, ami az egészségügyre, ezen belül az ápolók, asszisztensek, mozgásterapeuták, logopédusok, gyógytornászok bérére különösen jellemző. Ezen túl a különbségből még arra is következtethetünk, hogy hazánkban a gerincvelősérültekre fordított összegnek igencsak laza a kapcsolata a protokoll és minimum követelmények által előírtakkal.

A helyzetet bonyolítja, hogy a rehabilitációban is a diagnózis határozza meg az ellátottak finanszírozását és nem az állapotuk, pedig az állapot alapján igencsak különböző típusúak és mennyiségűek lehetnek a szükséges rehabilitációs szolgáltatások. Ennek a problémának megoldása lehet az, ha az aktív ágyak finanszírozásához alkalmazott HBCS (Homogén Betegség Csoport) helyett ún. HRCS-t (Homogén Rehabilitációs Csoport) vezetnénk be a rehabilitációs ellátásban. Ezzel a rehabilitáció finanszírozása az aktív és a krónikus finanszírozás között lenne, ami jobban tükrözné a rehabilitációs szolgáltatások valós finanszírozási szükségletét is.

Egy gerincvelősérült ember korszerű, komplex rehabilitáció során milyen ellátásokra kell kiterjednie az egészségügyi ellátásnak? Ezt szemlélteti az **1. sz. ábra**.

Gerincvelősérültek komplex ellátása



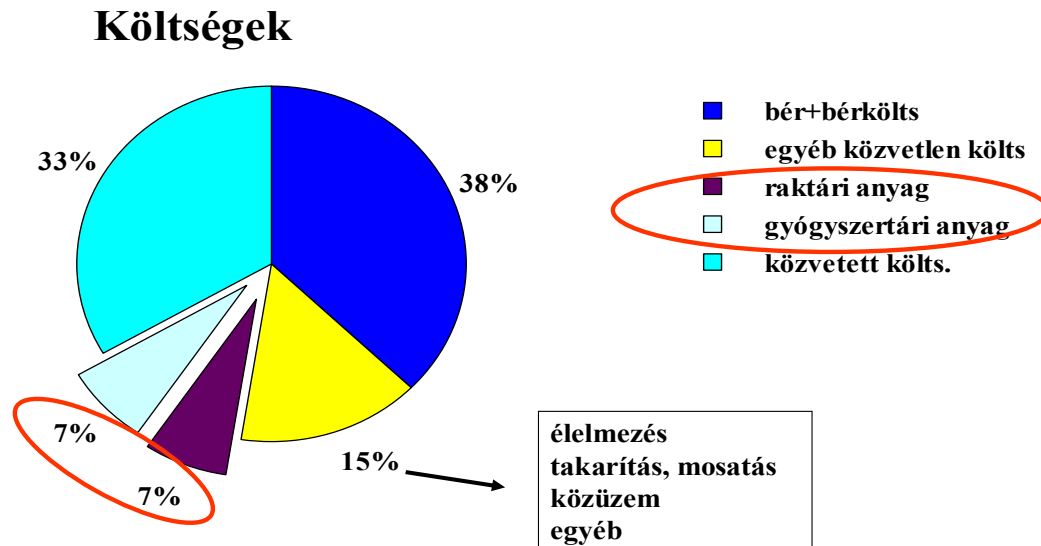
Az ábra alapján azt mondhatjuk, hogy a gerincvelősérültek rehabilitációja a baleset pillanatában kezdődik és tart a gerincvelősérült élete végéig. Az ábra ismertetéséből kiemelendő még:

- a rehabilitáció előtti ellátás időben rövid, de a rehabilitáció sikerét igen nagymértékben meghatározó tevékenység
- az ellátás folyamatában szükség van a fekvő-, a járó- és az alapellátás szolgáltatásaira
- a rehabilitáció folyamatában számtalan orvos és nem orvos szakember együtt működése szükséges, amely tevékenységnek team munka formájában kell, hogy megvalósuljon.

Szükséges, hogy legyen egy orvos - ez a rehabilitációs szakember -, aki végig menedzseli a gerincvelősérült ellátását.

A finanszírozásról érdekes megállapításokra juthatunk, ha megnézzük egy rehabilitációs osztály költségstruktúráját. Példaként használjuk egy gerincvelősérültek rehabilitációjára specializált osztály adatait (lásd a **2. sz. ábrát**).

Egy rehabilitációs osztály költségstruktúrája



Az ábráról jól látható, hogy a két legnagyobb tétel a

- bér és bérbérlések (a valódi rehabilitáció humán erőforrás igényes szakma)
- közvetett költségek (ebbe számítódnak a „hagyományos” közvetett költségek mellett a központi szolgáltatások, mint pl. az osztályos tornaterem mellett működő központi tornaterem, az ergoterápia, az ergometria, az úszómedencét is magában foglaló hidroterápia).

Az is kiderül a grafikonból, hogy maga az osztály a teljes költségének 14 %-t tudja közvetlenül befolyásolni. Ha pl. a gyógyszerköltségeit 10 %-kal csökkenti (ami a jelenlegi gyakorlatot tekintve lehetetlen), akkor a teljes költségeinek mindössze 0,7 %-t tudja „megtakarítani”.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a rehabilitáció nem olcsó szakma, ezért nem lehet egy kalap alá venni a többi krónikus finanszírozású ellátással.

5.2.4. Az orvosi rehabilitáció humán erőforrásokkal való ellátottsága

A rehabilitáció nem gyógyszer-, nem eszköz-, nem beavatkozás-igényes szakma, ezért tekinti mindenki olcsónak. Gyakorta meglepedezünk arról, hogy a valódi rehabilitáció szakember-igényes szakma, ezért nem olcsó, főleg akkor, ha figyelembe vesszük a hazai egészségügyi intézmények költség-szerkezetét, amiben a bér és bérbérlések a teljes költségek legnagyobb hányadát teszik ki. Miért igényel sok szakembert az orvosi rehabilitáció? Tekintsük át, hogy a rehabilitációs teamnek hányféle szakemberből kell állnia a gerincvelősérültek rehabilitációja esetében (lásd a 3. sz. ábrát).

A rehabilitációs team összetétele gerincvelősérültek rehabilitációja esetén



A körön belüli szakemberekre minden esetben szükség van (belső team), a körön kívüli szakemberekre pedig nem mindig, de esetenként még többre is. A „?” azt jelenti, hogy a felsorolás nem teljes, kiegészülhet egyéb orvos és nem orvos szakemberrel az igényeknek megfelelően, pl. fej-nyaksebészettel, illetve trachea sebészetben járatos mellkas sebészettel egy nyaki gerincvelősérült tracheostomájának következményes ellátása miatt, vagy pl. infektológussal, miután az ellátás során a sok gyulladásozó folyamat terápiaja miatt egy idő után sokszor hatástalannak bizonyulnak a szokásos antibiotikumok.⁵⁷

A rehabilitációs szolgáltatások az ellátók részéről igen nagy megterhelést jelentenek fizikailag is és szellemileg is. Ismert az a helyzet, hogy az ellátók súlyos fogyatékosokkal töltik napjaikat, s az eredmények is más, sokkal kisebb léptékkal mérhetők, mint az orvoslás egyéb területeinek eredményessége, gondolnunk kell a kiegészítés (burning out) kialakulásának igen nagy lehetőségére.

Arra a kérdésre, hogy milyen szakemberek hiányoznak a rehabilitációs szakmából, összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy minden szakemberből hiány van, elsősorban a nem orvos szakemberekből.

Ez a hiány az

- abszolút hiányból adódik (nincs elég szakember és nem is képződnek megfelelő számban, mert vagy nem zajlik megfelelő mennyiségben oktatás, illetve nem jelentkeznek megfelelő számban), valamint

⁵⁷ Felmérést végeztünk arról, hogy egy ápoló hány lépést tesz meg egy műszak (8 óra) alatt. Átlagos lépésszámuk 10.000 és 12.000 között volt, ami egy átlagos 60 cm-es lépéshosszt számítva 6 – 7 km gyaloglást jelent. Ha egy tetraplég beteg (keze és lába béna) átlagosan 70 kg, és egy beteget naponta legalább ötször meg kell forgatni, illetve ki kell ültetni kerekesszékebe, akkor ez azt jelenti, hogy a 40 ágyas specializált osztályon 20 tetraplég beteg esetén az ápolók 7 tonna tömeget mozgatnak meg naponta (70 kg x 5 x 20 beteg), amihez hozzáadódik a többi 20 beteg mozgatása is. És akkor még nem történt egyetlen ápolási feladat, gyógyszer beadása, vérnyomásmérés, a napi 100 – 120 katéterezésből egy sem.

- relatív hiányból (megfelelő mennyiségben képződnek, de elsősorban anyagi meg gondolásból az egészségügyi intézmények nem alkalmazzák őket megfelelő számban és időben).

Az utóbbi időben nagyságrenddel megemelkedett rehabilitációs ágyszámok mennyiségét nem tudta, s félt, hogy évekig nem is tudja követni a **rehabilitációs szakorvosok** száma. Ennek oka a rehabilitációs szakmai vonzerejének hiánya, érdekérvényesítő erejének gyengesége. A szakma hitelét rontja az a helyzet, hogy **jelenleg Magyarországon több rehabilitációs osztályt szerveztek, mint ahány orvos szerzett ez idáig rehabilitációs szakképesítést.**

Egyértelműen **ápolói** hiány van a rehabilitáció területén, s főleg hiány van a szakmailag képzett ápolókból, amit súlyosbít az egészségügyben általában meglévő ápolói hiány. Míg évekkel ezelőtt minden nagyobb egészségügyi. intézménynek volt saját nővériskolája, ahol igaz nem főiskolásokat képeztek, de még ma is ezek a nővérek teszik ki (ha még dolgoznak) a rehabilitációs osztályok szakmai derékhatát. (A SE Egészségtudományi Karára összesen 180 ápolót vettek fel, akik végzés után diplomás ápolóként fognak dolgozni.)

