

## 7. MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉG, ROKKANTSÁG, REHABILITÁCIÓ

### 7.1. A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ NÉPESSÉG FOGLALKOZTATÁSA ÉS A KERESLET OLDALI SZAKPOLITIKAI ESZKÖZÖK\*

KREKÓ JUDIT & SCHARLE ÁGOTA

#### A megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatási helyzete

Nemzetközi szinten egyre erősebb a felismerés, hogy megfelelő támogatással a megváltozott munkaképességű emberek jelentős hányadát be lehet vonni a munkaerőpiacra, ezzel pedig mindenki nyer. A munkavállalás javíthatja az érintettek fizikai és mentális egészségi állapotát, csökkenti a szegénység kockázatát, mérsékeli az ellátásukból származó költségvetési terheket, és a magasabb foglalkoztatottság révén a gazdasági növekedésre is jótékonyan hat (OECD, 2010).

A megváltozott munkaképességű, de még aktív korú emberek átlagosnál alacsonyabb foglalkoztatottságát kínálati és keresleti tényezők is alakítják. A klasszikus munkagazdaságtani modellben a munkába állásról lényegében a szabadidő és a fogyasztás értéke alapján dönt az egyén.<sup>1</sup> Ezt a leegyszerűsített döntést az egyéni preferenciákon túl az elérhető bérek, a munkába járás költségei, a jóléti ellátások és a családtagok preferenciái is befolyásolják. A megváltozott munkaképességű emberek esetében ezek a tényezők általában a munkába állás ellenében hatnak: várható bérük többnyire alacsonyabb, a munkába járás költségei gyakran magasabbak, idősebb életkoruk vagy betegségük miatt több pihenésre van szükségük, és sokan részesülnek valamilyen rokkantsági ellátásban. A jóléti ellátások minden esetben csökkentik a munkakínálatot (mivel elérhetővé teszik a fogyasztás minimális szintjét); negatív hatásuk még nagyobb lehet, ha munkába állás esetén ezek az ellátások már nem járnak (például *Bound–Burkhauser*, 1999). Ekkor ugyanis nemcsak a szabadidőről, hanem az ellátásokról (ezek összegéről és kiszámíthatóságáról) is le kell mondania a munkába állónak.

Azt is érdemes figyelembe venni, hogy a munka az önkifejezés vagy a társas kapcsolatok forrásaként örömet is adhat, azaz a munkával töltött idő az elvesztett szabadidővel arányosan, de nem egy az egyben csökkenti a hasznosságot. Ez két irányban is hathat a megváltozott munkaképességű emberek döntésére: ha a munkahely befogadó, toleráns, akkor az ott szerezhető kapcsolatok számukra még fontosabbak lehetnek, mint ép társaiknak (különösen, ha fogyatékoságuk miatt izoláltan élnek); ha a munkahely nem befogadó (vagy nem tűnik annak), akkor az éppen fordítva – a munkavállalás ellen – hathat.

\* A jelen dokumentum a Központi Statisztikai Hivatal Munkaerő-felmérés adatállományai felhasználásával készült. A dokumentumban foglalt számítások és az azokból levont következtetések kizárólag Krekó Judit és Scharle Ágota, mint szerzők szellemi termékei.

<sup>1</sup> Ha dolgozik, kevesebb szabadideje lesz, viszont a munkáért kapott bért fogyasztásra fordíthatja: a modell szerint minden munkavállaló ezt mérlegeli, a szabadidő és a fogyasztás értékének megítélése azonban egyénfüggő (*Ehrenberg–Smith*, 2017).

A munkaerő iránti keresletet elsősorban az határozza meg, hogy a vállalat milyen áron tudja értékesíteni a termékét, mekkorák a bérek, és milyen a dolgozók termelékenysége.<sup>2</sup> A termelékenységet azonban a munkaadók nem mindig tudják pontosan mérni, s gyakran azt feltételezik, hogy a megváltozott munkaképességű álláskeresők termelékenysége ép társaikénál alacsonyabb: például lassabban dolgoznak, többet hibáznak, vagy gyakrabban betegek. Ez a feltevés esetenként korábbi tényleges tapasztalatokon alapul, de állhat mögötte előítélet is.<sup>3</sup> További, a keresletet csökkentő tényező lehet, ha a munkába állás (például akadálymentesítésre, munkakörök átszervezésére lenne szükség), vagy a munkavégzés (például segítő személyzetre van szükség) költségei magasabbak. A munkatársaknak vagy a vevőknek tulajdonított előítéletek is diszkriminációhoz vezethetnek (*Lovász–Telegdy*, 2009).

A megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatásában különösen indokolt az állam támogató, ösztönző beavatkozása. Egyrészt az állam felelős azért, hogy a pénzbeli ellátások hozzáférést megfelelően – a munkakínálatot minél kevésbé ellenőztönözve – szabályozza. Másrészt sem a rehabilitációs szolgáltatások, sem a diszkrimináció elleni fellépés nem bízhatók a piaci szereplőkre – egyrészt az információs korlátok miatt, másrészt az egyéni érdeken túlmutató társadalmi haszon érdekében (*OECD*, 2010).

A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási helyzetének értékelését nehezíti, hogy nincs egységes definíció és egyértelmű mérési módszer, így a különböző mérésekből származó adatok összehasonlíthatósága korlátozott (erről a *K7.2. keretes írásban* írunk részletesebben).

A következőkben a megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatási helyzetének értékelésekor elsősorban a KSH Munkaerő-felmérésének (MEF) adataira támaszkodunk. A MEF definíciója szerint megváltozott munkaképességű az a személy, aki valamilyen tartós, legalább hat hónapig fennálló egészségi vagy mentális problémával küzd, és ez a munkavégzés valamely dimenziójában (munkavégzés hossza, jellege vagy a munkahelyre történő közlekedés) korlátozza őt. Fontos hangsúlyozni, hogy a MEF a válaszadók saját értékelésén alapul, és nem jelenti azt, hogy az illető megváltozott munkaképességét hivatalos eljárás keretében megállapították.

Mivel 2017-ben megváltozott az egészségi állapotra vonatkozó kérdés a MEF-ben a 2011. és 2015. évi. felmérésekhez képest, a megváltozott munkaképességű népesség arányát érdemben nem tudjuk az újabb, 2017–2019-es adatokkal összehasonlítani.<sup>4</sup> 2019-ben a MEF-ben a fenti definíció alapján a 19–64 éves korú népesség 8 százaléka tekinthető megváltozott munkaképességűnek, és a definíciós változás miatt ez az arány jelentős csökkenést mutat a 2011. évi 11,2 százalékos értékhez képest.

A megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatási helyzetét az abszolút és relatív foglalkoztatási aránnyal illusztráljuk. Ez utóbbi mutató azt méri, hogy a megváltozott munkaképességű emberek csoportjának fog-

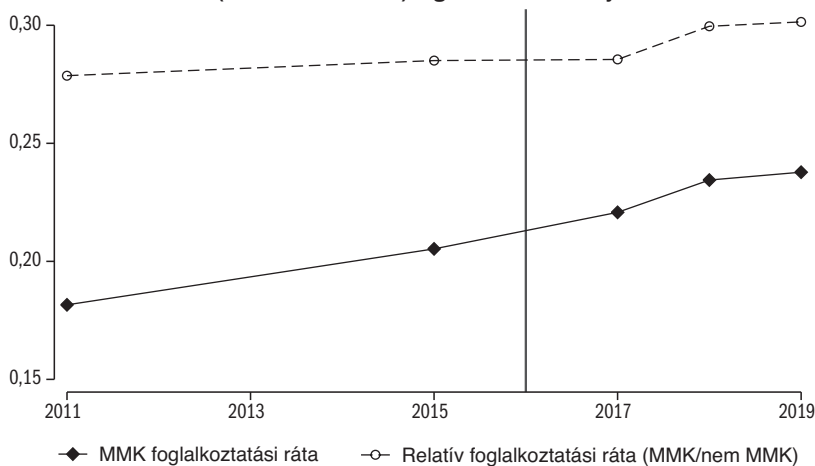
<sup>2</sup> A munkakeresleti görbe levezetését lásd például *Ehrenberg–Smith* (2017).

<sup>3</sup> A megváltozott munkaképességű munkavállalók közel kétharmada tapasztalt már hátrányos megkülönböztetést álláskeresése során (*KSH*, 2015).

<sup>4</sup> A 2011. és 2015. évi felmérésben a „Van-e önnek tartósan fennálló egészségügyi problémája...?” kérdést a lehetséges betegségek felsorolása követte, amelyből választani lehetett, emellett az „egyéb” kategória is nyitva állt a válaszadók előtt. 2017-től kezdve azonban csak igen/nem válaszok adhatók, így elképzelhető, hogy a felsorolás esetén felmerülő egészségügyi problémára nem gondolnak. Megváltozott munkaképességű pedig csak az lehet, aki e kérdésre igennel felelt, és az adott tartós betegség akadályt jelent a munkavégzésében.

lalkoztatási rátája mekkora az egészséges népességéhez viszonyítva. A 7.1.1. ábra szerint 2019-ben a munkaképes korú megváltozott munkaképességű népesség csaknem negyede (23 százalék) dolgozott, ami alig egyharmada az egészséges népesség foglalkoztatási rátájának. A 2011 és 2015 közötti időszakban az utóbbi, relatív mutató alig változott, mivel a teljes népességben is gyorsan emelkedett a foglalkoztatás. A 2017 és 2019 közötti időszakban ugyanakkor a relatív és az abszolút foglalkoztatottsági ráta is lassú emelkedést mutatott.

7.1.1. ábra: A 19–64 éves megváltozott munkaképességű (MMK) népesség (abszolút és relatív) foglalkoztatási rátája



Megjegyzés: A függőleges vonal az MMK-állapotról való átváltás utal.

