



Andor Csaba

Merre tovább, melyik úton?

**A fogyatékosügy
a szociál- és a foglalkoztatáspolitikában**

Jegyzet

**EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR
Budapest, 2009**

Tartalom

Bevezető	7
A fogyatékoságügy rövid történelme	8
A fogyatékoságtudomány mint mögöttes diszciplína kialakulása és szerepe	12
1. A fogyatékoság és fogalmi kerete	14
1.1. Alapvetések, definíciók	14
1.1.1. Fogyatékoság, fogyatékos ember, megváltozott munkaképességű ember	14
1.1.2. Normalizáció, integráció	18
1.1.3. Önálló, önrendelkező életvitel	19
1.1.4. Rehabilitáció	19
1.1.5. Esélyegyenlőség	20
1.1.6. Diszkrimináció	21
1.1.7. Ésszerű alkalmazkodás	23
1.1.8. Alapvető emberi jogok	23
1.2. A fogyatékosággal kapcsolatos legfontosabb dokumentumok ismertetése	25
1.2.1. Az ENSZ-nek A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezménye és az ahhoz vezető út	25
1.2.2. A fogyatékosággal élő amerikaiakról szóló törvény	29
1.2.3. A fogyatékos emberek esélyegyenlőségéről szóló törvény	30
1.2.4. Az Országos Fogyatékosügyi Program	31
2. Fogyatékoságügy a mai magyarországi szociálpolitikában	32
2.1. A szociálpolitika alapfogalmai	33
2.1.1. A szociálpolitika meghatározása	33
2.1.2. A jóléti állam	35
2.1.3. A javak elosztása	38
2.2. A szociálpolitika eszközei	38
2.3. A szociális törvény	41
2.4. A magyarországi szociálpolitika által kínált szolgáltatások a fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlőségének és önálló, önrendelkező életének megteremtése érdekében	43
2.4.1. A fogyatékosággal élő embereknek adott pénzügyi ellátások	43

2.4.1.1. A fogyatékosági támogatás	43
2.4.1.2. Közlekedési kedvezmények	43
2.4.1.3. Lakás-átalakítási támogatás	44
2.4.1.4. Rehabilitációs járadék	45
2.4.1.5. Rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény	45
2.4.1.6. Rokkantsági nyugdíj	46
2.4.1.7. Baleseti rokkantsági nyugdíj	47
2.4.1.8. Rendszeres szociális járadék	47
2.4.1.9. Rokkantsági járadék	47
2.4.1.10. Átmeneti járadék	48
2.4.1.11. Ápolási díj	48
2.4.1.12. Magasabb összegű családi pótlék	49
2.4.1.13. Természetbeni ellátás: közgyógyellátás	49
2.4.3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális alapszolgáltatások	50
2.4.3.1. Házi segítség	50
2.4.3.2. Jelzőrendszeres házi segítség	50
2.4.3.3. Támogató szolgáltatás	51
2.4.3.4. Nappali ellátás	52
2.4.4. A személyes gondoskodást kínáló szociális szakellátások	53
2.4.4.1. Fogyatékossgal élő emberek otthona	53
2.4.4.2. Fogyatékossgal élő emberek rehabilitációs intézménye	53
2.4.4.3. Fogyatékossgal élő emberek gondozóháza (átmeneti otthon)	54
2.4.4.4. Lakóotthon	54
2.4.5. Összefoglaló vélemény a fogyatékossgal élő emberek által igénybe vehető szociális jellegű támogatásokról	56
2.4.6. A szociális védelem jogi eszközei	58
2.5. Alternatív és újszerű megközelítések	58
2.5.1. A SZOLID program	59
2.5.2. A Tékozló koldus	61
2.6. Az európai unióbeli országok fogyatékossgügyi politikái	63
3. Fogyatékossgügy a foglalkoztatáspolitikában	64
3.1. A foglalkoztatás- és a szociálpolitika kapcsolódási pontjai	64
3.2. A foglalkoztatáspolitiká megatározása, jellemzői, irányzatok	64
3.2.1. Az aktív foglalkoztatáspolitiká	65

3.2.2. A passzív foglalkoztatáspolitikai	66
3.3. A fogyatékosokkal élő emberek foglalkoztatása Magyarországon	66
3.3.1. A fogyatékosokkal élő emberek foglalkoztatásának rövid történelme	67
3.3.2. A foglalkozási rehabilitáció helyzete	69
3.3.3. Az Országos Fogyatékosügyi Programban megfogalmazott, a fogyatékosokkal élő emberek munkavállalási esélyeit javító feladatok	71
3.4. A hazai foglalkoztatáspolitikai eszközei a fogyatékosokkal élő emberek esélyegyenlőségének megteremtése érdekében	72
3.4.1. A fogyatékosokkal élő emberek foglalkoztatását elősegítő nem munkaerő-piaci elemek	72
3.4.2. Akadálymentesítés	73
3.4.3. A fogyatékosokkal élő emberek foglalkoztatását elősegítő elemek az állami munkaügyi intézményrendszeren keresztül	74
3.4.3.1. Bértámogatás	74
3.4.3.2. A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatását elősegítő beruházási támogatás	75
3.4.3.3. Piaci előny biztosítása	75
3.4.3.4. Költségkompenzációs, rehabilitációs költségtámogatás	76
3.4.3.5. Szociális intézményen belüli foglalkoztatás	76
3.4.3.6. Rehabilitációs hozzájárulás	77
3.4.3.7. A fogyatékosokkal élő emberek foglalkoztatása okán igényelhető adókedvezmény	78
3.4.3.8. Komplex foglalkozási rehabilitációs szolgáltatás	78
3.5. Az Európai Unió foglalkoztatáspolitikai irányelvei	78
3.5.1. A közös foglalkoztatáspolitikai kialakulása	79
3.5.2. Finanszírozás	82
3.5.3. Az integráció szerepe	82
3.6. A magyarországi foglalkoztatáspolitikai kapcsolódása az Európai Unió foglalkoztatáspolitikai folyamataihoz	84
3.7. Európai uniós források felhasználása a fogyatékosokkal élő emberek foglalkoztatási helyzetének javítására	85
3.8. Az EU tagországainak gyakorlata a fogyatékosokkal élő emberek alkalmazását illetően	86
3.8.1. A fogyatékosokkal élő emberek foglalkoztatása támogatásának elvei és gyakorlata az EU tagállamaiban	86
3.8.2. Pozitív diszkrimináció a foglalkoztatás támogatására	87