Mozgásterapeuták képzése megfelelő a mennyiséget illetően, de a végzőskori szakmai felkészültségük hiányos. Ennek oka elsősorban a képzés gyakorlati részének folyamatos csökkenése, annak ellenére, hogy a mozgásterápia egyértelműen gyakorlati szakma. A megfelelő számban képződött mozgásterapeutákat az egészségügyi intézmények nem alkalmazzák a betegellátás mennyiségi és minőségi szükségletének megfelelő számban.

A **szociális munkások** helyzete hasonló a mozgásterapeuták helyzetéhez, alkalmazásukat nem tartják fontosnak az egészségügyi vezetők.

A rehabilitációban szükséges **pszichológiai** szolgáltatás nagy élettapasztalatot igényel, valamint speciális empátiát a fogyatékos emberek irányában. A klasszikus pszichológia (a nagy pszichiátriai körképek ismerete, pszichológiai tesztek végzésének ismerete) nem elégséges.

A rehabilitációban az aphasia (koponyaagy károsodás okozta beszéd megértés és beszédképtelenség) miatt van szükség **logopédiai** szolgáltatásra, amely képzés igen csekély a logopédus oktatásban, igen kevés az ehhez értő logopédus. Igaz, hogy e terület jövedelmezősége összehasonlíthatatlanul kisebb a logopédia egyéb területeihez képest. Az is igaz, hogy az intézmények pénzügyi problémái miatt még az a kevés aphasiával foglalkozó logopédus sem talál képzettségének megfelelő munkát. Az ergoterapeuták képzése igen hektikus, és az a kevés szakember sem talál szakképzettségének megfelelő állást.

Ugyanez a helyzet mondható el a többi **nem orvos szakemberről** is.

Rövid időn belül pozitív változásokra, ezen változások megalapozására van szükség, mert anélkül a helyzet reménytelen és kilátástalan.

5.2.5. A gyógyászati segédeszköz-ellátás problémái, a továbblépés lehetséges irányai

Segédeszköznek nevezzük a fogyatékos személyek fizikai és/vagy érzékszervi képességének részleges vagy teljes pótlására szolgáló eszközöket. A segédeszközök olyan termékek, amelyek az egyén egészségügyi állapotának, életminőségének megőrzését, javítását vagy a károsodás megelőzését célozzák. A segédeszközök lehetnek morfológiai, morfológiai-funkcionális vagy csak funkcionális jellegűek.

A betegségek (tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, keringési zavar, fertőzés), balesetek által okozott anatómiai és/vagy funkció hiányokat, működési zavarokat úgynevezett technikai segédeszközökkel igyekezünk pótolni. A cél a kialakult fogyatékoság mértékének csökkentése, a rokkantság kialakulásának megelőzése, illetve a már kialakult állapot további

rosszabbodásának megelőzése, ezzel a fogyatékos emberek tágabb értelemben vett mindennapi élettevékenységének elősegítése.

A segédeszközzel történő ellátás két irányból történhet

- rászorulókat próbáljuk alkalmassá tenni (pl. csonkolt végtagot protézissel pótoljuk, inkontinens embernek katétert adunk, rosszul látó embert szemüveggel látjuk el, stb.),
- a környezetet próbáljuk alakítani (adaptálni) a fogyatékoshoz (pl. a lépcsőket lejtővel helyettesítjük, alacsony padlójú közlekedési eszközöket alkalmazunk, ajtónyílásokat 80 cm-re tervezzük stb.)

A finanszírozó 1999 novembere óta az addigiaktól eltérő módon, az ISO alapján (pl. ISO 9001-2000) csoportosítja és jelenti meg az ún. segédeszköz listát. Így azonos csoportba kerülnek a hasonló céllal készült eszközök, amely csoportosításnál figyelembe veszik a hasonló céllal készült eszközök funkcióját. A csoportosítás meghatározza a társadalombiztosítási támogatásukat (finanszírozás), valamint a felírhatóságukat (ki, milyen indikációval, mennyi időre írhatja fel az eszközt).⁵⁸

Elsősorban a kiszolgálás és a finanszírozás szempontjából fontos az, hogy a termék lehet: „egyedi méretes”, adaptív, illetve méretsorozatos (polcos). Problémát jelenthet az, ha

- adaptálandó termék helyett olcsóbb polcos terméket szolgál ki a forgalmazó, illetve
- alkalmas polcos termék helyett a drágább adaptív terméket írja fel az orvos.

A gyártó/forgalmazó anyagi érdeke, a felhasználó létérdeke, az orvos szakmai érdeke az, hogy minden korszerű eszköz felkerüljön a listára.

Ahhoz, hogy egy eszköz a hazai segédeszköz listára felkerüljön több szempontnak is meg kell felelnie, amelyeket jogszabály ír elő.⁵⁹ Ezen rendelet melléklete tartalmazza továbbá azt a listát, amelyik tételszerűen felsorolja a támogatott eszközöket a már említett ISO csoportosításban.

Az ellátás szakszerű és hatékony rendszerének kialakításához meg kell határozni, hogy milyen eszközről beszélünk. A funkció alapján határozandó meg az eszköz besorolása és nem az eszköz felépítése és/vagy használati módja, ára alapján. A fogyatékoságot kell támogatni és nem az eszközt.

Minden eszközcsoporthoz (termék) esetében meghatározandók:

- orvos szakmai feltételek
 - a felírás feltételei (team munka keretében)
 - az indikációs területek (FNO alapján)
- a megfelelő eszköz kiválasztásának szempontjai (szempontok a felíró, a forgalmazó, az ellenőrzés számára termékcsoportonként)
- műszaki jellemzők (az eszközök konkrét leírása)

⁵⁸ Magyarországon az ISO csoportokat egymástól 5x2 számjegy (összesen 10) különbözteti meg egymástól, és a csoporton belül 3 számjegy különbözteti meg egymástól a konkrét termékeket. A csoportok eredetileg 3-al osztható számok, aminek a célja az, hogy minden ország a csoportokat jelölő számok közé még más, saját csoportokat is alkothasson szükségletének, igényeinek megfelelően. ISO alapján besorolt, azonos csoportba került segédeszközök finanszírozási szempontból azonos megítélés alá esnek: hasonló a kihordási idejük, a felírhatóságuk stb.

⁵⁹ A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet, amelyet a 225/2009. (VIII.3.) EüM rendelet módosított.

- egészségügyi követelmények, előírások
- műszaki követelmények (tekintettel arra, hogy technikai eszközökről van szó pl. technikai biztonság, stb.)
- alapfelszereltség (felár nélküli változatok).

Az eszközök besorolásánál az eszköz azon tulajdonságát vegyük figyelembe, amely tulajdonsága annak a konkrét fogyatékosnak a kompenzálására alkalmas, amely miatt az eszközre szükség van. Az egyéb tulajdonságok, amelyekkel a gyártó/forgalmazó árfelhajtó céllal látta el az eszközt nem kell külön értékelnünk, új csoportot alkotni vagy drágább csoportba sorolni.

Meghatározható mindegyik termék úgy, hogy az alacsonyabb csoport tartalmazza az összes magasabb rendű csoport meghatározását. Az azonos szinten lévő csoportok különböznek egymástól, finomítva a konkrét termékek meghatározását. Egy termékcsoponton belül minden termék azonos a rászoruló fogyatékoságát illetően, hasonló tulajdonságokkal rendelkezik – ha esetlegesen többel, az nem jelentkezik az árban, a gyártó/forgalmazó így próbál termékének nagyobb piacot biztosítani. Az orvos nem konkrét gyártó konkrét termékét írja fel, hanem a rászoruló fogyatékos ember számára szükséges funkciókkal rendelkező eszközt (termék). A konkrét gyártó konkrét termékét pedig a rászoruló (vásárló) választja ki a termékek csoportján belül.

Mihamarabb megoldandó kérdések:

- a befogadási rendszer egyszerűsítése,
- a támogatott eszközcsoporthoz felülvizsgálata,
- a támogatási alapelvek felülvizsgálata,
- az orvosi rendelhetőség, indikációk felülvizsgálata,
- a kölcsönzés, tartós használatba adás,
- a keretösszegű támogatás bizonyos termékek esetében (pl. nedvszívók),
- a segédeszközök besorolása (katalógus),
- a jogszabályi háttér átgondolása (ellenőrzés),
- a rendszer folyamatos működtetése, kontrollja.⁶⁰

2009 áprilisában foglalmazták meg a „Javaslatok a gyógyászati segédeszközök ártámogatási rendszerének továbbfejlesztéséhez - Helyzetértékelő és döntés-előkészítő tanulmány”-t, amely megállapítja, hogy a gyógyászati segédeszköz-ellátás 2009 elejére kritikus helyzetbe került. A rendszer működési anomáliái a felszínen **akut pénzügyi problémák** formájában jelentkeznek. Miközben a magyarországi gyógyászati segédeszköz-ellátás (GYSE) az OEP becslései szerint 55-60 milliárd forintból volna optimálisan megoldható, a GYSE-kassza 2008-ban 40,32 milliárd forint volt. A 2009. évi 42,44 milliárd forintos GYSE-kassza-előirányzat hozzávetőleg 2,5 milliárd forint belső deficittel került megtervezésre.

Változtatni kellene azon a gyakorlaton, hogy a gyártó/forgalmazó jelzi, hogy ő mely termékeket akarja a társadalombiztosítás által finanszírozott eszközök listájára felvetetni, amelyet azután az OEP általában elfogad. Helyette előnyösebb megoldás lenne az, ha az OEP meghirdetné azt, hogy számára mely és milyen eszközökre van szüksége (a rászorulók kiszolgálása céljából), és erre a piacra lehetne jelentkezniük a gyártók/forgalmazóknak.