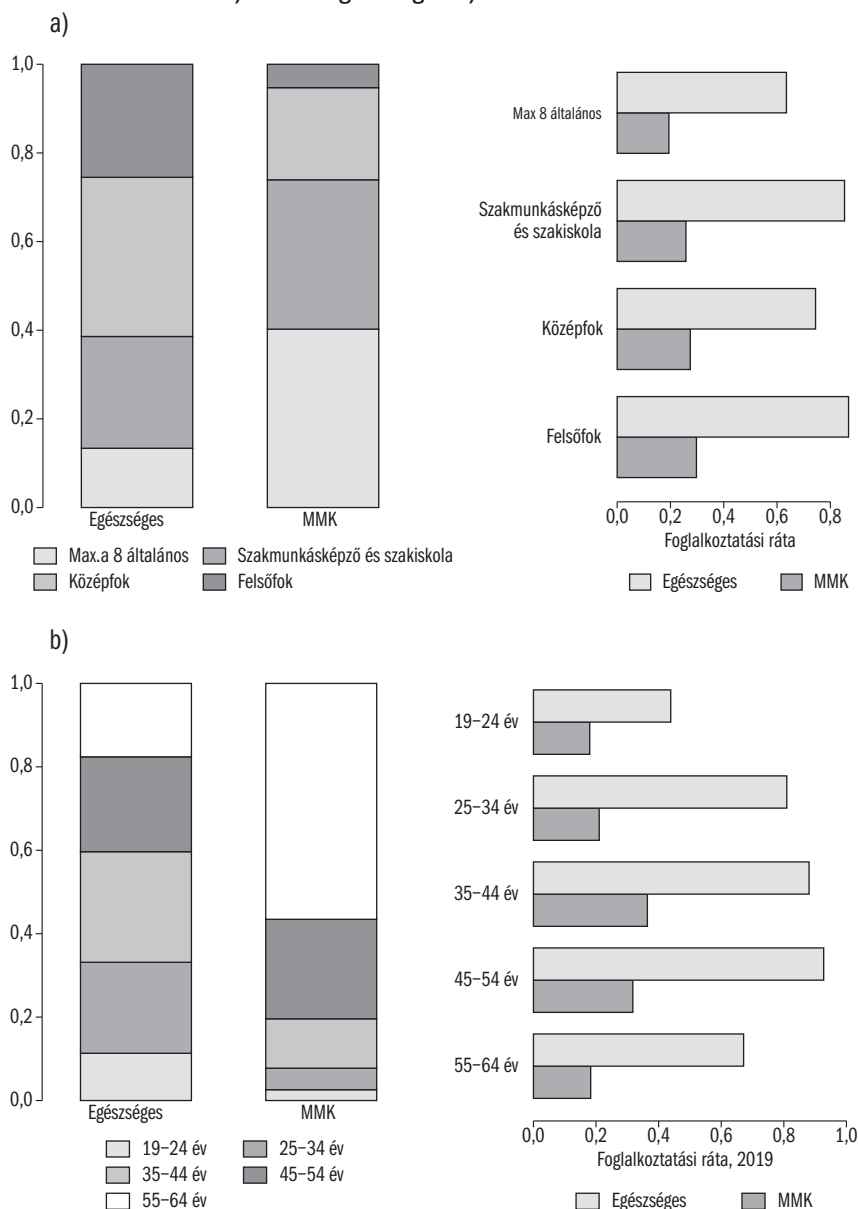
Forrás: Saját számítás KSH MEF alapján.

A következőkben azt vizsgáljuk, hogy a megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatottsági lemaradásában mekkora szerepet játszik a csoport eltérő összetétele. Mint a 7.1.2. ábrán látható, e csoport átlagos életkora (a 19–64 éves népességen belül is) jóval magasabb, mint az egészséges népességé, a tartós egészségügyi problémák egy jelentős része ugyanis az élet során kialakult betegséget takar. Emellett érdemben alacsonyabb a megváltozott munkaképességű csoport átlagos iskolai végzettsége, amelynek több oka is van. Egyrészt, a gyermekkorban meglévő vagy szerzett fogyatékoság csökkenti az iskolába járás és a továbbtanulás esélyét (erről lásd a 8.1. alfejezetet és a K8.1. keretes írást). Másrészt az alacsonyan iskolázottak nagyobb valószínűséggel dolgoznak fizikai munkakörben, amelyben nagyobb a munkavégző képesség romlásának kockázata (erről lásd a 3.3. alfejezetet).

Ugyanakkor az ábrák azt is mutatják, hogy az 55 év felettiek és az alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezők esetében az egészséges népesség foglalkoztatási rátája is alacsonyabb.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> A megváltozott munkaképességű népesség kor és iskolai végzettség szerinti megoszlása a 2011 és a 2018 közötti évekre is hasonló.

7.1.2. ábra: A megváltozott munkaképességű (MMK) népesség és az egészséges népesség iskolai megoszlása és foglalkoztatási rátája 2019-ben  
a) iskolai végzettség és b) életkor szerint



Forrás: Saját számítás KSH MEF alapján.

Az eltérő összetétel hatásának elkülönítéséhez a Oaxaca–Blinder-féle dekompozíciós eljárás segítségével három részre bontottuk az 19–64 éves megváltozott munkaképességű és egészséges népesség foglalkoztatottsági rátájának

százalékpontban vett különbségét. Az eredményeket a 7.1.1. táblázat foglalja össze. Az összetételhatás azt mutatja, hogy a két csoport eltérő jellemzői (iskolai végzettség, életkor, nem, regionális eloszlás, valamint a lakóhely településének a jellege) mekkora részt magyaráznak a foglalkoztatottsági ráták különbségéből.<sup>6</sup> A paraméterhatás a megváltozott munkaképesség hatását mutatja, az (elhanyagolható nagyságú) interakciós komponens pedig azt ragadja meg, hogy a jellemzők eltérően befolyásolják a két csoport foglalkoztatási esélyeit. Az eredmények alapján a megváltozott munkaképességű csoport eltérő összetétele a foglalkoztatási különbség kevesebb mint egyötödét magyarázza, a foglalkoztatási lemaradás döntő többsége (mintegy 46 százalékpont) a megváltozott munkaképességnek tulajdonítható.

**7.1.1. táblázat: A 19–64 éves, megváltozott munkaképességű (MMK) és egészséges népesség foglalkoztatottsági rátája közötti különbség tényezőkre bontása, 2017–2019**

	2017	2018	2019
Nem MMK	0,773	0,783	0,789
MMK	0,221	0,234	0,238
Teljes különbség	0,552***	0,548***	0,551***
Összetételhatás	0,105***	0,098***	0,062***
Paraméterhatás	0,460***	0,463***	0,472***
Interakció	-0,012	-0,013	0,017

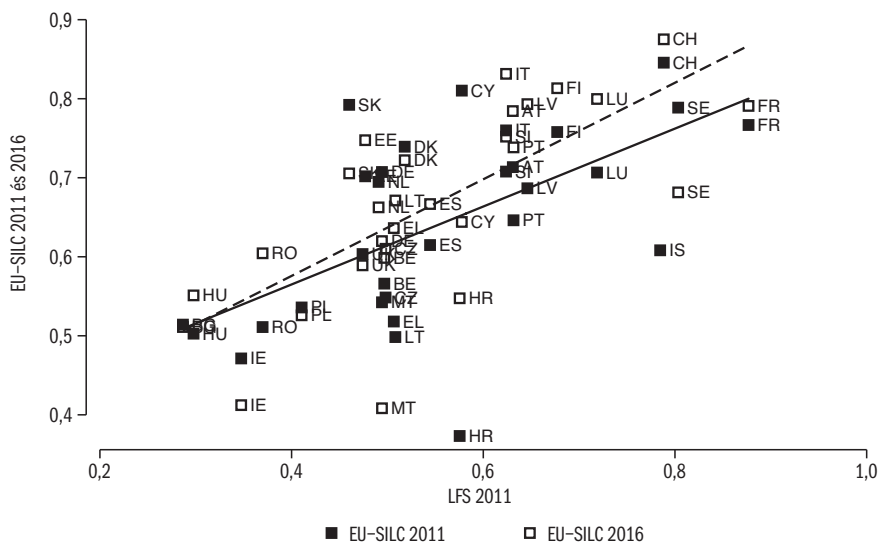
\*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ .

Forrás: Az 2017–2019 közötti MEF-adatok alapján, Oaxaca–Blinder-féle dekompozíciós módszerrel saját számítás.

A megváltozott munkaképességű magyar népesség munkapiaci helyzete nemzetközi összehasonlításban sem mondható jónak. Az Európai Unió összes országára kiterjedő munkaerő-felmérésében (*Labour Force Survey, LFS*) utoljára 2011-ben szerepelt kérdés a munkavégző képességről. E felmérés alapján Magyarország az európai országok mezőnyének végén „kullogott”: a relatív foglalkoztatási arány (30 százalék) alig haladta meg az EU-átlag (56 százalék) felét, a mutató csak Bulgáriában volt alacsonyabb a magyarországinál (7.1.3. ábra). A relatív foglalkoztatási ráta nemzetközi összehasonlításban alacsonynak tekinthető egy másik európai kérdőíves felmérés, a tágabb definíciót alkalmazó EU–SILC szerint is, amely alapján a megváltozott munkaképességű népesség EU-átlaghoz viszonyított foglalkoztatási lemaradása 2011 óta csökkent ugyan, de 2016-ban továbbra is számottevőnek tekinthető. (Az EU–SILC és az LFS összehasonlításáról lásd még a K7.2. keretes írást).

<sup>6</sup> Az életkor szerepét a következő kategóriák alapján vizsgáltuk: 19–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64 évesek. Az iskolai végzettséget négy kategóriára bontottuk: maximum nyolc általános, szakmunkásképző és szakiskola, érettségig adó középfokú, és felsőfokú iskolai végzettség.

7.1.3. ábra: Relatív foglalkoztatási ráta az LFS- és az EU-SILC-felmérésekben



Ország rövidítések: AT – Ausztria, BE – Belgium, CH – Svájc, CY – Ciprus, CZ – Cseh Köztársaság, DK – Dánia, DE – Németország, EE – Észtország, EL – Görögország, ES – Spanyolország, FI – Finnország, FR – Franciaország, HR – Horvátország, IE – Írország, IS – Izland, IT – Olaszország, LT – Litvánia, LU – Luxemburg, LV – Lettország, HU – Magyarország, NL – Hollandia, PL – Lengyelország, PT – Portugália, RO – Románia, SI – Szlovénia, SK – Szlovákia, SE – Svédország, UK – Egyesült Királyság.

Megjegyzés: A számításokat és az ábrát *Boldmaa Bat-Erdene* készítette. A relatív foglalkoztatási ráta a 15–64 éves MMK- és a nem MMK-népeség foglalkoztatási rátájának hányadosát mutatja.

Forrás: *Eurostat* (EU-SILC és LFS).

### Szakpolitikai eszközök

A munkapiac keresleti oldalán a megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatásának legfőbb pénzügyi ösztönzői a bértámogatás, adókedvezmények, kötelező foglalkoztatási kvóta és a munkahely átalakításához szükséges pénzügyi támogatások. Ezen eszközök közös jellemzője, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók relatív munkaköltségét csökkentik az egészséges munkavállalókéhoz képest, ezen keresztül terelve feléjük a nyílt munkaerőpiaci keresletet. A nemzetközi tapasztalatok alapján e pénzügyi ösztönzők pozitív, de jellemzően mérsékelt hatást gyakorolnak (például *Datta Gupta és szerzőtársai*, 2015, *Scharle–Csillag*, 2016). A pénzügyi ösztönzőkön túl a megváltozott munkaképességű munkavállalók iránti keresletet növelik a velük szembeni diszkriminációt csökkentő és az integrációjukat segítő érzékenyítő kampányok, tréningek is (*Phillips és szerzőtársai*, 2015, *McDonnell–Antonelli*, 2020).