3.8.3. Komplex szemlélet a rehabilitációban	87
3.9. Magyarországi tapasztalatok a fogyatékosággal élő emberek alkalmazását illetően	88
3.9.1. Civil kezdeményezések	88
3.9.2. A fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatását hátráltató elemek	90
3.9.2.1. A szükséges segítő szolgáltatások hiánya	90
3.9.2.2. A munkavállalást elősegítő alapvető készségek hiánya, a szociális ellátórendszer és a család visszatartó ereje (hospitalizáció)	90
3.9.2.3. Az életvitelt segítő eszközök biztosításának visszásságai, a munkahelyek adaptálásának hiánya	91
3.9.2.4. A megváltozott munkaképesség felmérésének gyakorlati szakmai hiányosságai	92
3.9.2.5. A fogyatékosággal élő emberek alulképzettsége	94
3.9.2.6. A fogyatékosággal élő embereket foglalkoztató szervezetek piacra jutási nehézségei	94
3.9.2.7. A munkahelyek megközelítésének nehézségei	95
3.9.2.8. A tranzitfoglalkoztatás hiányosságai	96
3.9.2.9. A fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatásával kapcsolatos téves elképzelések	97
3.9.2.10. A fogyatékosággal élő emberek munkába állását segítő nem anyagi tényezők	98
3.10. Közgazdasági megfontolások a fogyatékosággal élő emberek alkalmazását illetően	98
4. Nyitott területek, dilemmák, kérdések	101
4.1. A fogyatékoságügy meghatározása, megfelelő besorolása, s az ebből fakadó gyakorlati problémák	101
4.2. A fogyatékosággal élő emberek valódi igényeinek és szükségleteinek felmérése	102
4.3. Feladatmegosztás a központi kormányzat, az önkormányzatok és más, nem állami szolgáltatók között	103
4.4. A piac szerepe és létjogosultsága a szociál- és a foglalkoztatáspolitikai szolgáltatásokban	105
4.5. Hiányzó szolgáltatások a szociális törvényből	110
4.6. A fogyatékosággal élő embereknek kínált szolgáltatások finanszírozási kérdései	111
4.6.1. Normatív finanszírozás	111
4.6.2. Teljesítményfinanszírozás	114

4.6.3. Pályázati rendszer	114
4.6.4. Egyéni finanszírozás	115
4.6.5. Egyedi döntésen alapuló finanszírozás	116
4.6.6. A finanszírozás forrása	116
4.6.7. A szolgáltatások mérése	119
4.7. A szociális törvény tarthatatlansága	120
4.7.1. Jogalkotás, jogrend	121
4.7.2. A szolgáltatások szakmai tartalma	121
4.7.3. Finanszírozás, szolgáltatásszervezés	123
4.7.4. Egy példa: a MEREK formális helye a fogyatékossgal élő emberek ellátórendszerében	124
4.7.5. Példa: a támogató szolgálatok	126
4.7.6. A támogató szolgálat beemelése a szociális törvénybe	127
4.8. A képzés hiányosságai, dilemmák	129
4.9. A fogyatékossgal élő emberek érdekvédelmi szervezetei	129
5. Zárszó	131
6. Függelék	132
A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával kapcsolatos magyarországi jogszabályok	142
Az igénybe vehető szociális ellátások Magyarországon	143
Felhasznált és ajánlott irodalom	145

Bevezető

A fogyatékoságügy és a mögötte álló tudomány tárgya igencsak jelen van: a mienk, élünk vele, és látjuk vagy nem látjuk, elbújhatunk előle, vagy szemlésítve mehetünk el mellette. Gyakran észre sem vesszük, pedig mi tesszük. Talán ez a legrosszabb és a legtermészetesebb: mi csináljuk a fogyatékoságot, mert tudatlanok vagyunk. És ha véletlenül szenvedő(?) részeseivé is válunk – mert Alkotóként, ugye, már eleve „helyzetben vagyunk” – akkor sem vesszük észre, inkább csak rossz érzésünk van, hogy ez se meg az se működik. Picit jobb, de tán picit más esetben észre sem vesszük és lubickolunk saját világunkban.