⁶⁰ A gyógyszerek esetében ilyen szerepet tölt be az Országos Gyógyszerészeti Intézet, a gyógyászati segédeszközök esetében azonban az egész folyamatot átfogó hatáskörrel rendelkező intézmény nincs.

5.2.6. Az orvosi rehabilitáció hiányosságainak összefoglaló értékelése, javaslatok

Az orvosi rehabilitáció összességében egy alulfinanszírozott, struktúrájában rosszul felépített, területileg egyenetlen elosztású hiányszakma, ahol anyagi érdekek miatt zajlik a pontvadászat mind a rehabilitációs szorzókért, mind a betegekért, annak ellenére, hogy

- nő a rehabilitáció iránti valós igény,
- igen sokat költünk a rehabilitációs rendszerre, amely összegnek a megtérülése, érvényesülése a jelenlegi rendszerben kérdéses,
- igen sok rehabilitációs ágy van az országban, amelyek jó része csak nevében az,
- a szakemberek terén kettős a hiány, általánosságban szakember hiány van, és a meglévő szakemberek többségének szemlélete sem megfelelő.

Az eddigiekben felsoroltak látszólag az orvosi rehabilitáció szakterületének belső problémái, amelyek csak áttételesen befolyásolják a megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszerének társadalmi-gazdasági hatékonyságát. Valójában a kapcsolat sokkal közvetlenebb. Az alapvető kérdés ugyanis az, hogy balesetet, károsodást szenvedett személy az egészségügyi ellátás szakaszában megkapja-e a számára szükséges rehabilitációs szolgáltatásokat vagy sem. Elemzésünk összefoglaló következtetése az, hogy az orvosi rehabilitáció jelenlegi rendszere egyáltalán nem garantálja, hogy az érintett személy a szükséges rehabilitációs szolgáltatásokat megkapja. Éppen ellenkezőleg elemzésünk azt mutatja, hogy a rendszer számos eleme ez ellen hat:

- Az egészségbiztosítás rehabilitációs ágyakat finanszíroz és nem rehabilitációs eseteket, következésképpen a több és drágább rehabilitációs szolgáltatást igénylők ellátásának egy részét nem fedezi a finanszírozás;
- A kevésbé felkészült rehabilitációs osztályok érdekeltek abban, hogy olyan személyeket is felvegyenek az osztályukra, akik számára nem tudják a szükséges szolgáltatásokat nyújtani;
- A szakemberhiány sem teszi lehetővé, hogy a rehabilitációs szolgáltatásokat (mozgásterápia, logopédia stb.) az erre rászorulóknak a szükséges mértékben megkapják;
- A finanszírozási nehézségek arra kényszerítik az egészségügyi intézmények vezetőit, hogy éppen olyan szakembereket (pszichológus, szociális munkás stb.) ne alkalmazzanak megfelelő számban, akik összekötő kapcsolatot képezhetnének az orvosi rehabilitáció és a rehabilitáció egyéb területei között;
- A gyógyászati segédeszköz-ellátás említett anomáliái esetlegessé teszik, hogy a sérült személy hozzájut-e azokhoz a segédeszközökhöz, amelyek leginkább szolgálják szociális és foglalkozási rehabilitációját;
- A rehabilitáció alapellátási szintjének és a járóbeteg-ellátásnak a kiépítetlensége megakadályozza a megfelelő kapcsolat kialakítását az orvosi, a szociális és a foglalkozási rehabilitáció között, hiszen ez utóbbiak települési, illetve kistérségi⁶¹ szinten vannak megszervezve.

⁶¹ Kistérségnek tekintve a munkaügyi kirendeltségek és a rehabilitációs szociális intézmények illetékességi területét.

Az orvosi rehabilitációnak ezek a problémái azt eredményezik, hogy a sérült emberek jelentős része nem kerül munkavállalásra kész állapotba. Ez az objektív hiányosság is hozzájárul ahhoz, hogy a fogyatékosvá váló, illetve az egészségkárosodott emberek inkább keresik a biztonságot jelentő társadalombiztosítási, illetve szociális ellátást, mint a teljes értékű foglalkozási rehabilitációt.

Javaslatok

- Külön kell választani egyértelműen szervezetileg is és financiálisan is egy beteg ellátása során a rehabilitációtól az aktív ellátást, el kell különíteni a valós rehabilitációs szolgáltatást a krónikus ellátástól, a hosszú ápolástól, a szanatóriumi ellátástól. Figyelembe kell venni azt, hogy a rehabilitációt elsősorban az ellátás célja, a beteg aktív részvétele, a team munka különbözteti meg a többi ellátástól.
- Rehabilitációs szükségletek valós felmérése szükséges, epidemiológiai adatok alapján a tervezhetőség érdekében (mennyiségi, minőségi, területi). Átgondolandó (átszervezendő) a jelenlegi hiányos adatszolgáltatások rendszere úgy, hogy azok információtartalmuk alapján használhatók legyenek a személyi, tárgyi, strukturális és pénzügyi tervezéshez.
- A valós költségeknek megfelelő finanszírozásra van szükség, amelyik figyelembe veszi
 - a progresszivitási szinteket,
 - az elsődleges rehabilitáció tényét,
 - az ellátandók fogyatékoságának mértékét,
 - az ellátás személyi, tárgyi és ráfordított tevékenység (mennyiség, idő, fizikai és pszichés terhelés) szükségletét.
- A rehabilitáció területén be kell vezetni a jelenlegi az HRCS alapú finanszírozást. Ennek alapja a Funkciók Nemzetközi Osztályozása (FNO) legyen.
- Bevezetendő a gyakorlatban is a háromszintű ellátás.
- A jelenlegi rehabilitációs szakorvos hiányt pótolni kell, ami nem azt jelenti, hogy kényszerpályára kell küldeni a más területeken nem bevált kollégákat. A graduális képzésben nagyobb hangsúlyt kell adni a rehabilitációnak (óraszám, gyakorlat), és nem csak papíron. A rehabilitációt hiányszakmaként kell kezelni, meg kell emelni a rehabilitáció rezidensi keretét.
- Ugyanez a szükség vonatkozik a nem orvos szakmák képviselőire is, akik nem kellő számban képviseltetik magukat a rehabilitáció napi gyakorlatában. Az egyetemokről, főiskolákról ma már kellő számban kikerülő munkatársakat az egészségügyi intézményeknek legyen módjukban megfelelő, a mainál jóval nagyobb létszámban alkalmazni (mozgásterapeuták, pszichológusok, szociális munkatársak, dietetikusok, fizioterápiás asszisztens stb.), illetve a nem megfelelő számban képződő munkatársak (ergoterapeuta, aphasiológus, logopédus stb.) képzését a szakmai igényeknek megfelelő számban kell megszervezni. A ma már megfelelő számban főiskolát végző diplomás ápolók mellett alapvető fontosságú az OKJ-s vagy ennek megfelelő ápoló képzés átszervezése, megszervezése, az érdeklődés felkeltése.

- A segédeszköz ellátás terén javasoljuk
 - a funkcióhoz kötött felírást a konkrét eszköz megjelölésével történő mechanikus felírás helyett,
 - az eszköz besorolás elvének megváltoztatását (a termék használó szempontjából szükséges funkciója határozza meg az árat),
 - a termékek társadalombiztosítási befogadásához a finanszírozó jelölje meg a szükségletet (az általa biztosítottak számára a szükségletek kielégítéséhez milyen és mennyi eszközre van szükség), szemben a mai gyakorlattal, amikor gyártó/forgalmazó felajánlása alapján választ támogatandó terméket (a gyártó/forgalmazó a saját érdekei alapján ajánl fel terméket).

6. A magánbiztosítás lehetséges szerepe a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának elősegítésében

A rehabilitáció, különösen a drága rehabilitációs szolgáltatások finanszírozási nehézségeinek láttán felmerül a kérdés, hogyan lehetne a magánbiztosítást jobban bekapcsolni a rehabilitáció elősegítésébe. A kérdésfelvetés annál inkább indokolt, mivel a rehabilitáció iránti igény jelentős részben közlekedési és egyéb balesetek következtében történik. A közlekedési balesetet szenvedők többsége a gépjármű felelősségbiztosítás kapcsán kap valamilyen térítést a kárt okozó gépkocsivezető biztosítójától, mások pedig az általuk vagy munkáltatójuk által fizetett balesetbiztosítás keretei között juthatnak hozzá kártérítéshez, egyéb juttatáshoz, ha baleset éri őket. Következésképpen a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának elősegítésében potenciálisan leginkább szerepet játszó magánbiztosítási ágazatok a **balesetbiztosítás, a betegségbiztosítás, illetve a felelősségbiztosítás**. Az első kettő általában fakultatív, míg az utóbbi megkötését a jogalkotó kötelezővé teheti.

Tekintettel a közúti közlekedési balesetek nagy arányára, a jogalkotó a gépjármű üzemben tartójának⁶² szerződéskötési kötelezettséget ír elő, amelyről a gépjármű üzemben tartójának kötelező felelősségbiztosításáról szóló 190/2004. (VI. 8.) Korm. rendelet rendelkezik.⁶³ A **kötelező gépjármű felelősségbiztosítás** (a továbbiakban: KGFB) célja, hogy a biztosító a szerződésben megállapított mértékben mentesítse a biztosítottat⁶⁴ olyan kár megtérítése alól, amelyért jogszabály szerint felelős.⁶⁵

A KGFB általános szerződési feltételeit a hivatkozott jogszabály 1. sz. melléklete állapítja meg. Ez a rehabilitáció kérdéskörével nem foglalkozik. Következésképpen a KGFB keretében ilyen jellegű szolgáltatásokkal nem találkozhatunk. Ezért a továbbiakban azt tekintjük át, hogy **a biztosítási piacon szereplő egyéb termékek tartalmazzak-e a rehabilitációval összefüggő elemeket**.