Magyarországon a keresletoldali eszközök kifejezetten erősen ösztönzik a munkaadókat a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatására. A megváltozott munkaképességű népesség iránti munkakeresletet ösztönző egyik legfontosabb eszköz az – országok széles körében alkalmazott – kötelező foglalkoztatási kvóta, amely meghatározott számú megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatását, illetve ennek hiányában egy büntető jellegű adó megfizetését írja elő. Magyarországon minden, legalább 25 főt alkalmazó munkaadónak – beleértve az állami és nonprofit intézményeket is –, amelyben a megváltozott munkaképességű munkavállalók aránya nem éri el a kötelező foglalkoztatási szintet, vagyis a létszám 5 százalékat, rehabilitációs hozzájárulást kell fizetnie. A hozzájárulás jelentős összeg, mértéke 2020-ban 1449 ezer forint/fő, ez a minimálbér éves összegének és járulékainak mintegy 63 százaléka, a minimálbér havi összegének kilencszere. A kötelező foglalkoztatási szintbe azokat az embereket lehet beszámítani, akiket a rehabilitációs hatóság komplex vizsgálata megváltozott munkaképességűnek minősített, és akiknek a munkaideje eléri a napi négy órát.<sup>7</sup> A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását előíró kvótát az országok széles körében alkalmazzák, a kvótához kapcsolódó büntetőadó, a rehabilitációs hozzájárulás azonban Magyarországon nemzetközi viszonylatban is magasnak tekinthető (*OECD, 2010, Lalive és szerzőtársai, 2013*). (Ennek hatásáról lásd a *K7.1. keretes írást*).

<sup>7</sup> Lásd a **2011. évi CXCI. törvényt** a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról.

<sup>8</sup> A kedvezményt 2019. január elsején vezették be (**2018. évi LII. törvény**), és a szintén jelentős kedvezményt nyújtó, a megváltozott munkaképességű személyek által igényelhető rehabilitációs kártyát váltotta fel.

<sup>9</sup> Lásd az **1996. évi LXXXI. törvényt**. A mérethatár nem követelte a rehabilitációs hozzájárulás vállalati mérethatárának 20-ról 25 főre történő emelését, így a 20 és 25 fő közötti vállalatokra sem a tao-kedvezmény, sem a kvóta nem vonatkozik.

<sup>10</sup> Elvileg ezeken a munkahelyeken is zajlik rehabilitáció: a megváltozott munkaképességű alkalmazottak körülbelül negyede úgynevezett tranzit foglalkoztatásban van, ami azt jelenti, hogy a munkáltató segítségével három éven belül nyílt munkapiaci állásban kellene elhelyezkedniük. Ennek a szabálynak a tényleges betartásáról nem sikerült adatot szereznünk.

A megváltozott munkaképességű munkavállalók iránti kereslet növekedésének irányába hat – a rehabilitációs hozzájárulás fizetési kötelezettsége mellett –, hogy utánuk a munkaadók jelentős mértékű adókedvezményben is részesülnek: a minimálbér kétszeresének megfelelő bér erejéig teljesen mentesülnek a szociális hozzájárulási adó megfizetése alól,<sup>8</sup> valamint a 20 fő alatti vállalatok a megváltozott munkaképességű alkalmazottak munkabérével a minimálbér erejéig a társasági adóalapot is csökkenthetik.<sup>9</sup> A bérköltségeket növeli ugyanakkor, hogy évente öt munkanap pótszabadság jár a megváltozott munkaképességű munkavállalónak. A nyílt piaci foglalkoztatás ösztönzése mellett jelentős állami támogatást kapnak az úgynevezett akkreditált foglalkoztatók: ezek nagyjából 30 ezer fő számára nyújtanak biztonságos, de szegregált munkahelyet, amelyek a nemzetközi tapasztalatok szerint sokkal kevésbé hatékonyak a rehabilitáció szempontjából, mint a nyílt piaci munkavállaláshoz nyújtott támogatás (lásd például *Scharle–Csillag, 2016*).<sup>10</sup>

A kínálati oldalon a pénzübeli ellátások szintje és hozzáférhetősége, illetve a munkavégző képességet helyreállító, úgynevezett rehabilitációs szolgáltatások (meglévő készségek felmérése, motiválás, átképzés, felkészítés) és az állásközvetítés a legfontosabb szakpolitikai eszközök (ezekről a *7.2. alfejezetben* írunk részletesebben).

Mint a *K7.1. keretes írásban* részletesebben is bemutatjuk, a rehabilitációs hozzájárulás kimutathatóan növeli a megváltozott munkaképességű emberek



nyílt munkapiaci foglalkoztatását. A kvóta alacsony és az elmúlt években sem javuló kihasználtsága, a megváltozott munkaképességű népesség jelentős foglalkoztatási lemaradása ugyanakkor azt mutatja, hogy önmagában a jelentős pénzügyi keresleti ösztönzők nem elegendők a megváltozott munkaképességű személyek munkapiaci integrációjához.

### Hivatkozások

- BOUND, J.–BURKHAUSER, R. V. (1999): Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities. Megjelent: *Ashenfelter, O.–Card, D.* (szerk.): *Handbook of Labor Economics*. 1. kiadás, 3. kötet 51. fejezet, Elsevier, 3417–3528. o. [https://doi.org/10.1016/S1573-4463\(99\)30042-0](https://doi.org/10.1016/S1573-4463(99)30042-0).
- DATTA GUPTA, N.–LARSEN, M.–STAGE THOMSEN, L. (2015): Do wage subsidies for disabled workers reduce their non-employment? - evidence from the danish flex-job scheme. *IZA Journal of Labor Policy*, Vol. 4. No. 1. <https://doi.org/10.1186/s40173-015-0036-7>.
- EHRENBERG, R. G.–SMITH, R. S. (2017): *Modern Labor Economics: Theory and Public Policy*. Routledge, New York, <https://doi.org/10.4324/9781315101798>.
- LALIVE, R.–WUELLRICH, J.-P.–ZWEIMULLER, J. (2013). Do financial incentives affect firms' demand for disabled workers? *Journal of the European Economic Association*, Vol. 11. No. 1. 25–58. o.
- LOVÁSZ ANNA–TELEGDY ÁLMOS (2009): *Munkapiaci diszkrimináció – típusok, mérési problémák, empirikus megoldások*. Megjelent: *Fazekas Károly–Lovász Anna–Telegdy Álmos* (szerk.): *Munkaerőpiaci tükrök*. MTA KTI, Budapest, 46–66. o.
- MCDONNALL, M. C.–ANTONELLI, K. (2020): The Impact of a Brief Meeting on Employer Attitudes, Knowledge, and Intent to Hire. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol. 63. No. 4. 131–142. o. <https://doi.org/10.1177/0034355219889409>.
- OECD (2010). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing.
- PHILLIPS, B. N.–DEICHES, J. F.–MORRISON, B.–CHAN, F.–BEZYAK, J. L. (2015): Disability Diversity Training in the Workplace: Systematic Review and Future Directions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 26. No. 3. 264–275. o. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9612-3>.
- SCHARLE ÁGOTA–CSILLAG MÁRTON (2016): *Disability and labor market integration*. Analytical Paper. European Commission.



## K7.1. A kötelező foglalkoztatási kvóta és a rehabilitációs hozzájárulás

KREKÓ JUDIT & SCHARLE ÁGOTA

A kötelező foglalkoztatási kvótának a megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatására gyakorolt hatását elsőként a rehabilitációs hozzájárulás 2010-es emelésén keresztül mutatjuk be, amikor jelentős mértékben, több mint ötszörösére emelkedett a rehabilitációs hozzájárulás összege.<sup>1</sup> A K7.1.1. ábra a) részének vízszintes tengelyén a vállalatok mérete, a függőleges tengelyen pedig a megváltozott munkaképességű alkalmazottak átlagos száma látható az adott méretű vállalatoknál. Az emelés előtti és utáni évek összehasonlítása azt mutatja, hogy a vállalati szektor erőteljesen reagált az emelésre, a kvóta kimutathatóan növelte a megváltozott munkaképességű személyek nyílt munkapiaci foglalkoztatását. Nem találunk érdemi törést a megváltozott munkaképességű munkavállalók számában 2008-ban, amikor a rehabilitációs hozzájárulás összege még nagyságrendekkel alacsonyabb, ötöd akkora volt. Az emelést követően azonban az akkor még 20 fős mérethatárt nem sokkal meghaladó létszámú vállalatok 0,28-dal több megváltozott munkaképességű embert alkalmaztak, mint az emelés előtt, ami a kvóta 28 százalékának felel meg esetükben.

A 2010-ben megjelenő szakadás egyértelműen a rehabilitációs hozzájárulás emelésének a hatását tükrözi, amit az is igazol, hogy a megváltozott munkaképességű alkalmazottak átlagos számában lévő

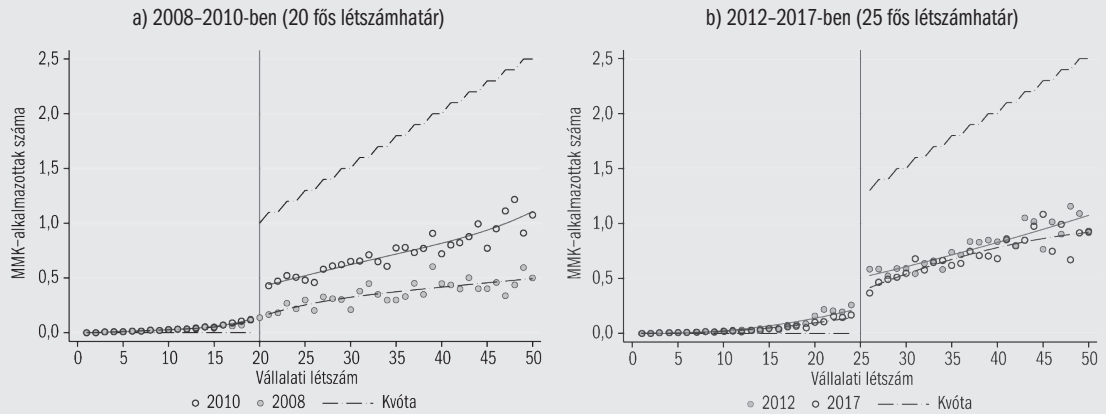
szakadás a mérethatár 20-ról 25 főre történő 2012. évi emelését követően az új mérethatárnál jelent meg. A K7.1.1 ábra b) része azt mutatja, hogy átlagosan hány megváltozott munkaképességű embert alkalmaztak a különböző létszámú vállalatok a szabályozás új, 25 fős mérethatára alatt és felett 2012-ben és 2017-ben. Az adatpontok alapján a közvetlenül a 25 fős mérethatár feletti vállalatoknak 2012-ben átlagosan lényegesen több megváltozott munkaképességű alkalmazottjuk volt (körülbelül 0,6), mint a határ alattiaknak (körülbelül 0,3).<sup>2</sup> A jelentős hatás ellenére a megváltozott munkaképességű alkalmazottak száma a mérethatár felett is jóval elmarad a kötelező foglalkoztatási szinttől (ami egy 25 fős vállalatnál 1,3), és a helyzet érdemben 2017-ben sem változott. Holott a szabályozás nagyon erős pénzügyi ösztönzést jelent: a rehabilitációs hozzájárulás összege magasabb, mint egy félállású, minimálbért kereső alkalmazott havi bérköltése a járulékokkal. Ez azt jelenti, hogy ha egy munkáltató a kötelező álláshelyre egy félállású megváltozott munkaképességű embert vesz minimálbér körüli keresettel, még akkor is kisebb a költsége, ha az illető munkájának nincs hozzáadott értéke. A munkaadók ráadásul a rehabilitációs hozzájárulás megspórolása mellett az esetek többségében jelentős mértékű adókedvezményt is igénybe vehetnek, ami további megtakarítást eredményez.