Fogyatékos az egész világ? Biztos: nekem is kicsit kényelmetlen időnként, pedig nincs is róla ORSZI-papírom. Vagy talán már készítik? De küzdök vele, ahogy más is küzd, csak épp gyakran más sakktablán: én az Isten által tökéletesen megalkotott világ jobbításáért, ő meg azért is, hogy egyáltalán jobbíthasson: levegőt vegyen és végre kifújhassa (magát is) – felkeljen, megmosakodjon, felöltözzön, reggelizzen, fogat mosson, pusztit adjon a gyerekeknek és óriási csókot a párjának, elmenjen dolgozni, ott hasznos dolgot csináljon, délután kicsi bevásárlás, ügyintézés, esetleg társadalmi (baráti) elfoglaltság, este haza, játék és sok beszélgetés a családdal, lefekvés előtt kicsi mozi a párjával otthon vagy máshol, este bensőséges együttlét, hisz ő a legfontosabb. Ilyen is az élet, s persze ez csak példa, hisz mindenki másképp csinálja. De legalább csinálhatja jól vagy rosszul, *néha* vagy *gyakrabban* megtapasztalva saját, mások, s eme valóban tökéletesnek alkotott világ korlátait. Élhet vele és benne!

Ez a témánk tehát, s Erre hívunk meg mindenkit. Nem emberek találták ki a fogyatékoságot és a hozzá kapcsolódó tudományt és „ügyet”, hanem ők találtak meg minket. Legfeljebb néhány ember (meg)fogta és vette a bátorságot, rászánt néhány évet és emberéletet, beszélt róla jó sokat és a végén leírta. S a leírás persze mindig tökéletlen (kivéve tán néha az irodalmat), de azért szinte mindig van benne egy pici bogár, mely a fülbe mászva tovább él és újabb gondolati sziporkákat, esetleg korábbi gondolatelemek kapcsolódásait teremti meg. Ilyenné szeretne válni ez az írás is a maga szegénygazdag tökéletlenségében.

A téma adott volt, nem én választottam, bár kicsit ő azért kacsintgatott rám, és egyébként is nyitott vagyok a nyitott kapcsolatokra. A szociálpolitika és a foglalkoztatáspolitikai márpedig ilyen: az ember ránéz, bekukkant a kulcslyukon, esetleg bedugja a fejét, hogy szemlélődjön és körülnézzen, és tán a kezével is szívesen megragadna vagy odébb tenne valamit. S akkor az egész egyszerre csak kinyílik és beszippan, újabb és más világokba taszít. Az ismeretek és a megtapasztalt tények mentén egyre csak kérdéseket hoz elő, s már rég túl vagyunk az eredetileg megszabott tartalmi és terjedelmi kereteken. Mivel azonban nem lehet mindenről szólni, sajnos egyszercsak véget kell vetni a gondolatok és a gondolati rendszerek újabb és újabb rendezésének és értelmezésének.

Tényszerűség és kételkedés: ezek mentén halad ez az írás, amelyben először a fogyatékossgal kapcsolatos legfontosabb történelmi előzményeket és fogalmakat, dokumentumokat ismertetem, majd foglalkozom a szociál- és a foglalkoztatáspolitikában megjelenő, a fogyatékos emberekkel kapcsolatos elvi és gyakorlati szabályozással. A jegyzet vége a legfontosabb jelenkori dilemmákat, megoldatlan kérdéseket taglalja.

A fogyatékossgügy rövid történelme

Ahhoz, hogy valamennyire érthető legyen egy témakör jelene, nem haszontalan ismerni annak közelmúltbéli és történelmi háttérét. A régebbi korokból szinte teljesen hiányoznak a fogyatékos emberekre vonatkozó feljegyzések (csak betegekről esik néha szó), ahogy az un. „hétköznapi” ember élete is csupán nagy nehézségek árán ismerhető meg. Pedig nagyon is egyet lehet érteni Könczei megfogalmazásával, aki szerint „minden társadalmat jellemez a múltjához (öregék), a jelenéhez (például súlyos betegekhez, a fogyatékossgal élő emberekhez) meg a jövőjéhez (gyermek) fűződő viszonya.” (Könczei, 2002: 113)¹ Önállósodása során a fogyatékossgügynek fokozatosan meg kellett különböztetnie magát az őt eredetileg megszüülő társtudományoktól, a szociológiától, a szociálpolitikától és az orvostudománytól, azért, hogy egyre inkább emberi jogi kérdéssé váljék. Mert egyikhez se tartozik igazán, s mert mégis mind-egyikből merítő ismereti területről van szó, amelynek jelentősége az idők során egyre növekedett.

Könczei György igen behatóan foglalkozott a fogyatékossg és a fogyatékos emberek történelmével, s a következőképp ír:

„A fogyatékossg problémája bizonyosan egyidős magával az emberrel, de mai, roppant szélesen elterjedt, súlyos formájában meglehetősen új keletű: egyfelől folyamatosan, lassan, másfelől mégis a 20. század közepétől vált világméretű problémává. A régi időkben a sérülten született, vagy fogyatékossgá lett emberek általában viszonylag korán meghaltak. Ennek megfelelően a rehabilitációs szemlélet is csak néhány évtizede terjedt el a világon. A fogyatékossg maga – minden általunk vizsgált történelmi korban és a kultúrák zömében – egészen mélyen összekapcsolódott a transzcendenciával: az emberek, a különféle népek a történelem előtti koroktól kezdődően egészen a mai, modernnek nevezett időkig úgy vélték, hogy eredete valahol a látható, tapasztalható világon túl van. Az ember úgy van a sérülten születéssel, a fogyatékossgá válással, mint a halállal: nehezen képes elfogadni, hogy lehetséges, s ha lehetőségességét létezéséből látja is, nem képes értelmezni, hogy miféle okok idézik elő.

(...) Az antik görög világ ideáljai között első helyen szerepelt az egészség és az épség. Az ember egészsége talán az értékhierarchia csúcsán helyezkedett el.