A balesetbiztosítás, a betegségbiztosítás, illetve a felelősségbiztosítás a nevesített ágazatok a biztosítási törvényben. Ezek az ágazati elemek azonban gyakran keverednek az egyes konkrét piaci termékekben.

A továbbiakban a Magyarországon működő legnagyobb piaci részesedéssel rendelkező biztosítók (Allianz 19,69 %; Generali Providencia 14,86 %; ING 13 %; OTP Garancia 9,68 %;⁶⁶ AEGON Magyarország 8,39 %; UNIQA 7,14 %; AVIVA 6,18 % és az AXA 2,34 %)⁶⁷ termékeiben megtalálható és a rehabilitáció szempontjából releváns feltételeket elemezzük.

⁶² 190/2004. (VI. 8.) Korm. rendelet a gépjármű üzemben tartójának kötelező felelősségbiztosításáról 1. § b) üzemben tartó: a gépjármű tulajdonosa, vagy a telephely szerinti ország hatóságai által kibocsátott okiratba bejegyzett üzemben tartója

⁶³ Itt érdemes kiemelni, hogy az ún. CASCO biztosítás vagyont biztosítás, a biztosítási esemény a gépjárművek károsodása.

⁶⁴ 190/2004. (VI. 8.) Korm. rendelet a gépjármű üzemben tartójának kötelező felelősségbiztosításáról 1. § d) biztosított: a gépjármű üzemben tartója és vezetője

⁶⁵ Ez is magánbiztosítás, mivel az üzemben tartók maguk választják ki hogy melyik biztosítóval, milyen biztosítási termékre kötnek szerződést. A biztosító, illetve a Kártalanítási Számla kezelője egy biztosítási esemény vonatkozásában dologi károk esetén káreseményenként 500 millió Ft összeghatárig, személyi sérülés miatti károk esetén káreseményenként legfeljebb 1500 millió Ft összeghatárig köteles a szerződés alapján helytállni, függetlenül a károsultak számától.

⁶⁶ 2009. április 1-től Groupama Garancia

⁶⁷ *Magyar Biztosítók Évkönyve 2008*. Magyar Biztosítók Szövetsége, 2008.

Az egészségbiztosítás, különösen a **csoportos baleset- és rokkantsági biztosítások** szerepe leginkább a munkáltatói felelősség szemszögéből jelentkezik,⁶⁸ aki helytállási kötelezettségét biztosítói felelősségé alakítja át, tehát egyszerre felelősség- baleset és betegségbiztosítás.

A csoportbiztosítások moduláris jellegűek,⁶⁹ azaz egy-egy kötelezően választandó szolgáltatáson túlmenően széles palettáról lehet a többi szolgáltatást – tipikusan a munkáltató igényeinek és a munkakörülményeknek legmegfelelőbbben – kiválasztani. Elmondható, hogy a magánszemélyek ritkán kötnek saját magukra balesetbiztosítást, egyéni vállalkozók körében ez gyakoribb. Így ennek a szegmensnek a finanszírozását kizárólag a munkaadók, munkáltatók fedezik. A biztosítási szakma a csoportos személybiztosítások közé sorolja a rehabilitációt is érintő biztosításokat. Tekintettel a munkáltatói szerepvállalás nagy arányára, ezért sajnálatos, de érthető tény, hogy a biztosítottakat ért baleseteket 62-65 év felett teljes egészében átveszi a társadalombiztosítás. A kiskorúak általában szintén kiesnek a biztosítottak köréből, mert minden, a Magyar Köztársaság területén állandó lakóhellyel rendelkező magyar állampolgár 3. életéve betöltésének napjától, 18. életéve betöltésének napjáig az állam által garantált baleset-biztosításban részesül.⁷⁰ A biztosítási összeg elég alacsony,⁷¹ így nem nyújt fedezetet érdemi rehabilitációs tevékenység finanszírozására.

A díjkalkulációban további szerepet játszik a megfelelő munkavédelem is. A biztosítási szolgáltatások általában a következő területekre terjednek ki:

- alapszolgáltatások, amelyekhez kiegészítő csomagokat lehet kapcsolni;
- alapvető orvosi ellátás;
- kórházi ellátás (menedzsel);
- rehabilitáció (orvosi – foglalkozási);
- táppénz (ellenőrzött, gyógyított);
- rokkantság (ellenőrzött – rehabilitált).

A munkáltatói felelősség szempontjából fontos hogy a munkabaleset az a baleset, amely a munkavállalót a szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló (sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül. A munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó közlekedés, anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkeztetés, foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri. Nem tekinthető munkavégzéssel összefüggésben bekövetkező balesetnek (munkabalesetnek) az a baleset,

⁶⁸ 1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről 174. § (1) A munkáltató a munkavállalónak munkaviszonyával összefüggésben okozott kárért vétkességére tekintet nélkül, teljes mértékében felel. 177. § (1) A munkáltató a 174 – 176. §-on alapuló felelőssége alapján a munkavállalónak elmaradt jövedelmét, dologi kárát, a sérelemmel, illetve ennek elhárításával összefüggésben felmerült indokolt költségeit köteles megtéríteni. (2) Meg kell téríteni a munkavállalónak azt a kárát is, amely nem vagyoni kár. Vö. Bárczay-Forgács -Polinyi.: Biztosítási kézikönyv. Saldo Zrt. 2007. 89-90. o.

⁶⁹ In. Adorján – Serfőző – Péteri – Závodnyik.: Ágazati biztosítástan. Perfekt Zrt. 2005. 303. o.

⁷⁰ 119/2003. (VIII. 14.) Korm. rendelet az általános gyermek- és ifjúsági baleset-biztosításról

⁷¹ 1. számú melléklet a 119/2003. (VIII. 14.) Korm. rendelethez II. A biztosító szolgáltatása

Biztosítási kockázat megnevezése	Szolgáltatás mértéke
Baleseti halál	200 000 Ft biztosítási összeg
Csonttörés	3 000 Ft biztosítási összeg
Maradandó egészségkárosodás (rokkantság)	
- amennyiben a rokkantság foka 1-9%	3 000 Ft
- amennyiben a rokkantság foka 10-29%	50 000 Ft
- amennyiben a rokkantság foka 30-100%	a 300 000 Ft-nak a rokkantság fokával megegyező százaléka

amely a sérültet a lakásáról (szállásáról) a munkahelyére, illetve a munkahelyéről a lakására (szállására) menet közben éri, kivéve, ha a baleset a munkáltató saját vagy bérelt járművével történt.⁷² Ezzel kapcsolatban érdemes megjegyezni, hogy a magán egészségbiztosítások és a társadalombiztosítás közötti kapcsolatot nehezíti, hogy a társadalombiztosítás **az üzemi baleset** fogalmát használja. Ez több tekintetben is eltér a munkabalesettől, ugyanis

- az is biztosított baleset (üzemi baleset), amely munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri;
- ha a törvény eltérően nem rendelkezik, üzemi baleset a foglalkozási betegség, illetve üzemi baleseti sérült a foglalkozási betegségben megbetegedett is. Ugyanakkor a szerződési gyakorlat, a foglalkozási betegségeket nem tekinti biztosítási eseménynek, így azokra nem fizet biztosítási összeget, tehát az ebből fakadó rehabilitációban egyáltalán nem vesz részt az üzleti szféra. Érdemes lenne azonos fogalmakat használni.

A szerződési gyakorlat biztosítási eseménynek tekinti, ha a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban olyan balesete következik be, melynek következtében a biztosított 10%-ot meghaladó mértékű maradandó egészségkárosodást szenvedett és ez – a baleset időpontjától számított két éven belül – megállapításra kerül.

A szerződési gyakorlat alapján balesetbiztosítások során az egészségkárosodás mértékét tekintet nélkül a biztosított foglalkozására, az általános szerződési feltételekben rögzítettek szerint kell megállapítani. Pedig a rehabilitáció egyik fő célja, hogy a biztosított minél inkább képes legyen korábbi tevékenységét folytatni. Természetesen így a biztosító számára többet kellene kifizetni, de ösztársadalmi szinten ez nyereséget hozna.

A munkaképesség-változás megállapításakor a biztosítók elsősorban a testi funkciók zavarait mérik fel, a lelki traumákat és hatásaikat nem tekintik betegségnek (biztosítási eseménynek). Általában egy szerv elvesztése vagy (részbeni) csonkolása esetében a térítés mértéke egységesen az egyes testrészek elvesztéséhez igazodik, amelyhez térítési százalékokat rendelnek, s így határozzák meg a tényleges biztosítási összeget.⁷³

A szerződések kimondják, hogy a biztosító orvosszakértőjének megállapítása a baleseti egészségkárosodás mértékét illetően más orvosszakértői testület döntésétől független. Az egészségkárosodás mértékének megállapításánál nem a foglalkozással összefüggő munkaképesség-csökkenést, hanem a bármely munka végzésénél egyaránt figyelembe vehető általános funkciókiesést kell értékelni.

A piacon található biztosítási termékek rendkívül mostohán kezelik a rehabilitációt, idegenkednek tőle, gyakran csak a mentesülések vagy kizárások között találkozunk vele. A munkaképesség megváltozást nem veszik figyelembe, közömbösek a korábban végzett tevékenységébe történő lehető legteljesebb visszailleszkedést illetően. A szolgáltatásoknál is láthatjuk, hogy az egyösszegben történő kifizetés a cél, különösen mivel a járadék mértéke később megváltoztatható, ez rendszerint emelést jelent. Tehát a biztosító – polgári jogi terminológiával élve – inkább kötelezettség keletkeztető tényállásként viszonyul a bekövetkezett egészségkárosodáshoz és minél hamarabb szeretni szabadulni kötelezett, helytálló helyzetéből, mintsem abban lenne érdekelt, hogy ügyfelét minél jobban segítse az eredményes felépülésben. Egyelőre csak egy-két speciális módozat esetében találkozunk

⁷² 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről 87. § 3. pont.