Mit jelent mindez a munkahelyek számára lefordítva? A mérethatárhoz közeli vállalatoknál mért hatást a többi munkaadóra kiterjesztve és 2018-ra alkalmazva azt kapjuk, hogy a rehabilitációs hozzájárulásnak körülbelül 20–25 ezer munkahely köszönhető. A rehabilitációs hozzájárulási bevételek friss adatai alapján ugyanakkor a kvóta nagyobb része, körülbelül 65–70 százaléká továbbra is betöltetlen. Ez azt jelenti, hogy 2018-ban a kötelező foglalkoztatási szintből mintegy 75 ezer ember hiányzott. Az üres álláshelyek után a munkaadók hatalmas összeget, 2019-ben mintegy 102 milliárd forint rehabilitációs hozzájárulást fizettek az államkasszába.

<sup>1</sup> Évi 174 ezer forintról 946 ezer forintra a kötelező foglalkoztatási szintből hiányzó minden egyes ember után.

<sup>2</sup> A rehabilitációs hozzájárulás hatását a szakadásos regresszió (*regression discontinuity design*) módszerével becsültük. A becsléskor figyelembe kellett vennünk, hogy a vállalatok a szabályozáshoz igazíthatják a létszámukat. A vállalatok létszám szerinti eloszlásában a mérethatár alatt torlódás figyelhető meg, ami arra utal, hogy a vállalatok egy része inkább a mérethatár alatt marad, hogy elkerülje a rehabilitációs hozzájárulás megfizetését. A nyers eredményeket e manipulációból eredő torzítással korrigálva is azt kapjuk, hogy a kvóta jelentősen emeli a megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatását.

**K7.1.1. ábra: A megváltozott munkaképességű (MMK) alkalmazottak átlagos száma a vállalat mérete szerint**



Forrás: Saját becslés a NAV vállalati adóbevallások adatbázisa alapján. A pontok a megváltozott munkaképességű alkalmazottak átlagos számát mutatják, a vonalak a pontokra illesztett negyedfokú polinómok.

Azok a vállalatok, amelyeknél az MMK-alkalmazottak aránya meghaladja a 40 százalékot, nem szerepelnek az ábrán, mert vélhetően védett foglalkoztatottak.

## 7.2. A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉG ESETÉN IGÉNYELHETŐ PÉNZBELI ELLÁTÁSOK VÁLTOZÁSAI ÉS AZOK HATÁSAI

KREKÓ JUDIT & SCHARLE ÁGOTA

A rendszerváltozás óta eltelt időszakban a rokkantsági és rehabilitációs ellátások rendszere markáns átalakításokon ment keresztül. Az engedékeny szabályozás következtében 1990 és 2003 között az ellátottak száma megduplázódott, 2003-ra meghaladta a 713 ezer főt, az aktív korú népesség 12 százalékát.<sup>1</sup>

Az 1990-es évek végétől kezdődő, óvatos és lényegében hatástalan szigorítási kísérletek után 2008-ban történt az első érdemi reform, ami bevezette a megmaradt munkavégző képességen alapuló értékelést, a rehabilitációt ösztönző szabályozást, és bővítette a rehabilitációs szolgáltatásokat (Scharle, 2008). A következő, 2012. évi reform más eszközökkel, elsősorban az ellátások hozzáférési szabályainak szigorításával, illetve összegének csökkentésével igyekezett visszafogni a rendszer költségeit (Kovács, 2019, Nagy, 2014).

A megváltozott munkaképesség alapján járó ellátásokban részesülők száma 2003 és 2019 között drasztikusan, több mint 60 százalékkal, 290 ezer főre, az aktív korú népesség 5 százaléka alá csökkent. Nemzetközi összevetésben ez azt jelenti, hogy a rokkantsági ellátásokban részesülők aktív korú népességhez viszonyított aránya az OECD-rangsor éléről a mezőny alsó felébe süllyedt (OECD, 2010, 2016). A GDP-arányos kiadások tekintetében pedig Magyarország az EU középmezőnyéből a legkevesebbet költő országok közé került: a kiadások a 2007 óta eltelt időszakban megfelelődték, az EU országai között az egyik legalacsonyabb szintre, a GDP 1 százalékára csökkentek.

Mi áll a gyökeres változás hátterében? Az ellátottak számát és arányát mindenekelőtt az ellátásokhoz való hozzáférés és az ellátások mértékének szabályozása, valamint a népesség demográfiai összetétele és egészségi állapota befolyásolja. A következőkben először röviden összefoglaljuk a 2008-ban és 2012-ben hozott intézkedéseket. (A megváltozott munkaképesség alapján járó fontosabb pénzbeli ellátások alakulását a későbbiekben a 7.2.1. táblázat foglalja össze.) Ezután adminisztratív adatok vizsgálatával bemutatjuk, hogyan alakult a rokkantsági és rehabilitációs ellátásokba történő beáramlás és kiáramlás, illetve az ellátások pénzbeli összege.

Nem vállalkozunk arra, hogy értékeljük a népesség általános egészségi állapotában bekövetkező változásokat. Ugyanakkor az ellátások célzottságának, szigorának megítéléséhez megvizsgáljuk, hogy az ellátásokra újonnan jogosultságot szerzők egészségi mutatói hogyan alakultak a teljes népességéhez viszonyítva. Emellett megvizsgáljuk a demográfiai változások ellátásokba történő beáramlásra gyakorolt hatását is.

<sup>1</sup> A Köllő–Nacsa (2004) és Scharle (2007) elemzése is azt mutatta, hogy a rokkantsági nyugdíjazás aránya magasabb azokon a területeken, ahol kedvezőtlen a munkaerőpiaci környezet. Bíró–Elek (2020) bemutatta, hogy az állásvesztés jelentősen növeli a rokkantsági nyugdíjazás esélyét, amelyhez az állásvesztés egészségre gyakorolt hatásán túl az is hozzájárulhatott, hogy a rokkantsági nyugdíjazás a munkanélküliség egyik alternatívája lehetett.

A pénzbeli ellátásoknak több, részben ellentétes célt kell teljesíteniük. A rokkantsági juttatások fő funkciója, hogy megélhetést biztosítson azok számára, akik egészségi állapotuk miatt munkajövedelmüket tartósan részben vagy teljesen elvesztették. Másrészt az ellátásnak ösztönöznie kell arra, hogy az ellátást igénybe vevők a megmaradt munkaképességüket felhasználva minél előbb visszatérhessenek a munkapiacra. Ebben a folyamatban a pénzbeli ellátások mellett fontos szerep hárul a rehabilitációs szolgáltatásokra is, amelyek elősegíthetik a munkavégző képesség helyreállítását, illetve az egészségi állapotnak megfelelő munkakör megtalálását, az arra való felkészítést.

A szabályozás egy komoly dilemmával szembesül: számos empirikus elemzés – például *Bound*, 1989, *Autor–Duggan*, 2003, *Scharle*, 2008 – alátámasztja, hogy az alacsony belépési korlátok és a magas összegű ellátások érdemben csökkentik a munkakínálatot, a túlzottan korlátozó rendszer azonban nem tudja ellátni elsődleges szerepét. Ebben az alfejezetben az ellátórendszer változásainak bemutatásakor a fenti szempontokra is kitérünk.

### **A rokkantsági juttatások rendszerének 2008. évi reformja**

A pénzbeli ellátások 2008. évi átalakításának kinyilvánított célja a nemzetközi trendekkel összhangban az volt, hogy a rendszer a rokkantság helyett a munkavégző képesség helyreállítására, a rehabilitációra, és a megmaradó munkaképesség minél teljesebb kihasználására törekedjen, valamint a rehabilitációs szolgáltatások rendszerét támogatva ösztönözze az érintettek munkapiaci integrációját (*OECD*, 2010, *Csillag–Scharle*, 2016).

2008. január 1-jétől egy új, komplex minősítési rendszert vezettek be, amely azóta is érvényben van (lásd *K7.2. keretes írás*). Az új rendszerben az ellátásokra való jogosultságot a munkaképesség csökkenése helyett az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékéhez kötötték, amelyhez új határértékeket rendeltek. Ez nem jelentett egyértelmű szigorítást: a változás lényege abban állt, hogy az értékelés a fejleszthető képességekre, a szakmai munkaképesség változására, a rehabilitációs esélyekre koncentráljon. Ennek megfelelően a reform másik fő eleme a három évig folyósítható rehabilitációs járadék bevezetése volt, ami jelentősen korlátozta annak lehetőségét, hogy az igénylő rögtön a végleges rokkantsági nyugdíjra szerezzen jogot. Ezt az ellátást az kaphatta, akinél az egészségkárosodás mértéke elérte az 50 százalékot, és a minősítés során a bírálóbizottság rehabilitálhatónak ítélte. A rehabilitációs járadékosok foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatásokra is jogosultságot kaptak, sőt a törvény előírta az állami foglalkoztatási szolgálattal (ÁFSZ) való együttműködést is, bár szankciókat nem rendelt hozzá. A rehabilitációs szolgáltatásokat az ÁFSZ vagy velük szerződésben álló nonprofit szolgáltatók nyújtották egy uniós program keretében, a korábbinál jóval nagyobb kapacitással (*Adamecz–Völgyi és szerzőtársai*, 2018). A reform a rendszeres szociális járadékban részesülők számára megváltoztatta

az ellátások melletti munkavégzés kereseti korlátját is, a korábbi kereset 80 százalékaról a minimálbér 80 százalékára.

### A rokkantsági és rehabilitációs ellátások 2012. évi átalakítása

A 2012. évi reform<sup>2</sup> gyökeresen átalakította a pénzbeli ellátások rendszerét (7.2.1. ábra). A rokkantsági és rehabilitációs juttatásokat kivették a nyugdíjrendszerből, a korábbi juttatási formákat (rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, a rendszeres szociális és az átmeneti járadék, rehabilitációs járadék) az újonnan bevezetett rokkantsági és a rehabilitációs ellátás váltotta fel. A régi ellátásokban részesülőket – a rehabilitációs járadékosok kivételével – 2012. január 1-jén automatikusan átsorolták az új ellátások valamelyikébe, a 62 év feletti pedig öregségi nyugdíjasok lettek.

<sup>2</sup> 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól.