1 Könczei azt is megállapítja, hogy „megkockáztatható, hogy maga a kultúra, tehát a nagy humán kultúrák, mint például a régi zsidó tradíció, az ógörög hagyomány, az óegyiptomi kultúra vagy a kereszténység – és így tovább – nem diszkriminálnak.” (Könczei, 2002: 114)

Mindennapi életükben, gondolkodásukban nem vált szét élesen a test és a lélek egészsége. (...)

A középkori ember gondolatvilágát (...) a csoda uralta. A fogyatékosággal születés nem volt meglepetés számára, hiszen már kora gyermekkorában ott éltek az őt körülölelő környezet hiedelmeiben, regés-regényes elbeszéléseiben szirénasszonyok, a legkülönfélébb formájú, torz alakú váltott gyermekek, állat-fejű-embertestű, emberfejű-állatstestű furcsa-izgalmas létezők. (...) Jól rímel az említett tendencia az időszerűt követő évszázadokban, de csökkenő mértékben később is a keresztény világmagyarázat mögött meghúzódó korábbi archaikus hiedelmek, világértelmezések halványan, rejtve megmaradó tradícióira. (...) Jézus Krisztust is kérdezik tanítványai a vakon született ember láttán: „Mester, ki vétkezett, ez, vagy a szülei, hogy vakon született?” – lényegében egészen a kereszténység előtti társadalmi és társadalomlélektani tapasztalat alapján. A válasz pedig hasonló magától értetődő természetességgel érkezik: „Sem ez nem vétkezett, sem a szülei...” (János ev. 9, 2–3.)

Ha meg is fogalmazódott már a sérült ember gondozása a középkorban, legitimmé csak az úgynevezett 1793-as francia alkotmánnyal vált, amelynek június 24-én a Konvent által elfogadott 21. cikkelye fogalmazta alkotmányjogi szabállyá a következőket: „A köztámogatás szent adósság. A társadalom köteles eltartani szerencsétlen polgárait, akár úgy, hogy munkát szerez számukra, akár azáltal, hogy biztosítja a létfenntartáshoz szükséges eszközöket a munkaképtelenek számára.” Ezzel tehát együtt állt két elengedhetetlen feltétel a modern értelemben vett rehabilitáció kialakulásához: az egyik szerint a rehabilitációs folyamat középpontja a fogyatékosággal élő ember. A másik pedig a francia hagyomány: törvény által rögzített és legitimált gyakorlat; a fogyatékosá váló polgárokért, legyenek bár fiatalok vagy öregek, a társadalom alkotmányosan felelősséget vállal. De a rehabilitációs munka lényege ekkor még mindig a gondozás volt.

Az áttörést a XX. század nagy háborúi hozták meg. Már az első világháború óriásira emelte a sérültek számát. Erre sokféle válasz született a világon: Lengyelországban megindult a rokkantszövetkezeti mozgalom, több országban létrejöttek nagy gondozóintézmények, és a tömeges igény hatására a csoportos foglalkoztatás keretei is kialakultak.

Az Egyesült Államokban és Kanadában már a '10-es, '20-as években léteztek elsősorban vakok számára segítő intézmények és pénzügyi támogatás (pl.: Blind Persons Allowances). Az első rehabilitációs törvényt az USA-ban hozták 1919-ben; ennek nyomán az Államok már az 1920-as évek óta rendelkezett szövetségi rehabilitációs programmal. Sőt, egy forrás szerint Clevelandben már 1889-ben létezett rehabilitációs központ. Az első nagy háborúból kimaradt Hollandiában is csak 1919-ben alkották meg az első jogszabályt, amely szerint időleges vagy végleges képességcsökkenés esetén, de általában 52 hét után rokkantsági nyugdíjat folyósítottak. (...)

A zsidó emberek elpusztítását kitűző elképzelések mellett 1933-tól sorra születtek az újabb és újabb szempontok Németországban, melyek szerint újabb és újabb embercsoportokat ítélték sterilizálásra, halálra. Emögött természetsze-

rően kemény ökonómiai, mindenekelőtt gazdaságossági szempontok is meghúzódtak, az ideológiában ezek megfelelője az „értéktelen élet” kegyetlen eszméje volt; a Harmadik Birodalom számos színhelyén gőzerővel folyt az örökletes betegségekben szenvedők kényszersterilizálása, a súlyos értelmi fogyatékos és a fizikai fogyatékossgal született gyermekek szervezett legyilkolása – „gyermekakció” –, a felnőtt elmebetegek és értelmi fogyatékosok pusztítása – T/4-es akció –, és a munkaképtelenek pusztítása, a 14.f.13-as különleges kezelés.

Később, s ez a XX. századnak immár pozitív eredménye: a rehabilitáció fejlődésének folyamata a gondozás és segélyezés által meghatározott alapszemlélettől az utóbbi évtizedekre egyre inkább az önellátás, a függetlenség, az integrálás és a közösségbe fogadás felé tolódott el. Az említett folyamatokba illeszkedik egyfelől az önálló életvitel – független élet – mozgalom, amelyről karizmatikus vezetője: Ed Roberts és társai jutnak eszünkbe. Másfelől pedig az értelmi sérült emberek és szüleik mozgalma is a kitagolásért, vagy más szóval intézménytelenítésért (deinstitutionalizáció), azaz, a nagy, zárt intézmények lebontásáért és az emberi jogokat inkább biztosító kisebb, emberléptékű, humanus életkörnyezet kialakítása érdekében. E két mozgalom hatásaként, s annak folyamanyaként, hogy ezek a nemzeti keretből a nemzetközi porondra léptek, születtek egyfelől új, nemzetközi jogszabályok, és alapjaiban változott meg a sérült emberhez való viszony szerte a modern világban. Az orvosi, az individuális, a „magánpech”-jellegű megközelítéstől az egész társadalom felelősségét hangsúlyozóig.” (Könczei, 2004: 113–125)