⁷³ Értelemszerűen egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban, egy biztosítottra vonatkozóan a baleseti eredetű maradandó egészségkárosodás térítése a 100%-os egészségkárosodás esetén járó szolgáltatási összeget nem haladhatja meg.

rehabilitációnak mondható megoldással, de az intézmény konkrét megjelölése miatt (még ha az állami is), a társadalombiztosítási rendszerhez nehezen vagy egyáltalán nem illeszkedik.

A szerződésekben gyakran szerepel, hogy a biztosítási szerződés alapján kifizetett összeg független a társadalombiztosítási szervek megállapításaitól és szolgáltatásaitól. Sokszor az utógondozó rehabilitációs intézményeket, szanatóriumokat nem is tekintik kórháznak (holott az OEP igen), így a biztosítási összegbe az ott eltöltött időt nem veszik figyelembe. Egyes biztosítók a rehabilitációra csak a biztosítási összeg 50 %-át fizetik ki. A lelki zavarokat, mentális megbetegedéseket nem veszik figyelembe, pedig egyértelműen kimutatható, hogy ezek kezelése gyorsítja a felépülést, így gazdasági szempontból az együttes végösszeg alacsonyabb, mint az elhúzódó kórházi kezelés.⁷⁴

A hatékony rehabilitációt akadályozza, hogy ameddig nem állapítják meg az egészségkárosodás, rokkantság végleges mértéket, addig a biztosító a várható biztosítási összeg töredékét általában 25 %-át (kivételesen 50 %-át) fizeti ki. Ebben az esetben azonban figyelemmel kellene lenni arra, hogy bizonyos terápiák nem biztos, hogy később is olyan hatásosnak bizonyulnak, illetve elvégezhetőek-e egyáltalán.

A baleseti és rokkantsági biztosítások esetében gyakori kikötés, hogy nem köthető biztosítás olyan személyre, aki a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervhez nyújtott már be igénybejelentést rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, baleseti járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális segély, bányász dolgozó egészségkárosodási járadéka vagy rokkantsági járadék elbírálásához vagy ilyen ellátásban részesül. Olyan megoldással is találkozunk, hogy amennyiben ingyenesen kapcsolódik a biztosításhoz rokkantsági biztosítás, a biztosított rokkantságának a biztosítási tartamon belüli megszűnése (rehabilitáció) esetén a díjmentesítés a rehabilitáció dátumától megszűnik.

Ez sokban hozzájárul ahhoz, hogy a magán- és az állami egészségbiztosítás eltávolodik egymástól. Indokolt volna, hogy a két rendszer figyelemmel legyen egymásra (érdekegyeztetések), mert valószínű, hogy az állami pénz vagy különösen természetbeni ellátást hatékonyan segítené a biztosító által kifizetett összeg is. Gondolva itt a magasabb, jobb színvonalú (drágább) rehabilitációs segédeszközökre,⁷⁵ felszerelésekre, terápiákra stb. Ez még inkább hangsúlyozott volna gyerek-, illetve tanulóbiztosítások esetében, mivel a munkaképesség-változás egész jövőbeni életre szól.

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége általában a kárbejelentést követő 15 napon belül esedékes. Ha a biztosított (felelősségi károk esetén a károsult) igazoló okiratot tartozik bemutatni, a határidőt attól a naptól kell számítani, amikor a biztosítási esemény bekövetkezését és a kárösszegezését igazoló utolsó irat a biztosítóhoz beérkezett.

A biztosítási összeget a biztosított, illetve a szerződő fél maga határozza meg, a piacon a legalacsonyabb (500 000 Ft) és legmagasabb érték (30 millió Ft és fölött) között jelentős különbség tapasztalható. Gyakori megoldás, hogy a biztosítók önrészt követelnek meg, tehát az összköltségnek csak egy meghatározott részét (általában 70-85 %-át)⁷⁶ finanszírozzák, amelynek háttérben a biztosított felelősségének növelése és a szolgáltatások ésszerűsítése áll. Természetesen ez a biztosítási díjra is hatással van (évi 15 000 és 200 000 Ft között).

⁷⁴ Számos esetben azonnal nem határozható meg a károsodás mértéke, valamint a rehabilitáció, felépülés is elhúzódhat. Erre tekintettel mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak jogában áll a megállapított károsodási mértéket felülvizsgálni.

⁷⁵ Bővebben In Jozwiak – Hagymásy: A gyógyászati segédeszközök transzparens társadalombiztosítási támogatása. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, 2006.

⁷⁶ In Adorján – Serfőző – Péteri – Závodnyik: Ágazati biztosítástan. Perfekt Zrt. 2005. 334-335. oldal.

Ez a tág eltérés tovább nehezíti a magánbiztosítás szerepének értékelését, mert nagyobb összeg esetén a rendkívül drága, költségigényes, esetleg csak külföldön elvégezhető terápia lehetősége is felmerülhet.

A munkáltató által kötött biztosítás esetében a biztosító szolgáltatási kötelezettsége kiterjed a biztosítottak a biztosítási eseménnyel összefüggésben, az Egészségbiztosítási Pénztárral és/vagy a Nyugdíjbiztosítási Igazgatósággal szemben keletkezett megtérítési kötelezettségére is, a munkabaleset kapcsán a munkavállalónak nyújtott egészségbiztosítási ellátás, valamint a baleseti nyugellátás vonatkozásában.

Összefoglalásként arra a következtetésre juthatunk, hogy a magánbiztosítások egyre jelentősebb összegeket fizetnek ki a balesetet szenvedett emberek részére. **Ezek az összegek bekapcsolhatóak lennének a rehabilitáció finanszírozásába.** Erre azonban ma csak az érintett személy döntése alapján van lehetőség, azaz a magánbiztosítótól kapott pénzt saját rehabilitációjára felhasználhatja.

A rehabilitáció mögött meghúzódó társadalmi érdek kapcsán célszerű lenne a magánbiztosítást intézményesen is bekapcsolni a rehabilitáció finanszírozásába. Például a drága segédeszközök térítési díjának átvállalása hozzájárulhatna ahhoz, hogy drágább, de korszerűbb termékek is elérhetőek legyenek a rehabilitációra szoruló biztosítottak számára. Emellett **végig kellene gondolni, melyek azok a rehabilitációs szolgáltatások, amelyeket az állam csak egy bizonyos értékhatárig, esetszámig tud finanszírozni, és e felett célszerűnek és méltányosnak tartja a magánbiztosítók szerepvállalását.** Van két olyan terület, a KGFB, valamint a tanulók balesetbiztosítása, ahol az állam, mint a biztosítás általános feltételeinek meghatározója, illetve mint a szolgáltatás megvásárlója közvetlenül is hatást tud gyakorolni a biztosítási szolgáltatások alakítására. Egyéb esetekben kísérleti programok közös megvalósításával, pénzügyi ösztönzők alkalmazásával segíthetné elő a magánbiztosítók bekapcsolódását a rehabilitáció kiegészítő jellegű finanszírozásába.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Adorján – Serfőző – Péteri – Závodnyik [2005]: Ágazati biztosítástan. Perfekt Zrt.
- Az egészségbiztosítás helyzetének értékelése [2007] Egészségbiztosítási Felügyelet.
- A foglalkozási rehabilitáció módszertani kérdései [2009] Szerkesztette Szellő János Fogyatékos Személyek Közalapítványa
- A rehabilitáció gyakorlata [2004] Szerkesztette: Katona Ferenc, Sieglér János, Medicina
- Balogh Zoltán – Czeglédi Gábor [2008]: A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási helyzete. Előadás a „Munka és rehabilitáció” című konferencián. Harkány.
- Bárczay András – Forgács Zoltán József – Polonyi Gábor [2007]: Biztosítási kézikönyv gazdálkodó szervezetek részére. Budapest, Saldo
- Boncz Imre [2002]: Magán egészségbiztosítások az Európai Unió tagországaiban. In Egészségügyi Gazdasági Szemle, 3. szám.
- Boncz Imre [2007]: Több-biztosítós egészségügyi rendszerek Európában. In Nemzeti Érdek 2. szám.
- Borbás Ilona – Szirmai László – Verdes Nornert – Vilusz Lászlóné – Zelenkáné Lux Lilla [2005]: Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában. Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. Budapest.
- Borbás Ilona – Kincses Gyula [2007]: Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban. Budapest. ESKI.
- Czakó Zsuzsa [2002]: Rehabilitációs modellek 2. Magyar Távoktatási Alapítvány.
- Donkáné Verebes Éva – Oberfrank Ferenc [2006]: „Vigyázó szemetek...” A magyar egészségbiztosítási változások. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 44. évf./ 4-5-6. szám.
- Figueras, J. – McKee, M. – Mossialos, E. – Saltman, R. B. [2004]: Social health insurance systems in western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Foglalkozási rehabilitáció [2007.] Szerkesztette: dr Gere Ilona – Szellő János Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány
- Foubister, Th. – Thomson, S. – Mossialos, E. – McGuire, A. [2006]: Private Medical Insurance in the United Kingdom. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gere Ilona – Szellő János [2006]: A foglalkozási rehabilitáció fejlesztésének iránya és eszköztudománya. Munkaügyi Szemle, 10 -11. szám.
- Gere Ilona [2006]: Foglalkoztatási stratégia a tartósan akadályozott emberek integrációja érdekében. Kézirat. Szociális Szakmai Szövetség.
- Goglio, A. [2005]: In search of efficiency: Improving health care in Hungary. ECO/WKP. Paris, OECD.
- Gulácsi László – August Oesterle [2008]: A magánbiztosítás szerepe Ausztriában – egészségügy. In Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2. szám.