#### 7.2.1. táblázat: A megváltozott munkaképességű személyek fő biztosítási alapú<sup>a</sup> pénzbeli ellátásai<sup>b</sup>

Ellátás	Egészségromlás mértéke	Egyéb jogosultsági feltételek	Összeg	Kereseti korlát <sup>d</sup>
<b>2008. január 1. - 2011. december 31.</b>				
Rokkantsági nyugdíj I. csoport	79 százalék feletti és mások gondozására szorul	Szolgálati idő (életkortól függ)	Nyugdíjhoz hasonló <sup>c</sup>	Nincs
Rokkantsági nyugdíj II. csoport	79 százalék feletti, de mások gondozására nem szorul	Szolgálati idő (életkortól függ)	Nyugdíjhoz hasonló <sup>c</sup>	Nincs
Rokkantsági nyugdíj III. csoport	50–79 százalék és nem rehabilitálható	Szolgálati idő (életkortól függ)	Nyugdíjhoz hasonló <sup>c</sup>	A nettó átlagjövedelemre: a rokkantsági nyugdíj alapját képező havi átlagkereset 90 százalékának a nyugdíjemelésekkel valorizált értéke (hat egymást követő hónap átlagában); 2009. januártól a bruttó átlagkeresetre: a rokkantsági nyugdíj összegének kétszerese (hat egymást követő hónap átlagában)
Rendszeres szociális járadék	Min. 40 százalék	A rokkantnyugdíjhoz szükséges szolgálati idő fele	Fix összeg (27 ezer forint 2011-ben)	A minimálbér 80 százaléka (hat egymást követő hónap átlagában)
Átmeneti járadék	Min. 40 százalék	A rokkantnyugdíjhoz szükséges szolgálati idő fele; Maximum 5 év a nyugdíjkorhatárig	A jogosultság időpontjában kiszámított öregségi nyugdíjának 75 százaléka	A minimálbér 80 százaléka (hat egymást követő hónap átlagában)
Rehabilitációs járadék	50–79 százalék	Rehabilitálható; Keresete min 30 százalékkal csökkent; Maximum 3 évig adható	A III. csoportos rokkantnyugdíj 120 százaléka	A járadék 50 százalékkal csökken, ha a kereset eléri a korábbi átlagkereset összegének 90 százalékát
<b>2012. január 1-jétől</b>				
Rokkantsági ellátás	Maximum 60 százalékos egészségi állapot <sup>e</sup>	Szolgálati idő; Rehabilitációja nem javasolt	Korábbi keresettől, szolgálati időtől, egészségi állapottól függ	A minimálbér 150 százaléka (2012–2013: három egymást követő hónap átlagában, 2014-től: három egymást követő hónapon keresztül)
Rehabilitációs ellátás	Maximum 60 százalékos egészségi állapot	Szolgálati idő; Foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható	Korábbi keresettől, szolgálati időtől, egészségi állapottól függ (2020-ban 30 470–50 780 forint)	2012: a keresőtevékenység alatt a pénzbeli ellátás szünetel, 2013. január 1.–2016. április 30: heti 20 óra, keresetkorlát nélkül, 2016. május 1-jétől: a minimálbér 150 százaléka (három egymást követő hónapon keresztül)

<sup>a</sup> A két legfontosabb nem biztosítási alapú juttatás a fogyatékosági támogatás és a rokkantsági járadék. A fogyatékosági támogatásra minden 18 éven felüli, sú-

lyosan fogyatékos személy jogosult, összege 2017 óta 20 982–25 825 forint. A rokkantsági járadékra jogosult az, akinek a 25. életéve betöltése előtt keletkezett és azóta folyamatosan fennálló egészségkárosodása legalább 70 százalékos mértékű, valamint nem részesül rokkantsági és rehabilitációs ellátásban. Fix összegű ellátás (2020. január 1-jétől 38 670 forint).

- <sup>b</sup> 2008. január 1. előtt a rehabilitációs járadék kivételével ugyanezek az ellátások léteztek, a jogosultság a munkaképesség-csökkenés mértékéhez volt kötve, a kereseti korlátok eltértek. A táblázatban nem szerepel a biztosítási alapú, 1991-ben bevezetett bányászok egészségkárosodási járadéka, erre a bányászati tevékenységük következtében legalább 29 százalékos mértékű egészségkárosodást szenvedő személyek jogosultak.
- <sup>c</sup> A korábbi jövedelemtől, szolgálati időtől, munkaképesség-csökkenés mértékétől függő összeg, amely az azonos szolgálati idő és jövedelem esetén adható nyugdíjnál nagyobb.
- <sup>d</sup> Az ellátás időtartama alatti keresőtevékenységre vonatkozik, az ellátásokba újonnan belépők számára. A változás előtt jogosulttá válók számára jellemzően átmeneti vagy a korábbi szabályok voltak érvényben.
- <sup>e</sup> Az egészségi állapotot 2012-től az egészségromlás mértéke helyett az egészségi állapot százalékos arányában határozzák meg. A 2012 előtti minimum 40 százalékos egészségkárosodásnak 2012 után a maximum 60 százalékos egészségi állapot felel meg.

A 2012. évi átalakítás megfogalmazott céljai között szerepelt, hogy az ellátások megítélésében az orvosi mérlegelés mellett rehabilitációs és szociális szempontok is szerepet kapjanak, és azoknál, akiknél erre van esély, ösztönözzék a mielőbbi visszatérést a munkába. Ennek megfelelően azok, akiknek az egészségi állapota 31–60 százalék közötti, és foglalkoztathatóságuk rehabilitációval helyreállítható (vagy tartós foglalkozási rehabilitációval tudnak dolgozni), rehabilitációs ellátásban részesülnek, amelyet legfeljebb három évig kaphatnak. A rehabilitációs ellátás összege jóval alacsonyabb (2020-ban maximum 50,3 ezer forint), mint a korábbi rehabilitációs járadéké volt. Rokkantsági ellátásban csak azok részesülhetnek, akiknek a rehabilitációja nem javasolt.

Bár formálisan minden rehabilitálható ügyfél jogosult a munkavégző képességet javító és az álláskeresőt támogató szolgáltatásokra, a reformot követő években ezeknek a szolgáltatásoknak az elérhetősége és minősége nem javult (vagy egyes térségekben romolhatott is). A rehabilitációs szolgáltatásokat 2012 és 2015 között a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, majd annak megszűnése után háromféle intézmény nyújtja – az EFOP- vagy VEKOP-irodák, amelyek megyénként két-három városban működnek (összesen 49 iroda, miközben a munkaügyi szolgálatnak 170 kirendeltsége van szerte az országban), a *munkaügyi szolgálat* megyénként legfeljebb egy-két rehabilitációs ügyintézővel – és a civilek. A civilek jellemzően személyre szabottabb és többféle szolgáltatást nyújtanak,<sup>3</sup> ám bizonytalanabb a finanszírozásuk: évente változó feltételekkel és gyakran több hónapos szünetekkel jutnak pályázati forrásokhoz (Scharle, 2016). A kapacitásaik is korlátozottak: például a 2017 nyarán lezárult Rehabilitáció – Érték – Változás (RÉV) projektben három év alatt mintegy 3500 fő állt munkába civil szervezet segítségével.

Foglalkozási rehabilitációt végezhetnek az akkreditált munkáltatók is, az erre adott támogatás (ezt tranzitfoglalkoztatásnak nevezi a szabályozás) azon-

<sup>3</sup> A civil szervezetek sokféle szolgáltatást nyújtanak, amelyek segítenek az álláskeresőnek és a munkáltatóknak egymásra találni, illetve a munkáltatók költségeit és előítéleteit is csökkenteni. Felmérik a meglévő készségeket és motivációkat, egyéni munkavállalási tervet készítenek, szükség esetén képzést, felkészítést adnak a munkavállalásra, megfelelő munkahelyet keresnek, betanítanak, szemléletformáló tréningeket szerveznek a leendő munkatársak számára, átsegítenek a munkába állás utáni első zökkenőkön.



ban nem nyújt érdemi ösztönzést sem a tényleges rehabilitációra, sem a nyílt munkapiaci elhelyezésre.<sup>4</sup>

A 2012. évi átalakítás markánsan eltért a korábbi (és a más országokban bevezetett) reformoktól abban a tekintetben, hogy nemcsak az új ellátások igénybevételeinek feltételeit változtatta meg, hanem a korábbi ellátások felülvizsgálatát is előírta. Komplex vizsgálattal ellenőrizték egészségkárosodásuk mértékét és az ellátásra való jogosultságukat azoknak az 57 év alatti rokkantsági nyugdíjasoknak, akiknek egészségkárosodása 79 százaléknál alacsonyabb fokú (vagy a 2008 előtti kategóriák szerint munkaképesség-csökkenése 100 százalék alatti) volt, valamint azoknak az 57 év alattiaknak, akik rendszeres szociális járadékban részesültek. Az ellátottaknak 2012. március 31-ig nyilatkozniuk kellett arról, hogy kérik-e a komplex vizsgálatot, és ha nem nyilatkoztak, vagy nem igényelték azt, akkor 2012 májusában elvesztették a jogosultságot. Az Admin3 adatbázisának (lásd alább) adatai alapján e kötelezettség mintegy 200 ezer ellátottat érintett.

### **A megváltozott munkaképességű személyek juttatásaiban részesülők arányának alakulása**

A következőkben a megváltozott munkaképességű (MMK) személyek pénzügyi ellátásainak jellemzőit a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított Admin3 adatbázis alapján vizsgáljuk, amely egyéni szinten tartalmazza a 2003. évi magyar népesség 50 százalékának anonimizált adatait 2017-ig.<sup>5</sup> A rokkantsági és rehabilitációs ellátásokba történő belépések adatai 2017 júniusáig állnak rendelkezésre, az elemzésben a 20–60 éves korosztályt vizsgáljuk.

A 7.2.1. ábra a megváltozott munkaképesség esetén járó ellátásban részesülők és az ellátásokba belépők 20–60 éves korosztályhoz viszonyított arányát, illetve a kilépések arányát (az adott hónapban megszűnő ellátások számát az előző hónapban ellátásban részesülők számához viszonyítva) mutatjuk. A függőleges vonalak a 2008-as, illetve a 2012-es reformokat jelölik. Az elemzésben a biztosítási alapú rokkantsági és rehabilitációs ellátásokat vizsgáljuk.

A 2003-tól 2017-ig tartó időszakot az ellátásban részesülők arányának folyamatos csökkenése jellemezte. A 2008-ig tartó időszakban a beáramlás – ekkor elsősorban a rendszeres szociális járadékba történő beáramlás visszaesése miatt – már fokozatosan mérséklődött. Az is látható, hogy a 2008-as reform előtt, valószínűleg az elbírálási rendszer szigorítására számítva, sokan előre hozták, és a változás előtt benyújtották a rokkantsági nyugdíjra vonatkozó igényüket.

A 2008-as reform elsősorban a belépők számában okozott markáns visszaesést, a kilépések érdemben nem változtak. A 2012. évi reform nyomán nemcsak erőteljesebben csökkent a belépések száma, hanem a kilépések száma is megugrott, így jelentősen visszaesett az ellátásban részesülők száma. A kilépések száma különösen magas volt 2012 májusában, amikor a komplex felülvizsgálatot követően sokan nyilatkoztak arról, hogy nem kérik a vizsgálatot, így elvesztették a jogosultságot.

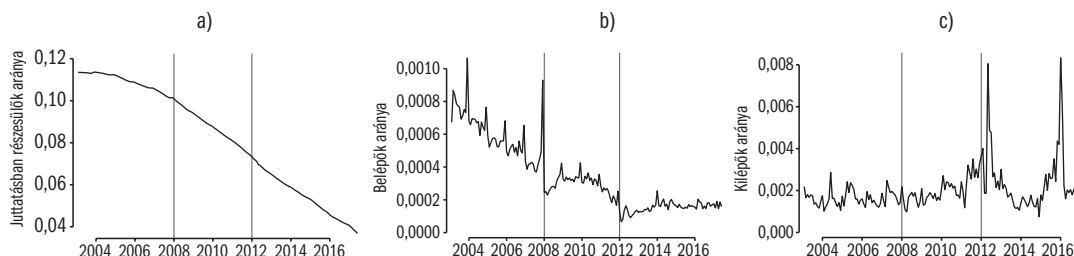
<sup>4</sup> A tranzitfoglalkoztatásban dolgozók legfeljebb három évig maradhatnak a védett munkahelyen és ezután a munkáltató segítségével fél éven belül nyílt piaci munkahelyre kell kerülniük. Ennek elmaradását azonban a szabályozás nem szankcionálja.