A fogyatékossgügy önmeghatározásának és önállósodásának tehát számtalan oka van. Az egyik legfontosabb a francia felvilágosodás óta az emberi szabadságjogok előtérbe kerülése először egyénileg, majd egyre inkább csoportos formában. A média önállósodásával bemutaták az e csoportokhoz tartozók életét, problémáit, örömeit, értékeit, s – ami talán a legfontosabb – jogos igényeit, valós szükségleteit. Ez a hozzáállás csak erősítette a fogyatékos embereket abban, hogy aktívan lépjenek fel saját magukért, s hogy érdemes ezt megtenni, mivel látható és valós eredmények születnek az élet számtalan területén. S ahogy a média immár önálló véleményformáló erővé vált, úgy vált lehetségessé, hogy a fogyatékos emberek egyre hangosabban megfogalmazott követeléseit értő fülekre találjanak, és megvalósult intézkedésekben öltsenek testet. Ez persze csak nyitott, demokratikus, a különféle kisebbségi véleményeket is meghallgatni képes társadalmakban volt lehetséges, autoriter berendezkedésű országokban nem. A nagy, keresztény és más monoteista egyházak számára is egyre fontosabbá vált, hogy „meghallják az idők szavát”, minden ember számára elérhetővé tegyék az emberi javak élvezetét, s maguk is aktív cselekedetekkel lépjenek fel a szükségét szenvedő, de egyben Jézust magukban hordozó embertársaink érdekében.²

2 A római katolikus egyház II. vatikáni zsinata (1963–68) szerint például „Mivel minden értelmes lélekkel rendelkező és Isten képmására teremtett embernek ugyanaz a természete és ugyanaz az eredete; s mert Krisztustól megváltottan ugyanaz a hivatása és isteni rendeltetése, egyre határozottabban el kell ismerni, hogy minden ember alapvetően egyenlő. Kétségtelen, hogy a különböző fizikai képességek, valamint az értelmi és erkölcsi erők szempontjából nem egyformák az emberek. De mint Isten

Szintén segítette a fogyatékos emberek mozgalmát az a gazdasági felismerés, hogy a fogyatékos emberek csoportja valójában önálló, fizetőképes piac, tehát érdemes lehetővé tenni számukra, hogy akadálytalanul elérhessenek szolgáltatásokat. S ahogy megfogalmazódtak egyre speciálisabb igények és szükségletek, úgy alakult, önállósodott ez a témakör. Gazdasági jellegű az a felismerés is, hogy a fogyatékos emberek az élet bizonyos területein jobban teljesítenek, mint mások. Több kutatás, felmérés is kimutatta például a fogyatékos emberek megbízható munkavégzését azokon a munkahelyeken, ahová képesek voltak bejutni, s ahol a többi munkatárshoz hasonló munkafeltételek álltak rendelkezésükre.

Érdekes és újkori fejlemény az a tény, hogy az utóbbi évtizedek során a fogyatékos emberek csoportján belül jelentősen átalakultak az arányok: míg korábban inkább veleszületett, vagy korai életkorban betegség útján szerzett diagnózisok tettek valakit fogyatékosná, addig az orvostudomány fejlődésével egyre nőtt azok aránya, akik valamilyen szerzett sérülés folytán váltak fogyatékosná, akár baleset, akár felnőttkori betegség eredményeképp. Így egyre hatékonyabban érvényesítette saját érdekeit az a fogyatékos csoport, amelyik korábban aktív, normalizált életet élt, s természetesen erről később se volt hajlandó lemondani. S a társadalom ép tagjai is fokozatosan elfogadták, hogy a fogyatékos nem távoli, akár spirituális, a „normális” embert sosem érintő élethelyzet, hanem igen is valós, mindenki számára „elérhető” tényszerűség, amivel azonban nem áll meg az élet, hanem csupán új kihívások elé állítja az embert.³

A fogyatékoságügy önállósodását mások „szabadságmozgalma” is támogatja részben abból a felismerésből, hogy egyes eredmények nem csupán a fogyatékos emberek, hanem az adott másik embercsoport számára is hasznosak. Például az akadálymentesítés mindenki számára könnyebbé teszi a közlekedést, s így ezt a törekvést támogatják például a babakocsi kismamák, vagy az idős emberek szervezetei is.⁴

S végül, de nem utolsó sorban e sorok írója is megtapasztalta önkéntes munkája során is, hogy mennyire fontos a fogyatékos emberek szükségleteinek kifejeződése, s hogy akár közzgazdaként is hozzá lehet járulni a fogyatékos emberek esélyegyenlőségének megteremtéséhez.

szándékaival ellenkező dolgot, a személy alapvető jogaiban le kell küzdeni és ki kell küszöbölni minden nem, faj, bőrszín, társadalmi helyzet, nyelv vagy vallás alapján történő társadalmi vagy kulturális megkülönböztetést.” (A II. vatikáni zsinat dokumentuma.) Miközben sajnálatos, hogy a fogyatékos emberekről nem tesz külön említést a dokumentum, mégis figyelemre méltó, hogy a közjó előmozdítását minden lehetséges eszközzel támogatandónak tartja, s ezt magának az egyháznak is egyik legfőbb tevékenységévé teszi.

3 Ezzel kapcsolatban számtalan szállóige vált közhírré. Számomra az egyik legkedvesebb Ed Robertstől származik: „Disability is an equal opportunity club, anyone can join at anytime.” „A fogyatékoság egy esélyegyenlőségi klub, bárki bármikor tagja lehet.”