- Halmos Szilvia – Aubel Ervin – Csányi Zsuzsanna – Vég Katalin [2008]: A fogyatékos személyek foglalkoztatásának motíválása – javaslatok a jogszabályi környezet módosítására. Nonprofit Humán Szolgáltatók Szövetsége.
- Jacobs, R. – Goddard, M. [2000]: Social Health Insurance Systems in European Countries - The Role of the Insurer in the Health Care System: A Comparative Study of Four European Countries. Centre for Health Economics University of York.
- Józwiak-Hagymásy Judit [2006]: A gyógyászati segédeszközök transzparens társadalombiztosítási támogatása. Budapest, ESKI.
- Karner Cecília [2008]: Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. In Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2. szám.
- Kincses Gyula [2007]: Az USA managed care rendszereinek magyarországi adaptálhatósága. Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. Budapest
- Klauber András [2005/1.]: Gyógyászati Segédeszköz Ellátás – Betegápolás – Gondozás – Rehabilitáció, VI.. Országos Szakmai Kongresszus, Bükfürdő
- Klauber András [2005/2.]: Mozgásszervi rehabilitáció – Fizioterápia Fizioterápiás Szakdolgozók Egyesületének II. Kongresszusa, Gyula
- Lechnerné Vadász Judit [2006]: Új kérdések a munkavédelemben-fogyatékos emberek a munka világában. In Munkavédelem és biztonságtechnika 2. szám
- Lechnerné Vadász Judit [2007]: Megváltozott munkaképesség, fogyatékoság, a közelmúlt foglalkoztatási tanulságai. Foglalkoztatáspolitikai és Fogyatékoságügyi Szabadegyetem ELTE Bárczi István Gyógypedagógiai Kar, Budapest (elektronikus közzététel)
- Lechnerné Vadász Judit [2008]: A rehabilitációs járadék – lehetőség az aktívabb és integráltabb szakmai közgondolkodásra. In Rehabilitációs Kaleidoszkóp.
- Lencsés Katalin [2008]: Az európai gépjármű-biztosítási piac. In Biztosítási Szemle, 5. szám.
- Magánszolgáltatók az EU tagországok egészségügyi ellátásában. [2008] Egészségügyi Rendszertudományi Iroda.
- Magyar Biztosítók Évkönyve [2008]. Magyar Biztosítók Szövetsége.
- Mihályi Péter [2007]: A biztosítási piac megnyitása. Szakmai vitaanyag. Egészségügyi Minisztérium.
- Monostori Judit [2008]: Rokkantsági nyugdíjazás a 2000-es évek elején. KorFa, 2. szám.
- Mossialos, E. – Thomson, S. [2004]: Voluntary health insurance in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization.
- Napra-forgó Kht. [2008]: „Dolgozni velük és értük”. Modellek az integrációra.
- Németh György [2007]: Az egészségbiztosítási rendszerekről – nemzetközi összehasonlításban I-II. In Egészségügyi Gazdasági Szemle, 5-6. szám,
- OECD Gazdasági Tanulmányok. 1998-1999 [1999]. Magyarország, OECD, Paris, 1999.
- Orvosi Rehabilitáció [1999.] Szerkesztette: Katona Ferenc, Siegler János Medicina
- Pulay Gyula [2008/1]: A fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása ösztönzésének koncepciója. (Kézirat, készült a SZMM megrendelésére)

Pulay Gyula [2008/2]: Koncepció a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatása támogatási rendszere korszerűsítésének rövid távú feladataira. (Kézirat, készült az SZMM megrendelésére)

Pulay Gyula [2008/3]: Foglalkoztatás-központú komplex rehabilitáció. In Új utak a fogyatékkal élő emberek foglalkoztatásában. Osztrák-magyar munkaügyi konferencia. Szombathely.

Rékassy Balázs [2006]: Magán és kiegészítő egészségbiztosítások lehetőségei Magyarországon. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet. Budapest.

Rendek Vilma [2008]: A biztosító feladatainak változása az átalakuló egészségügyben. In Egészségügyi Gazdasági Szemle, 6. szám

Szociális és Munkaügyi Minisztérium Foglalkoztatási Főosztály [2008]: A megváltozott munkaképességű, valamint rehabilitációs járadékban részesülő munkavállalók foglalkoztatásának támogatása. (Javaslatok a jogszabályok módosítására). Kézirat. Budapest.

Védett Szervezetek Országos Szövetsége [2007]: A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási helyzete. Kutatási összefoglaló. Kézirat.

Vértesy László [2008]: A pénzügyi finanszírozás helye a jogrendszerben. In Jogelméleti Szemle, 3. szám.

Zalabai Péterné – Vízvárdi András [2008]: Az élő munkahely 1. (Foglalkozási rehabilitációról munkaadóknak). Motiváció Alapítvány.

Zavodnyik József [2009]: A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény kommentárja. In Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó. Hivatalos Jogszabálytár CD.

MELLÉKLETEK

Fogyatékoság, súlyos fogyatékoság különféle jogosultságok esetén

Jogszabály	A fogalom meghatározása	Kedvezmény
1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról	3. § E törvény alkalmazásában az egyes fogalmak jelentése a következő: 26. Súlyosan fogyatékos személynek azt kell tekinteni, aki súlyos egészségkárosodással összefüggő jogosultságról szóló jogszabályban említett betegségben szenvedőnek minősül, továbbá, aki rokkantsági járadékban részesül.	Személyi jövedelemadó alapjának csökkentése
15/1990. (IV. 23.) SZEM rendelet a súlyos fogyatékoság minősítéséről és igazolásáról	1. § (1) Az adóalapot csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékosnak minősül az 1991. évi XC. törvény 3. §-ának 20. pontjában foglaltakon túl: a) a siket és nagyothalló, b) az értelmi fogyatékos, c) a veleszületett és szerzett szívbetegségben szenvedő a III-IV. funkcionális stádiumban, d) a vérképzőrendszer rosszindulatú betegségében szenvedő, e) a gégekanüllel élő, f) az ileo, illetve kolosztomás beteg, g) súlyos szervi károsodással járó immunbetegségben szenvedő, h) a Malabszorpciós szindrómák közül: ha) a pankréászéltelenség, hb) a posztgasztrektomiás szindróma, hc) a bél felszívó felületének jelentős csökkenése (vékonybélrezekció), hd) a Whipplebetegség, he) a bélnyálkahártya gyulladás: enteritisz, regionális szkleroderma, limfóma radiációs ártalom, sprue, hf) mukoviszcidózis, hg) a kémiai vagy genetikai ártalma: diszacharidáz hiány, hipogammaglobulinémia, monoszacharidmalabszorpció, hh) az endokrin és anyagcsere betegségek: inzulinos és II. típusú diabetes, Zollinger-Ellisonszindróma, a hipoparathireoidizmus, Addisonkór, sebészeti, illetve konzervatív kezeléssel nem rendezett hipertireozis betegségben szenvedő; i) aki a módosított 6/1971. (XI. 30.) EüM rendelet 3. §-a szerint vaknak minősül; j) aki a 179/1993. (XII. 29.) Korm. rendelet szerint súlyos mozgáskorlátozottaként minősül. (2) Az (1) bekezdés a) és b) pontjában említettek körébe az a személy tartozik, akinek a fogyatékosága e rendelet 1. számú mellékletében meghatározott mértékű, és ez az állapot tartósan vagy véglegesen fennáll.	SzJA adóalap csökkentő kedvezmény

<p>1998. évi XXVI. Törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról</p>	<p>4. § E törvény alkalmazásában a) fogyatékos személy: az, aki érzékszervi – így különösen látás-, hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációjában számottevően korlátozott, és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során;</p>	<p>Előnyben részesítés</p>
	<p>23. § (1) Fogyatékosági támogatásra az a 18. életévét betöltött súlyosan fogyatékos, az ellátás igénylésének időpontjában Magyarországon élő magyar állampolgár, letelepedett, valamint bevándorolt jogállású személy, továbbá a magyar hatóság által menekültként, illetve hontalanként elismert személy jogosult, akinek</p> <p>a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes (látási fogyatékos),</p> <p>b) hallásvesztesége olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére segédeszközzel sem képes, feltéve, hogy</p> <p>ba) halláskárosodása 25. életévének betöltését megelőzően következett be, vagy</p> <p>bb) halláskárosodása mellett a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad (hallási fogyatékos),</p> <p>c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű (értelmi fogyatékos),</p> <p>d) állapota a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara miatt, az autonómia-tesztek alapján súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető,</p> <p>e) a mozgásrendszer károsodása, illetőleg funkciózavara miatt helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy a külön jogszabály szerinti mozgásszervi betegsége miatt állapota segédeszközzel eredményesen nem befolyásolható (mozgásszervi fogyatékos),</p> <p>f) az a)-e) pontban meghatározott súlyos fogyatékoságok közül legalább két fogyatékosága van (halmozottan fogyatékos),</p> <p>g) hallásvesztesége olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére segédeszközzel sem képes és az a), c)-e) pontok valamelyikében megjelölt egyéb fogyatékosága is van (halmozottan fogyatékos),</p> <p>és állapota tartósan vagy véglegesen fennáll, továbbá önálló életvitelre nem képes vagy mások állandó segítségére szorul.</p>	<p>Fogyatékosági támogatás</p>