<sup>5</sup> Az adatbázis rövid leírását lásd a Közelkép Függelékében és részletesebben *Sebők* (2019) tanulmányában.



vizsgálatot nem igénylő ellátottak elveszítették az ellátásra vonatkozó jogosultságukat. Egy hasonlóan nagy kilépési hullámot figyelhetünk meg 2016-ban: ekkor járt le az ellátása sokaknak, akiknek a felülvizsgálatkor a három évig járó rehabilitációs ellátást ítélték meg.

**7.2.1. ábra: A megváltozott munkaképesség esetén járó a) juttatásokban részesülők, b) belépők és c) kilépők aránya**

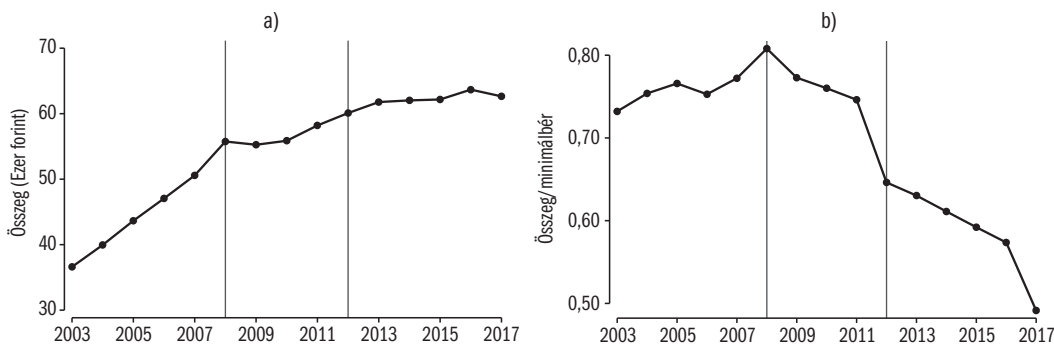


Megjegyzés: Havi adatok. Az ábra 2011 decemberéig a rokkantsági nyugdíjat, rehabilitációs járadékot, rendszeres szociális járadékot, átmeneti járadékot és a bányászok egészségkárosodási járadékát, 2012-től pedig a rokkantsági és rehabilitációs ellátásokat, valamint a kifutó rehabilitációs járadékot tartalmazza. A juttatásban részesülők és a belépések a 20–60 éves népesség arányában, a kilépések az előző hónapban ellátásban részesülők arányában kifejezve szerepelnek.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

A 2008-as reform után az ellátások átlagos összege (az aktuális minimálbérhez viszonyítva) lényegében nem változott (7.2.2. ábra). A 13. havi nyugdíj megszüntetése 2009-ben a rokkantnyugdíjak csökkenését eredményezte. A 2012. évi reformot követően több tényező is hozzájárult az ellátások minimálbérre viszonyított arányának csökkenéséhez. Egyrészt, a rehabilitációs ellátás – a 2012 előtti rehabilitációs járadékkal szemben – kifejezetten alacsony összegű juttatás lett. Másrészt, az ellátások összege nem követte a minimálbér 20 százalékos emelését 2012-ben, és a következő évek további emeléseit sem.

**7.2.2. ábra: A személyek ellátásának átlagos összege a) forintban kifejezve és b) a minimálbérhez viszonyítva**



Megjegyzés: Az ábrán az ellátások összegének éves átlagai szerepelnek.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

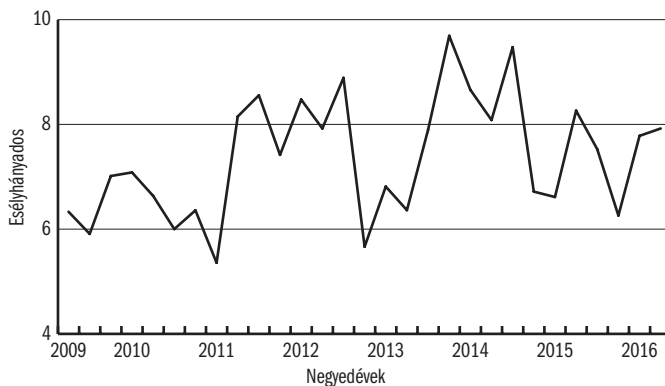
### A rokkantsági és rehabilitációs ellátásokba lépők egészségi mutatói a teljes népességhez viszonyítva

A következőkben megvizsgáljuk, hogy az ellátásokba beáramló aktív korúak egészségi állapota hogyan viszonyul a hasonló korú aktív népességéhez képest. A beáramlók relatív egészségi állapota képet ad az ellátások célzottságáról, valamint arról, hogy milyen szerepe volt a szabályozás változásának a rokkantsági ellátásban részesülők arányának csökkenésében.

A következő ábrák azt mutatják, hogy a rokkantsági és rehabilitációs ellátások valamelyikébe a 20–60 éves korosztályból belépők egészségügyi mutatói hogyan alakulnak a teljes 20–60 éves lakossáéhoz viszonyítva. A következő egészségügyi mutatókat használtuk: a vényköteles gyógyszerek vásárlására fordított összeg (saját kiadás és társadalombiztosítási támogatás együtt), a társadalombiztosítás által finanszírozott járóbeteg-ellátási, illetve fekvőbeteg-ellátási kiadás és a háziorvosi látogatások száma a belépés előtti 12 hónapban. (A háziorvosi látogatásokból kivettük a rokkantsági ellátást közvetlenül megelőző hónapot, hogy a komplex eljárással kapcsolatos adminisztratív célú látogatások ne befolyásolják az eredményeket.) Emellett a belépést követő egy évben történő halálozási arányt is megvizsgáltuk. Bár ezt az indikátort már az ellátásban töltött időszak is befolyásolhatja, úgy ítéltük meg, hogy még döntően a belépés előtti egészségi állapot határozza meg.

Mivel az egészségügyi adatok az Admin3 adatbázisban 2009-től állnak rendelkezésre, az összehasonlítást 2010. január és 2017. június között tudjuk elvégezni.

7.2.3. ábra: A megváltozott munkaképességűek ellátásaiba belépők nemre és korra kontrollált mortalitása a teljes 20–60 éves népességéhez viszonyítva (a belépést követő 12 hónapon belül), 2009–2016

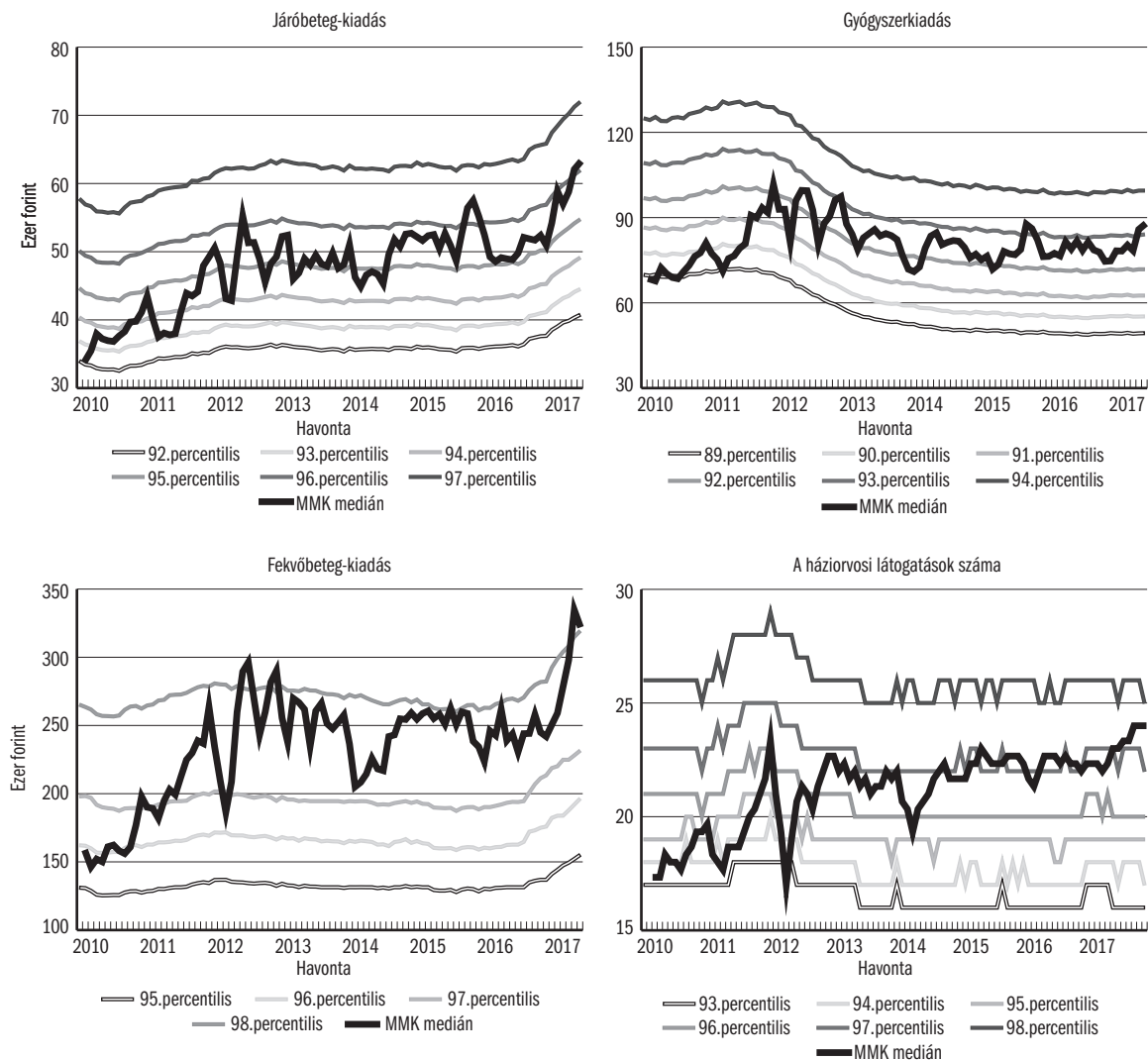


Megjegyzés: Az ábra a 20–60 éves népesség egy évvel késleltetett halálozására becsült logit modellből az ellátásba belépők indikátorváltozójának esélyhányadosát (*odds ratio*) mutatja. A logit modellben a kor, 20–60 év között, 10 évenkénti korcsoportok szerint, valamint a nem is szerepelnek magyarázó változóként.

Forrás: Saját számítás az Admin3 alapján.

A 7.2.3. ábra mutatja az ellátásba belépők egy éven belüli halálozásának – nemre és korra kontrollált – esélyhányadosát (*odds ratio*) a 20–60 éves népességben a 2009–2016 közötti időszakban. Az ellátásba belépők 6–10-szer nagyobb eséllyel halnak meg egy éven belül, mint az azonos nemű és korú, az ellátásba nem belépő személyek, és relatív halálozásuk enyhén nőtt a 2009 óta eltelt időszakban.