4 Hazai példaként lásd a metrók akadálymentesítéséért és az aluljárók megszüntetéséért indult kezdeményezéseket, amelyeket épp a kisgyermekes anyukák szervezetei indítottak el, s amelyek eredményeit mindannyian élvezzük.

A fogyatékoságtudomány mint mögöttes diszciplína kialakulása és szerepe

Az egyesült államokbeli Fogyatékoságtudományi Társaság 1998-as meghatározása szerint „A fogyatékoságtudomány (Disability Studies) a társadalmak politikáit és gyakorlatát vizsgálja, hogy jobban megértsük a fogyatékosággal kapcsolatos — sokkal inkább társadalmi, mint fizikai — tapasztalatokat. Azzal a céllal fejlesztették ki a fogyatékoságtudományt, hogy a károsodás jelenségét kibogozza a mítoszoknak, az ideológiáknak és a stigmának a szociális interakciókra és a társadalompolitikára ráboruló hálójából. E tudományág megkérdőjelezi azt az eszmét, amely szerint a fogyatékosággal élő emberek gazdasági és társadalmi státusza és kijelölt szerepei állapotuk elkerülhetetlen következményei lennének.”⁵

A fogyatékoságtudomány fiatal, interdiszciplináris, azaz a korábban kialakult tudományok egyikének kizárólagos eszközeivel sem kezelhető kutatási terület, amely a második világháborút követően nagy sebességgel elterjedt új tudományos eredmények sorába tartozik. Ezek nem voltak beilleszthetők a kialakult tudományrendszerekbe. Darányi a jelenséget a „tudományok integrálódásaként” jellemzi, s magyarázatul azt hozza fel, hogy „a tudomány a tárgyaként adódó valóságot egyre részletezőbben vizsgálja, s a konkrét kutatás egyre kisebb, szűkebb témákat elemez, ezeket azonban teljes komplexitásukban.” (Darányi, 1992) Emellett megemlíti egy másik folyamatot is olyan új tudományok kialakulására, „amelyek nemcsak azzal minősíthetők, hogy a közös tárgyat, jelenséget több tudomány közelíti, és ebből előbb-utóbb önálló arculatú, új, a tudományhatárok metszetében álló diszciplína keletkezik. Hanem azzal is, hogy ezek az új „tudományközi” diszciplínák a tudományos modellek létrehozásában a kereszteződő tudományok lehetőségeit meghaladó, eltérő, azokból közvetlenül nem származtatható új eszközökkel mélyítik el a megismerést.” S míg a tudományok az antik kortól a 20. századig a tárgyukból határozták meg magukat – még akkor is, ha az érzékelhető valóság a többszörösére is tágult újabb műszerek segítségével – „a tudományoknak ez a felállása lehetővé tett egyfajta absztrakciót, amely egyben a megismerés mélységét határozta meg. A lényeg megismerésében addig lehetett elérni, amennyire a tudományos absztrahálás lehetővé tette. A második világháború után kialakult tudományok jelentős részének olyan tárgya, vizsgálódási területe van, amely nem az érzékelhető valóság feldarabolásából keletkezett. Tárgyuk olyan entitás, amely már emberi absztrakció eredménye. Ez az entitás nem köthető az érzékelhető világ egyik részéhez sem, hanem jelen van a valóság teljességében.” (Darányi, 1992)

A fogyatékoságügy mint önálló mozgalommal egészen a társadalomtudomány önálló életre keltéig, majd aztán annak specializálódásáig nem beszélhetünk. Colin Barnes, angol szociológus a következőképp ír a fogyatékoságtudomány kialakulásáról:

5 <http://moodle.disabilityknowledge.org/> (2009. 10. 05.)

„(...) a társadalomkutatók, elsősorban a szociológusok már a múlt században különböző módokon kutatták a fogyatékossgal kapcsolatos jelenségeket. Az az elképzelés, hogy az orvostudomány a társadalmi ellenőrzés eszköze, és befolyásolja a beteg-orvos-kapcsolatot Talcott Parsons amerikai szociológus munkásságában gyökerezik. Parsons nyomán zavaros tanulmányok tömkelege jelent meg a társadalomtudomány minden területén, és a legkülönbözőbb szempontokból elemezték a fogyatékossgal élő emberek sorsát. A jelentős korai kutatások közé tartozik a stigmatizálás és a stigma jelentésének, az intézményesített életnek, a szakemberek szerepének, vagy a fogyatékossg és a szegénység kapcsolatának vizsgálata. Ezeket később széles körben lefolytatott epidemiológiai kutatások követték, amelyek a népesség körében előforduló fogyatékossgot dokumentálták. (...)

Ugyanakkor ezek a kutatások és rajtuk kívül még sok más, akár mostani kutatás is, így vagy úgy, azon a hagyományos bölcsességen alapulnak, hogy a fogyatékossg elsődleges oka a hivatalosan elismert károsodás, legyen az fizikai, érzékszervi vagy intellektuális, és a »fogyatékosnak« bélyegzett emberek minden gazdasági, politikai és kulturális problémája ebből adódik. (...)