<p>1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról</p>	<p>4. § (1) E törvény alkalmazásában d) közeli hozzátartozó: dc) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),</p>	
	<p>(3) Az (1) bekezdés alkalmazása során a) súlyosan fogyatékos személy az, akinek aa) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó - halló - életmód folytatására képes, ab) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes és halláskárosodása miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad, ac) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9), ad) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul; b) tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.</p>	<p>41. § (1) Ápolási díjra jogosult - a jegyes kivételével - a hozzátartozó [Ptk. 685. § b) pontja], ha állandó és tartós gondozásra szoruló a) súlyosan fogyatékos, vagy b) tartósan beteg 18 év alatti személy gondozását, ápolását végzi.</p>
<p>191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről</p>	<p>(2) E rendelet alkalmazásában d) halmozott fogyatékos: a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 23. § (1) bekezdés f)-g) pontja szerinti fogyatékos, valamint a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban: R.) 1. számú melléklete M) pontjának 1. alpontja szerinti fogyatékos, továbbá ha az ellátottnak az R. 1. számú mellékletének K) pontjának 1. alpontja, K) pontjának 2. alpontja, vagy az L)-N) pontjában foglalt fogyatékoságok közül legalább két fogyatékosága van;</p>	<p>Támogató szolgálat legmagasabb teljesítmény egysége</p>

<p>85/2007. (IV. 25.) Korm. rendelet a közforgalmú személyszállítási utazási kedvezményekről</p>	<p>8. § (1) Az 1. mellékletben meghatározott utazási kedvezmény igénybevételére jogosult:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) korlátlan számban megváltható kedvezményes menetjeggyel, vagy bármely viszonylatban megváltható, viszonylathoz kötött kedvezményes bérlettel az a vak személy, aki vakok személyi járadékában részesül, az erről szóló igazolás alapján, vagy a Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetségének érvényes arcképes igazolványával rendelkezik; b) korlátlan számban megváltható kedvezményes menetjeggyel, vagy bármely viszonylatban megváltható, viszonylathoz kötött kedvezményes bérlettel a Siketek és Nagyothallók Országos Szövetségének érvényes arcképes igazolványával utazó hallássérült személy; c) korlátlan számban megváltható kedvezményes menetjeggyel, vagy bármely viszonylatban megváltható, viszonylathoz kötött kedvezményes bérlettel az a személy, aki vagy aki után szülője vagy eltartója magasabb összegű családi pótlékban részesül, a külön jogszabályban meghatározott okmány alapján; d) korlátlan számban megváltható kedvezményes menetjeggyel, vagy bármely viszonylatban megváltható, viszonylathoz kötött kedvezményes bérlettel a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény alapján fogyatékosági támogatásban részesülő személy, a külön jogszabályban meghatározott okmány alapján; i) a rokkantsági járadékos, ha ezt a lakóhelye szerint illetékes jegyző igazolja (a helyi közlekedésben). 	<p>100 %-os utazási kedvezmény korlátlan számban(kísérő is)</p>
<p>177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról</p>	<p>2.§ (1) ee) a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Ftv.) 23. §-a (1) bekezdésének a) pontja alapján látási fogyatékosnak minősül, vagy a vakok személyi járadékában részesül, vagy</p> <p>ef) az Ftv. 23. §-a (1) bekezdésének d) pontja alapján a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara miatt fogyatékosági támogatásban részesül,</p> <p>eg) külön jogszabály szerint súlyos értelmi fogyatékosnak minősül és erre tekintettel a magánszemélyek jövedelemadójáról szóló külön törvény szerint adóalapot csökkentő kedvezmény igénybevételére jogosult, vagy</p> <p>eh) siket vagy súlyosan nagyothalló, halláskárosodása audiológiai szakvélemény szerint a 60 decibel hallásküszöb értékét eléri vagy meghaladja, vagy</p> <p>ei) a súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési kedvezményeiről szóló külön jogszabály szerint súlyos mozgáskorlátozottak minősül, vagy</p>	

<p>218/2003. (XII. 11.) Korm. rendelet a mozgásában korlátozott személy parkolási igazolványáról</p>	<p>2. § E rendelet alapján igazolványra az a személy jogosult,</p> <p>a) aki a súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeiről szóló 164/1995. (XII. 27.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Mr.) 1. §-a (3) bekezdésének a) pontja értelmében súlyos mozgáskorlátozottak minősül,</p> <p>b) aki a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól szóló 141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet 1. §-ának (1) bekezdésének értelmében látási fogyatékosnak; (3) bekezdésének értelmében értelmi fogyatékosnak; (4) bekezdésének értelmében autistának; illetve (5) bekezdésének értelmében mozgásszervi fogyatékosnak minősül,</p> <p>c) akit a vakok személyi járadékának bevezetéséről szóló 1032/1971. (VII. 14.) Korm. határozat végrehajtásáról szóló 6/1971. (XI. 30.) EüM rendelet alapján 2001. július 1-jét megelőzően vaknak minősítettek, vagy</p> <p>d) aki a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet 1. számú melléklete szerint vaknak vagy gyengénlátónak (K.1.), mozgásszervi fogyatékosnak (L.1-5.), értelmi fogyatékosnak (M.1-2.) vagy autistának (N.1.) minősül és ezt az 1. számú mellékletben meghatározott szakvélemények valamelyikével igazolja.</p>	
<p>5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról</p>	<p>1. § (1) A magasabb összegű családi pótlék igényléséhez - függetlenül attól, hogy a családi pótlékra való igény bejelentésével egyidejűleg, vagy már folyósított családi pótlék esetén kerül benyújtásra - igazolást kell csatolni arról, hogy a tizennyolc évesnél fiatalabb gyermek az 1. számú mellékletben felsorolt betegségek, illetőleg fogyatékoságok valamelyikében szenved</p>	

2. sz. melléklet

Összefoglaló adatok a rehabilitációs munkahelyteremtés 1999-2008. évi eredményeiről MPA rehabilitációs alaprész

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Forrás: RA dec. alaprész (md Ft)	1,51	1,93	1,90	1,55	1,95	1,94	1,0	1,57	1,91	2,97
Támogatott pályázat (db)	326	446	372	329	252	293	183	217	227	265
Új munka-hely (db)	2 219	2 217	1 792	1 293	1 225	1 304	240	542	906	709
Munkahely megőrzés, átalakítás (db)	1001	745	592	797	633	534	477	705	1 434	1 126
Támogatott munka- hely összesen (db)	3 220	2 962	2 384	2 090	1 858	1 838	717	1 247	2 340	1 835

Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

3. sz. melléklet

A megváltozott munkaképességű álláskeresők elhelyezkedését segítő program eredményei 1999-2008

(fő)

Megnevezés	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Megváltozott munkaképességű álláskereső *	26 705	32 899	42 825	38 276	42 706	45 002	47 792	44 360	40 551	41 345
Támogatás nélküli elhelyezkedés**	3 210	4 389	4 778	5 957	6 600	7 700	6 846	7 778	7 912	7 023
Támogatással elhelyezkedett**	4 681	5 429	6 088	7 998	7 984	5 961	8 000	7 510	6 664	7 490
Elhelyezkedett összesen	7 891	9 818	10 866	13 955	14 584	15 519	14 846	15 288	14 569	14 513
Képzésbe került összesen	1 640	2 144	2 395	1 890	1 917	1 103	1 449	1 424	836	1 084
Zárólétszám	13 782	14 973	15 321	16 623	17 686	19 951	22 075	20 948	20 979	23 230

Megjegyzés: * = Egy személy csak egyszer vehető számításba. ** = Egy személy a vizsgált időszak alatt többször is érintett lehet.

Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal.

Az (orvosi) rehabilitációval kapcsolatos fogalmak

Károsodás (impairment) (biológiai funkciózavar)

Időszakos vagy állandó pszichológiai, élettani vagy anatómiai veszteség, rendellenesség. (Az ember, mint biológiai lény.)

Fogyatékoság (disability) (emberi funkciózavar)

Az ember normális szenzoros, motoros vagy mentális funkcióihoz szükséges képességek részleges vagy teljes, átmeneti vagy végleges hiánya. (Az ember, mint emberi lény.)

Rokkantság (handicap) (társadalmi funkciózavar)

Az egyén kora, neme és szociális szerepe szerint elvárható mindennapi élettevékenységek tartós akadályoztatottsága. (Az ember, mint társadalmi lény.) Példa:

- Valakit baleset ér (noxa), eltörik a jobb karja, ami károsodás, anatómiai és élettani funkciózavar alakul ki.
- Amennyiben a sérülés ellátása utáni orvosi beavatkozásokkal a probléma nem oldódik meg (ennek oka most a mi szempontunkból indifferens), valamilyen probléma marad vissza, akkor az ember nem tudja használni a jobb felső végtagját (pl. nem tud írni, vagy ha pl. zenész, nem tud zenélni), emberi funkciózavar alakul ki.
- Ennek következtében (elveszíti a munkáját, egzisztenciális problémái lesznek, felesége elhagyja stb.) társadalmi funkciózavar alakul ki.

Így a noxa (baleset, fejlődési rendellenesség, tumor, gyulladás, keringési zavar stb.) következtében rokkantság alakulhat ki. Beavatkozás nélkül a folyamat „végigfut” és a legegyszerűbb noxa hatására is károsodás, végezetül rokkantság alakulhat ki. Hogy ez a folyamat ne menjen végbe, szükség van a prevencióra.

Prevenció

Primer prevenció: A noxa, és ezzel együtt a károsodás megelőzését vagy mértékének csökkentését szolgálja. (baleset megelőzés, környezetvédelem, munkavédelem, szűrő programok stb.)

Szekunder prevenció: A fogyatékoság és a másodlagos károsodások megelőzését szolgálja, valamint azt, hogy a károsodásból ne alakuljon ki fogyatékoság. (károsodások korai kezelése, nevelési és/vagy foglalkozási tanácsadás, megfelelő munka biztosítása stb.)