7.2.4. ábra: A megváltozott munkaképességűek pénzbeli ellátásaiba belépők elmúlt 12 havi egészségügyi kiadásai (medián) a teljes 20–60 éves népesség percentiliseihez viszonyítva



Megjegyzés: Az ábrán az ellátásokba beáramlók kor és nem szerinti összetételének változását kiszűrtük. A nyers ábrák a fentiekhez nagyon hasonló képet mutatnak.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

A 7.2.4. ábra alapján az egészségi mutatók tekintetében a rokkantsági ellátásba lépők a felső 5–10. percentilisben vannak. 2010 és 2016 között egy lassú romlás figyelhető meg, és az emelkedések jelentős része 2012 előtt következett be. Mindez arra utal, hogy a rehabilitációs és rokkantsági ellátásokban részesülők csökkenő arányában szerepet játszik, hogy a 2008. évi és a 2012. évi reformok nyomán egy relatíve rosszabb egészségi állapotú, szűkebb csoport lépett be az ellátásokba, vagyis az ellátások célzottabbá váltak.

Az ellátottak relatív egészségi állapotának romlása mögött alapvetően két tényező állhat, amelyeket a rendelkezésre adatok alapján nem tudunk elkülöníteni. Az egyik lehetséges magyarázat, hogy szigorodott az elbírálás, vagyis emelkedett az a küszöb, amely feletti egészségromlás esetén az ellátást megítélték. A szigorúbb elbírálási folyamat mellett azonban a csökkenő belépésekhez a mérséklődő kereslet is hozzájárulhatott. Az ellátások bérekhez viszonyított arányának, vagyis a helyettesítési rátának a csökkenése sokakat eltántorított a rokkantsági ellátások igénylésétől. Az ellátás alacsonyabb összege mellett az igénylések visszaesésében az is szerepet játszhatott, hogy a magasabb korábbi jövedelemmel rendelkezők számára csökkent az ellátás melletti munkavégzésből származó kereseti korlát.<sup>6</sup>

A demográfiai változások beáramlásokra gyakorolt hatásának elemzéséhez a 20–60 éves népességet ötéves korcsoportokra osztottuk. Megvizsgáltuk, hogy a korcsoportonként számított 2016. évi belépési valószínűségeket a 2003. évi kor szerinti összetételre vetítve mekkora beáramlás adódna 2016-ban. Az eredmények azt mutatják, hogy a 20–60 éves népesség 2003. évi kor szerinti összetételével a 2016. évi új belépők száma 4 százalékkal lenne magasabb, vagyis a demográfiai változások marginális szerepet játszottak a beáramlók számának 2003 és 2016 közötti csökkenésében.

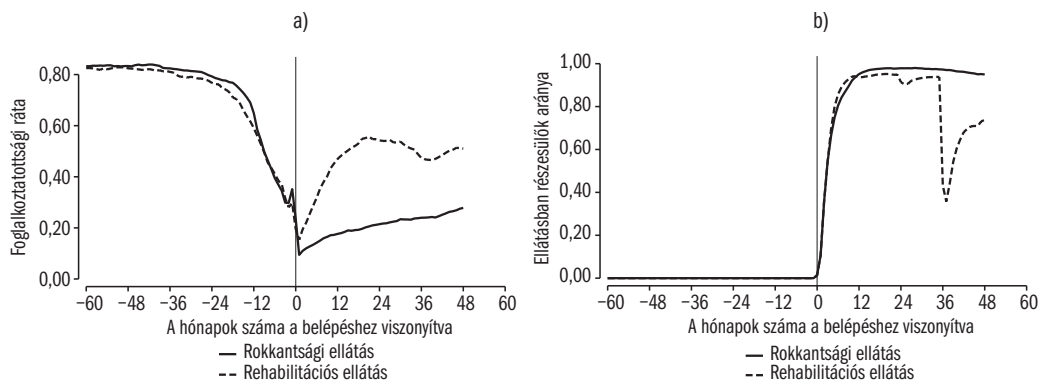
### **A rokkantsági és rehabilitációs juttatásokban részesülők foglalkoztatottsága**

A következőkben a rokkantsági és rehabilitációs ellátásokba kerülők foglalkoztatási esélyeit vizsgáljuk. A 2012 és 2014 között rehabilitációs ellátásba lépők hamarabb és nagyobb arányban tértek vissza a munkaerőpiacra, mint a rokkantsági ellátásba kerülők (7.2.5. ábra). A foglalkoztatottak aránya e körben ugyanakkor a belépés után három évvel is csak kb. 50 százalékra emelkedik, holott a rehabilitációs ellátás kinyilvánított célja, hogy az ellátásba bekerülők a három év letelte után újra munkába tudjanak állni. Az ábra jobb oldali paneljén ugyanakkor az is látható, hogy a rehabilitációs ellátásba lépők jelentős része három év után is kap rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást – vagy azért, mert időközben rokkantsági ellátásba került, vagy azért, mert ismét megítélték számára a rehabilitációs ellátást. Egyébként a rehabilitációs ellátásba kerülők aránya összességében kicsi, és csökkenő tendenciát mutat: 2012 és 2017 között az ellátásra jogosultak

<sup>6</sup> A rokkantsági ellátásba 2012. január 1. után belépők számára a korlát egységesen minimálbér 150 százaléka, míg 2012-ig a kereseti korlát korábbi jövedelem-től függött.

között a rehabilitációs ellátásba kerülők aránya kb. 25 százalékról 15 százalékra csökkent.

**7.2.5. ábra: A rehabilitációs és rokkantsági ellátásba 2012–2013 között belépők a) foglalkoztatottsági rátája és b) az ellátásban részesülők aránya, a belépés időpontjához viszonyítva**



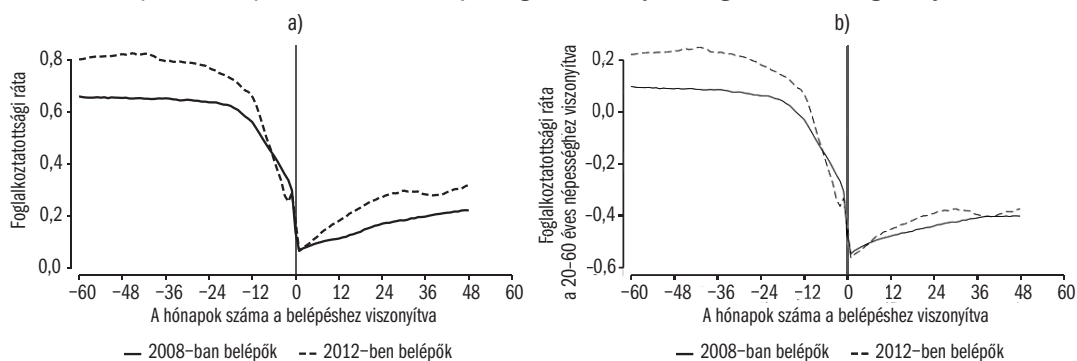
Megjegyzés: Foglalkoztatott az, akinek az adott havi keresete a bruttó 10 000 forintot meghaladja. A vízszintes tengelyen a belépés a jogosultság kezdetét jelöli, ami nem feltétlenül esik egybe a folyósítás kezdetével.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

A 7.2.6. ábra bal oldali része azt mutatja, hogy a 2012. évi reformot követően ellátásba kerülők a belépést követően nagyobb arányban foglalkoztatottak, mint a 2008-ban belépők. A teljes 20–60 éves népességéhez viszonyított foglalkoztatási ráta alakulása azonban azt mutatja, hogy a rokkantsági és rehabilitációs juttatásokba belépők foglalkoztatottsági lemaradása érdemben nem csökkent a 2012. évi reformot követően (a 7.2.6. ábra b) része).<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Regressziós elemzéssel vizsgálva a belépés utáni 12, 24 és 36 hónappal a foglalkoztatás valószínűsége nem tér el szignifikánsan a 2008-ban és a 2012-ben belépők között, nemre, életkorra, régióra kontrollálva sem.

**7.2.6. ábra: A 2008-ban és 2012-ben rokkantsági és rehabilitációs juttatásokba belépők a) abszolút b) és a 20–60 éves népességéhez viszonyított foglalkoztatottsági rátája**



Megjegyzés: Foglalkoztatott az, akinek az adott havi keresete a bruttó 10 000 forintot meghaladja. A vízszintes tengelyen a belépés a jogosultság kezdetét jelöli, ami nem feltétlenül esik egybe a folyósítás kezdetével. A jobb oldali panelen a 20–60 éves népesség foglalkoztatási rátájáról vett eltérés szerepel.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

## Összegzés

Míg a 2000-es évek elején a rokkantsági és rehabilitációs juttatások magyar rendszere Európa egyik legbőkezűbbjének számított, mára az egyik legkevesebbet költő rendszerré vált; az aktív népességen belül az ellátottak aránya a 2000-es évek elejéhez viszonyítva kevesebb mint a felére csökkent. Az elbírálás szigorodása, az ellátások bérekhez viszonyított arányának mérséklődése a kereslet és a kínálat oldaláról is csökkentette a beáramlást, a 2012. évi reform nyomán pedig sok korábbi ellátott veszítette el a jogosultságát. Az ellátások célzottsága nőtt, a rokkantsági ellátórendszerrel kapcsolatos visszaélések száma, illetve a rokkantsági ellátások munkakínálatot csökkentő hatása minden bizonnyal érdemben mérséklődött. Kérdéses azonban, hogy a rendszer milyen mértékben biztosít méltó életkörülményeket a rehabilitáció idején, illetve mennyire képes támogatni a megmaradt munkaképesség minél teljesebb felhasználást, a rehabilitációt és a munkapiacra történő visszatérést. A komplex vizsgálatok a jogosultak csak kis részét találják rehabilitálhatónak, és a ténylegesen aktív, rehabilitációs elemekben nem történt meg a szükséges bővítés.