A helyzet az 1960-as évek végén és a 70-es évek elején megváltozott, ekkor átpolitizálódott a fogyatékossg szemlélete, és az egész világon megjelentek a fogyatékos emberek aktivistái. Különösen jelentős, hogy a brit Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) 1976-ban újradefiniálta a »fogyatékossg« fogalmát, és a fogyatékossg társadalmi modelljét is kidolgozta. Az UPIAS (...) különválasztotta a biológiai és a társadalmi fogyatékossgot.” (Barnes, 2009: 13–14)⁶

A fogyatékossg társadalmi modelljének létrejötte és elismerése vezetett el oda, hogy a elkezdődött az emancipatív fogyatékossgkutatás módszereinek kidolgozása az 1980-as években. S bár természetesen pontosan nem lehetséges a fogyatékossgtudomány megszületésének pontos idejét megadni, mégis e paradigmaváltáshoz köthetjük az új diszciplína kialakulását.

A fogyatékossgügy számára szellemi és gyakorlati muníciót adó fogyatékossgtudomány tehát interdiszciplináris tudományterület, amely a fogyatékos emberek történelmével, értékeivel és sajátos tapasztalataival foglalkozik. Mivel viszonylag új tudományterületről van szó, ezért a fogyatékossgtudomány érdeklődési és kutatási területe egyre tágul. Ezzel párhuzamosan a fogyatékossgtudomány érdeklődési területei országoként is eltérhetnek. Míg például az USA-ban és a skandináviai államokban meglehetősen széleskörűen értelmezett az együttműködése a különféle társtudományoknak, addig Nagy-Britanniában és Európa többi részein inkább tekintik ezt a fogyatékos emberek sajátjának.

6 Thomas Kuhn korszakalkotó könyve, az eredetileg 1963-ban megjelent *A tudományos forradalmak szerkezete* óta beszélünk tudományos paradigmákról. Kuhn szerint a tudományos gondolkodás is mítoszokon – bizonyíthatatlan föltételezéseken – alapul. A tudományos fejlettség adott pillanataira rendszerint jellemző, hogy milyen mítoszok dominálnak, s ezek összessége átfogó világlátást, tudományos paradigmát képvisel. A rendszeralkotó axiómákon szükség szerint változtatnak a kutatók úgy, hogy a lehetőségekhez mérten működőképes rendszert hozzanak létre. Amint a váltás az alapvető axiómákat érinti, paradigmaváltásról beszélünk. (Kuhn, 2000)

A fogyatékoságtudomány egyik fontos alapvetése, hogy a fogyatékos emberek által tapasztalt hátrányok visszatükrözik azt, ahogy a társadalom meghatározza a különféle másságokat és ahogy reagál rájuk.

1. A fogyatékoság és fogalmi kerete

A következőkben megkíséreltem összegyűjteni és ismertetni azokat a legfontosabb fogalmakat és dokumentumokat, amelyek megismerése nélkül nem lehetséges sem a fogyatékoság és az ezzel foglalkozó tudományban folyó alapvető diskurzusok, sem a fogyatékos emberek mozgalmi alapvető törekvéseinek megértése.

1.1. Alapvetések, definíciók

1.1.1. FOGYATÉKOSSÁG, FOGYATÉKOS EMBER, MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBER

Könczei három fő folyamatot említ a történelemben a fogyatékos emberekkel kapcsolatos attitűdök kapcsán: a „humánus megközelítést”, amelyet a transzcendens szakralitás dominált, a „kizárás-kirekesztést”, valamint az „emberi jogi megközelítést”. Véleménye szerint mindegyik elem jelen van a jelenkori posztmodern társadalomban is, csak a korábbiakhoz képest eltérő súllyal. (Könczei, 2002: 129) Ezek tudatában kell tehát figyelemmel kísérnünk napjaink diskurzusait a fogyatékoság meghatározásáról, a fogyatékos emberről.

Az ENSZ-nek A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezménye (ld. később részletesen) szerint

„fogyatékosággal élő személy 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.” (ENSZ, 2006: 1. cikk)

Ez a megközelítés az ember mindennapi életben való működését helyezi a középpontba, tehát adott környezeti helyzet keretében értelmezi a fogyatékoságot. Arra figyel, ahogyan a külső tényezők kényszerítik az embert a fogyatékosá válás útjára. E *társadalmi megközelítés* értelmében egy képesség károsodása önmagában még nem számít fogyatékoságnak. Fogyatékosággá akkor lesz, ha a társadalom által válik hátrányossá a személy számára. A társadalmi hátrány abból származik, ahogyan társadalmi környezete a sérült emberhez viszonyul, ahogyan övele bánik. Például a mozgás korlátozottsága valóban az ember képességeivel kapcsolatos személyes tény. Az azonban a társadalmi környezettel kapcsolatos tény, hogy a mozgási képességükben korlátozott emberek számára nem gondoskodnak kiegészítő eszközökről (például rámpákról), amik lehetővé tennék számukra, hogy középületekbe vagy áruházakba bejussanak. A halláskárosodás az egyént érinti, ha azonban a halláskárosodott egyéntől megtagadjuk a lehetőséget, hogy a tömegkommunikációs eszközökhöz hozzáférjen, az már a

társadalmi környezettel kapcsolatos tény. A mentális károsodás ugyancsak az egyén képességeivel kapcsolatos tény, az viszont, hogy a mentálisan sérült embereket intézményekben különítik el, jóllehet képesek lennének közösségben élni, ismét csak a társadalmi környezettel kapcsolatos tény.