Tercier prevenció: A végleges fogyatékoság, rokkantság megelőzése. (gyógytorna, foglalkozási-, beszéd-, pszichoterápia, segédeszköz ellátás stb.)

Ezen tevékenységi kör a gyakorlatban lefedi a rehabilitáció tevékenységét, céljait.

Orvosi rehabilitáció

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium terminológiai munkacsoportja által megfogalmazva a rehabilitációs medicina (orvosi rehabilitáció): Önálló, szemléletében egységes, interdiszciplináris klinikai szakterület. Tevékenysége az egészségkárosodás miatt fogyatékos személyek funkcióképességének optimalizálására irányul. A

rehabilitáció elveinek alkalmazása a klinikum minden területén kívánatos. A képességek optimalizálása a környezettel való kölcsönhatás figyelembevételével, specifikus módszerek alkalmazásával, multiprofessionális team munka formájában történik. Kórháztól a lakóhely közeli ellátásig az ellátórendszer minden szintjén hozzáférhető. Szubspecialitások területén is szolgáltatható.

Team

A rehabilitáció és ezen belül az orvosi rehabilitáció tevékenysége team munka formájában valósul meg. Ez azt jelenti, hogy maga az orvosi rehabilitáció interdiszciplináris (helyesebben multidiszciplináris, „sokszakági”, mert a rehabilitáció nem a diszciplínák között található, hanem a diszciplínák összessége) szakma, ezért sok szakember együttesének közös munkája szükséges a siker eléréséhez. A rehabilitáció csapatmunka, több terület orvos és nem orvos szakemberének az összehangolt tevékenysége, amelyben kiemelendő az, hogy a középpontban mindig maga a fogyatékos ember áll. Így alakul ki, áll össze a team, mindig az egyén szükségletének megfelelő szakemberekből.

Rehabilitáció tevékenységének eredményességének mérése

Mint mindent, így a rehabilitációs tevékenységet, ennek eredményességét is szeretnénk mérni, számszerűsíteni. Ez szinte lehetetlen feladat, mert a felméréssel magát az embert mint biológiai és mint társadalmi lényt kellene mérni, és ha lehet, akkor egy számmal kifejezni.

Ennek ellenére vannak mérési lehetőségek, skálák, amelyekkel viszonylag jó közelítéssel megítélhető a rehabilitációs tevékenység eredményessége. Vannak általános és speciális (a különböző fogyatékosági csoportokra alkalmazható) skálák. Most itt az általános skálákkal foglalkozunk, azokkal, amelyek alkalmazása minden egyes ellátott ember esetében kötelezően előírt. (Igaz, hogy a skálák kitöltését nem vesszük szigorúan és magának a skáláknak az értékelése sem történt meg, esetenként magának a kitöltendő skálának az értékelhetetlenség miatt.)

A mérések lehetnek egyszerűbbek, könnyebben kezelhetők, amelyek hátránya az, hogy csak általánosságban vizsgál, nem alkalmas finom különbségek felmérésére.

FIM (Functional Independence Measure)

Általános skála, amelyik globálisan foglalkozik az egyén

- önellátásával,
- szfinkter (széklet és vizelet ürítés) funkcióival,
- mozgásával,
- helyváltoztató-, közlekedőképességével,
- szociális képességével,
- kommunikációjával.

A skála felvételével jó közelítéssel megítélhető, hogy az egyén önellátó, részleges segítséget igényel, vagy esetlegesen teljes ellátásra szorul.

Funkciók Nemzetközi Osztályozása

Az orvostudományi egyetemeken a betegségek (károsodások) gyógyítását tanuljuk. Számtalan betegség létezik, ezeket BNO-val (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) (melléklet) jelölhetjük, amely rendszer a jelenlegi finanszírozás alapja (aktív finanszírozásban a HBCS, krónikus finanszírozásban maga a BNO szerepel). Fogyatékoságból már jóval kevesebb van - mozgásszervi, érzékszervi (látás, hallás

stb.), mentális, kommunikációs stb. Rokkantságból pedig csak egy van, a rokkant ember. (Igaz, hogy az elnevezésekben is változás következett be, pl. a rokkant embert ma már hátrányos helyzetűnek kell nevezni.) Így az ember hátrányos helyzetét igen nehéz leírni, osztályozni a BNO-val, ezért a rendszert a WHO átgondolta, s az egész fogalomrendszert új alapokra helyezte. Ez azt jelenti, hogy amíg eddig a negatívumokkal, hiányokkal jellemeztük az állapotokat, addig most már a pozitívumok feltárása a lényeg, mindig a megmaradt funkciókra, állapotokra kell koncentrálni. (Sir Ludwig Guttmann, a gerincvelősérültek korszerű rehabilitációjának megalapozója, könyve elején mottóul azt választotta má a 70-es években: Ne azon bánkódjunk, ami elveszett, hanem azzal törődünk, ami megmaradt.) Így alakították ki az osztályozás új verzióját, megváltoztatva a fogalmakat, jelentésüket.

Összefoglalva: a károsodás fogalma kibővült a struktúra/funkció fogalmával, a fogyatékos cselekvőképességgé vált és a rokkantság részvétellé. Mivel az ember állapotát, helyzetét igen nagyban befolyásolják az egyéni tényezők, valamint a környezet, ezért fogalmakat kiegészítették a környezeti és egyéni (személyi) tényezők fogalmával. Ezen új értelmezéssel fogalmazták meg az egészségi állapotot, rendellenességet, betegséget.

Az egészségi állapot, a betegségek/rendellenességek modellje az FNO (Funkcióképesség, Fogyatékos és Egészség Nemzetközi Osztályozása) alapja. Az FNO magyar nyelven is megjelent. Maga az FNO bonyolultsága ellenére alkalmas az egyén állapotának teljes körű felmérésére, így a különböző egészségüggyel (rehabilitációval) kapcsolatos tevékenységek (rendeletek, utasítások, beavatkozások stb.) eredményességének felmérésére, elemzésére, kutatások végzésére, nemzetközi összehasonlításokra stb. Az FNO alkalmas minderre, mert felméri az anatómiai és fiziológiai állapotától kezdve, a különböző, ember által végzett funkciókat egészen az egyén társadalomban betöltött szerepéig.

Ezen mérések alkalmasak magának a rehabilitációs tevékenységek megítélésére mellett a fogyatékos állapot súlyosságának mérésére, ezen keresztül pedig arra is, hogy megítéljük egy rehabilitációs osztály munkájának nehézségét, az ott folytatott tevékenység szakmai és fizikai teljesítményét.

Az orvosi rehabilitáció jól meghatározott orvosi szakterület, megfogalmazott és leírt tevékenységgel, körülírt, meghatározott szolgáltatásokkal, amelyeket arra specializált orvos és nem orvos szakszemélyzet nyújt a rehabilitációra alkalmas rászorulóknak. Ennek megfelelően az orvosi rehabilitáció:

- konkrét rehabilitációs cél érdekében történik,
- sok szakember multidiszciplináris team-munkáján alapul,
- a társadalomba (a munkaerőpiacra, az iskolába, a családba) való mielőbbi be- vagy visszailleszkedést szolgálja,
- az ellátási tevékenységeket protokollokban rögzíti,
- így azok tervezhetők és eredményük mérhető éppúgy, mint más orvosi tevékenységeké.

Az Állami Számvevőszék Kutató Intézetének* (ÁSZKUT) eddig megjelent tanulmányai **

2009

1. A felnőttképzési rendszerek hatékonysága nemzetközi összehasonlításban.
2. Az állam célszerű gazdasági szerepvállalása a XXI. század elejének globális gazdaságában.
3. Pénzügyi kockázatok az önkormányzati rendszerben.

2008

1. A tudásalapú gazdaság és társadalom.
2. A 2009. évi költségvetés makrogazdasági kockázatainak elemzése.
3. Korrupciós kockázatok feltérképezése a magyar közsférában.
4. Értékelő tanulmány a 2009. évi költségvetési tervezés makrogazdasági mozgásterének néhány összefüggéséről.
5. A magyarországi cigányság helyzetének javítására és felemelkedésére a rendszerváltás óta fordított támogatások mértéke és hatékonysága.
6. A Balaton Régió turisztikai tárgyú tanulmányainak költségei, ezek indokoltsága és hasznosulása a rendszerváltás óta eltelt 17 esztendőben.

2007

1. Értékelő tanulmány a 2008. évi költségvetési törvényjavaslat makrogazdasági megalapozottságának néhány összefüggéséről.
2. A közsféra és a gazdaság versenyképessége.
3. Az köz- és magánzféra együttműködésével kapcsolatos nemzetközi és hazai tapasztalatok.
4. Államreform, közpénzügyi reform. Nemzetközi trendek és hazai kihívások.

2005

1. A környezettudatos gazdálkodás és a fenntartható fejlődés a szabályozás és az ellenőrzés tapasztalatainak tükrében.
2. Kutatástól az innovációig – a K+F tevékenység helyzete, néhány hatékonysági, finanszírozási összefüggése Magyarországon.

2004

1. A felsőoktatás átalakulása, a finanszírozás korszerűsítése.
2. Gyógyszerfelhasználás és –finanszírozás és az Állami Számvevőszék ellenőrzési tapasztalatai az elmúlt években.
3. Privatizáció Magyarországon I. kötet.
4. Privatizáció Magyarországon II. kötet.

2003

1. A nonprofit szektor működése és ellenőrzése.
2. A fekvőbeteg-ellátás 10 éve – egy lehetséges terápia elemei.

* 2008. december 31-ig Állami Számvevőszék Fejlesztési és Módszertani Intézet (ÁSZ FEMI)

** Megtalálható: www.asz.hu (Szakmai kutatás, fejlesztés/ÁSZKUT tanulmányok, publikációk cím alatt)