## Hivatkozások

- ADAMECZ-VÖLGYI ANNA–LÉVAY PETRA ZSUZSA–BÖRDÓS KATALIN–SCHARLE ÁGOTA (2018): Impact of a personalised active labour market programme for persons with disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 46. No. 19. 32–48. o. <https://doi.org/10.1177/1403494817738421>.
- AUTOR, D.–DUGGAN, M. G. (2003): The rise in the disability rolls and the decline in unemployment. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 118. 157–205. o. <https://doi.org/10.1162/00335530360535171>.
- BÍRÓ ANIKÓ–ELEK PÉTER (2020): Job loss, disability insurance and health expenditure. *Labour Economics*, Vol. 65. 101856. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2020.101856>.
- BOUND, J. (1989): The Health and Earnings of Rejected Disability Insurance Applicants. *American Economic Review*, Vol. 79. No. 3. 482–503. o.
- KOVÁCS GÁBOR (2019): A rokkantság, megváltozott munkaképesség, rehabilitációs ellátások változása Magyarországon 1990 és 2015 között. *Orvosi Hetilap*, 160. évf. 1. supplementum, 29–36. o. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31372>.
- KÖLLŐ JÁNOS–NACSA BEÁTA (2006): *Rugalmasság és biztonság a munkaerőpiacon. Magyarországi tapasztalatok*. ILO Flexicurity Paper, 2004/2. International Labour Office, Budapest.
- NAGY ZITA ÉVA (2014): *Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre*. *Metszetek*, Vol. 2. No. 1. 239–264. o.
- OECD (2010): *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>.
- OECD (2016): *Economic Policy Reforms 2016. Going for Growth Interim Report*. OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/growth-2016-en>.
- SCHARLE ÁGOTA (2007): *A rokkantnyugdíjazás növekedésének munkapiaci okai*. Megjelent: *Fazekas Károly–Cseres-Gergely Zsombor–Scharle Ágota* (szerk.): *Munkaerőpiaci Tükör*, 2007. MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest.
- SCHARLE ÁGOTA (2008): *Korai nyugdíjba vonulás*. Megjelent: *Nagy Gyula* (szerk.): *Jóléti ellátások, szakképzés és munkakínálat*, KTI Könyvek, 10. MTA Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest, 81–103. o.
- SCHARLE ÁGOTA (2016): *A munkapiaci szakpolitika eszközei (2015. május – 2016. március)*. Megjelent: *Blaskó Zsuzsa–Fazekas Károly* (szerk.): *Munkaerőpiaci Tükör*, 2015. Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest.
- SCHARLE ÁGOTA–CSILLAG MÁRTON (2016): *Disability and labor market integration. Analytical Paper*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (European Commission) – ICF.
- SEBŐK ANNA (2019): *A KRTK Adatbank Kapcsolt Államigazgatási Paneladatbázisa*. *Közgazdasági Szemle*, 66. évf. 11. sz. 1230–1236. o. <https://doi.org/10.18414/KSZ.2019.11.1230>.
- SZIKRA DOROTTYA (2017): *A magyar nyugdíjrendszer a rendszerváltás óta*. Megjelent: *Ferge Zsuzsa* (szerk.): *Társadalom- és szociálpolitika*. Magyarország, 1990–2015. Osiris, Budapest.



## K7.2. A munkavégző képesség mérése és a megváltozott munkaképességű népesség számbavétele

BOLDMAA BAT-ERDENE, KREKÓ JUDIT & SCHARLE ÁGOTA

A munkavégző képesség megítélése objektív és szubjektív tényezőkön is múlik, amelyek ráadásul az intézményi környezettel is összefügghetnek – ezért a megváltozott munkaképességű emberek létszámát sem lehet egyértelműen meghatározni.

A lakossági adatfelvételekben általában a válaszadó saját bevallása határozza meg, hogy ki számít megváltozott munkaképességűnek. A teljes és a csökkent munkaképesség között azonban nem lehet éles határvonalat húzni, egyénenként és kultúránként is eltérő, időben is változik, hogy egy adott állapotot ki hova sorol (*Kreider–Pepper*, 2007). Sőt a kérdésfeltevés módja is befolyásolhatja a választ: pontosan mit és mennyire részletesen kérdeznek, vagy megadnak-e valamilyen viszonyítási pontot, amelyhez képest kell a válaszadónak a saját állapotát értékelnie. Például *Kapteyn és szerzőtársai* (2007) szerint az általános kérdésfeltevésre adott válaszokban a holland népességben nagyobb a megváltozott munkaképességűek aránya, mint az Egyesült Államokban, ez a különbség azonban jelentősen csökken, ha a válaszadónak egy konkrétan megadott fogyatékosághoz képest kell értékelniük magukat.

Az is számít, hogy a válaszadó egészségi állapota alapján kap-e valamilyen ellátást: az ellátottak hajlamosak kissé eltúlozni az állapotukat, hogy igazolják az ellátás jogosságát. Ezen keresztül a rokkantsági ellátások jogosultsági feltételei is befolyásolhatják a munkaképességre vonatkozó önértékelést (*Banks és szerzőtársai*, 2004).

Végül, egyes kutatások azt is kimutatták, hogy a nem dolgozó emberek nagyobb valószínűséggel mondják magukat tartós betegnek, mintegy indokot keresve arra, hogy nincs munkájuk – ez az önigazolási torzítás (*justification bias*) (*Black és szerzőtársai*, 2017).

Az adminisztratív adatbázisok általában vagy csak az ellátásokra való jogosultság megítélésekor megállapított munkavégző képességről adnak információt, vagy csak a megítélt ellátás típusáról. Mindkét adat a szabályozás függvénye, így a sza-

bályok változása még egy adott országon belül is törést okozhat a létszám időbeli alakulását mutató statisztikában.

A fenti tényezők miatt még az azonos megközelítést alkalmazó adatfelvételek eredményeit vagy az adminisztratív adatokat is csak kellő körültekintéssel lehet országok között összehasonlítani. A kulturális különbségek, illetve a rokkantsági ellátások eltérései ugyanis mindkét adatforrásban okozhatnak összevetést torzító eltéréseket. A megváltozott munkaképesség előfordulásának országok közötti eltéréseit természetesen valódi okok is magyarázzák: a jobb egészségügyi ellátás és a szigorúbb munkavédelmi szabályok csökkenthetik a megrokkulás kockázatát, a jobb integrációs és rehabilitációs szakpolitika révén pedig egy adott egészségkárosodás kevésbé korlátozza a munkavégzést.

A mérési módszer fontosságát jól illusztrálja a megváltozott munkaképességet is mérő két legismertebb harmonizált európai lakossági adatfelvétel: az Európai Unió 2011. évi munkaerő-felmérése (*Labour Force Survey, LFS*) és az évente elkészülő EU-SILC. Az előbbi a munkavégzést akadályozó egészségi problémákra kérdez rá, míg az utóbbi kérdése arra vonatkozik, hogy akadályozza-e a mindennapi tevékenységekben valamilyen tartós egészségi probléma a válaszadót. A SILC-en alapuló statisztika így nagyobbban mutatja a megváltozott munkaképességű népességet, de jobbnak méri a foglalkoztatás szintjét, mivel olyanokat is ebbe a népességbe sorol, akiknek a mindennapi tevékenységét akadályozza a betegsége, de a munkáját nem vagy kevésbé gátolja (*Geiger és szerzőtársai*, 2017).

Magyarországon a megváltozott munkaképességűek ellátásaira, a foglalkoztatottsághoz kapcsolódó kedvezményekre (például a szociális hozzájárulási adókedvezményre) való jogosultság, valamint a rehabilitációs hozzájárulás fizetése alóli mentesség egyik feltétele a rehabilitációs hatóság (jelenleg a kormányhivatalok rehabilitációs hatósági és orvosszakértői főosztályai) által kiállított



hivatalos minősítés. 2012. január elseje óta a megváltozott munkaképességűek ellátásaira az jogosult, akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60 százalékos vagy kisebb mértékű.<sup>1</sup> Az egészségi állapotot a rehabilitációs hatóság állapítja meg, amelyben legalább két orvosszakértő mellett legalább egy rehabilitációs szakértő, valamint legalább egy szociális szakértő is helyet kap, így az orvosi szempontok mellett azt is mérlegelik, hogy adott egészségi állapot mennyire egyeztethető össze az igénylő korábbi munkakörével, képzettségével, és milyenek a rehabilitációs esélyei. A rokkantsági és rehabilitációs ellátásokra való jogosultság további feltétele a megfelelő szolgálati idő is.<sup>2</sup>

A rehabilitációs hozzájárulás tekintetében megváltozott munkaképességűnek kell tekinteni azt a személyt, akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60 százalékos vagy kisebb mértékű,<sup>3</sup> illetve aki valamely nem biztosítás alapú ellátásban, fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül.

A megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatási helyzetének értékelését nehezíti, hogy nincsen nyilvánosan elérhető adat azoknak az embereknek a számáról, akik az érvényes hatósági viz-

gálat alapján ennek minősülnek. A rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők számáról a MÁK közöl statisztikákat. Azoknak a megváltozott munkaképességűeknek az aktuális számáról azonban, akik vagy a szolgálati idő hiánya, vagy a keresleti korlátnál magasabb kereset miatt nem részesülnek ellátásban, nincsen információnk. Emellett lehetnek olyanok, akik az egészségi állapotuk alapján megváltozott munkaképességűnek tekinthetők, de nem jelentkeznek komplex vizsgálatra. Ennek oka lehet, ha valaki egyéb, például anyasági ellátásban részesül, vagy foglalkoztatott, és a kereseti korlát miatt nem lenne jogosult a megváltozott munkaképességűek ellátásaira, és nincs tisztában a megváltozott munkaképességgel járó munkapiaci előnyökkel. Egy további ok lehet, ha valaki szeretné elkerülni a megváltozott munkaképességi státussal járó esetleges stigmatizációt, illetve ha a megváltozott munkaképességűekkel szembeni (érzékelt) diszkrimináció nagyobb, mint a státussal járó munkapiaci előnyök. A KSH Munkaerő-felmérésének adatai alapján a munkapiacon aktív megváltozott munkaképességű embereknek körülbelül az 50–65 százaléka kap valamiféle rokkantsági ellátást.

#### Hivatkozások

- BANKS, J.–KAPTEYN, A.–SMITH, J. P.–VAN SOEST, A. (2004): *International Comparisons of Work Disability*. IZA Discussion Paper Series, No. 118.
- BLACK, N.–JOHNSTON, D. W.–SUZIEDELYTE, A. (2017): Justification bias in self-reported disability: New evidence from panel data. *Journal of Health Economics*, Vol. 54. 124–134. o. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.05.001>.
- GEIGER, B.–WEL, K.–TÖGE, A. (2017): Success and failure in narrowing the disability employment gap: Comparing levels and trends across Europe 2002–2014. *BMC Public Health*, Vol. 17. No. 1. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4938-8>.
- KAPTEYN, A.–SMITH, J. P.–VAN SOEST, A. (2007): Vignettes and self-reports of work disability in the United States and the Netherlands, *American Economic Review*, Vol. 97. No.1. 461–473. o. <https://doi.org/10.1257/aer.97.1.461>.
- KREIDER, B.–PEPPER, J. V. (2007): Disability and Employment: Reevaluating the Evidence in Light of Reporting Errors. *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 102. No. 478. 432–441. o. <https://doi.org/10.1198/016214506000000997>.

<sup>1</sup> A megváltozott munkaképesség hivatalos definíciójáról a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény.

<sup>2</sup> A 2008 és 2011 közötti szabályozás nem a megmaradó egészségi állapotot, hanem az egészségkárosodást határozta meg, és a megváltozott munkaképesség legalább 40 százalékos egészségkárosodású személyeket jelentette. 2008 előtt a munkaképesség csökkenése volt a mérőszám, és a megváltozott munkaképességi státus legalább 50 százalékos munkaképesség-csökkenést feltételezett.

<sup>3</sup> Vagy akinek legalább 40 százalékos az egészségkárosodása, az erről szóló szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás, hatósági bizonyítvány, minősítés időbeli hatálya alatt (vagyis az egészségkárosodását 2008–2011 között) állapították meg, vagy akinek a munkaképesség-csökkenése 50–100 százalékos mértékű, az erről szóló szakvélemény időbeli hatálya alatt (vagyis az egészségkárosodását 2008–2011 között) állapították meg.