Ezzel a szemlélettel áll szemben a fogyatékoság korábbi *egészségügyi, orvosi megközelítése*, amely szerint az a fogyatékos ember, akinek a teste, s benne a(z) (érzék)szervei, nem működnek megfelelően. Az orvosi megközelítés az Egészségügyi Világszervezet (a WHO) 1980-ban megjelent, a Károsodások, fogyatékoságok és hátrányok nemzetközi osztályozása⁷ első kiadásában lévő meghatározása szerint a fogyatékoság valamely testi vagy mentális képesség károsodása, olyan képességeké, amelyekkel mások egy elfogadott norma szerinti mértékben rendelkeznek. Ez a meghatározás tehát kizárólag az egyénből indul ki. A fogyatékoság megközelítések közül az alapvető különbség a személyközpontúság vagy a társadalom felőli megközelítésben tapasztalható. Mindazonáltal egyes szerzők a társadalmi megközelítést további kategóriákra bontják.⁸

A fogyatékoság meghatározása körüli vita nem csupán a szavak jelentése körül folyik. Ebben a diskurzusban a fogyatékos emberek jogaival kapcsolatos elvekről van szó. Ha azt a felfogást választjuk kiindulásul, hogy a fogyatékos emberek olyan emberek, akik egyszerűen csak híján vannak valaminek, akkor ez megnehezíti annak belátását, hogy a nem sérült emberek közössége felelősséget visel a fogyatékos embereket érő rendszeres hátrányokért. Ha azonban az orvosi megközelítést kiegészítjük, vagy inkább felváltjuk a társadalmival, akkor ráébredhetünk erre a felelősségre.

Hagyományosan Magyarországon – az alapvetően gyógypedagógiai besorolásnak megfelelően – a következő orvosi diagnózisokat tekintik fogyatékoságnak:

- mozgássérültség,
- intellektuális fogyatékoság,
- látássérültség,
- hallássérültség,
- autizmus,

7 International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), későbbi – immár egy másik szemléletet tükröző – nevén International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICF, részletesen ld. később). Az ICF átfogó fogalomként kezeli a fogyatékoságot, és az orvostudományi meghatározást egyesíti a társadalmival. A károsodás tényéből indul ki, de elismeri azt a szerepet is, amelyet a társadalmi környezet játszik a károsodott emberek tevékenységének korlátozásában.

8 Bleidinck szerint a négy lehetséges megközelítés a következő:

A fogyatékoság...	A fogyatékoság mint...	A paradigma
1. orvosilag meghatározható tényállás	orvosi és individuális kategória	személyorientált
2. a szociális elvárások felértékelése	a társadalmi reakciók címkéje és eredménye	interakciós
3. az iskolai és a szakmai teljesítménydifferenciálás rendszerterméke	az iskolai és a szakmai szelekció rendszerkövetkezménye és eredménye	rendszerelméleti
4. a társadalom által előidézett jelenség	a kapitalista társadalmi rend terméke	társadalomelméleti

(Maschke, 2007: 27–28)

Az utolsó három társadalmi, az első pedig személyközpontú megközelítése a fogyatékoságnak.

- beszédben akadályozottság,
- teljesítmény- és viselkedészavar,
- halmozott fogyatékoság.⁹

A társadalmi megközelítés felveti azt a kérdését, hogy esetleg az AIDS-betegség nem lehetne-e fogyatékoság. Mivel a HIV-pozitívokat, illetve az AIDS-betegeket a társadalom megbélyegzi, a megbélyegzés pedig rendszeres hátrányokkal jár a munkavállalás, a lakhatás, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás vagy az adatvédelem terén, ezért egyes vélemények szerint az AIDS-betegeket a fogyatékos embereket általában megillető védelemben kell részesíteni. Az 1990-ben készült, A fogyatékossgal élő amerikaiakról szóló törvény* az AIDS-beteg és a HIV-pozitív embereket is besorolja a fogyatékos emberek közé azzal az indoklással, hogy „az ilyen ember ugyan nem károsodott, a munkaadó azonban úgy kezeli, mintha lényeges korlátozást jelentő károsodása lenne.” (TASZ: 3)

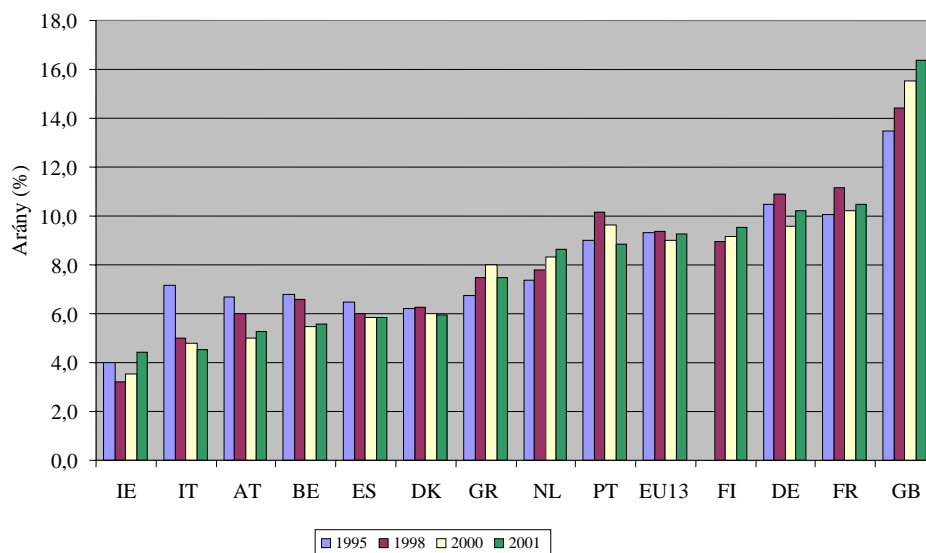
A fogyatékossg fogalmának potenciális kiterjesztése az AIDS-betegekre mindenesetre felveti annak a kérdését, hogy esetleg nem lehetne-e mindenfajta másságot fogyatékossgként meghatározni? Hisz ugyanúgy hátrányt szenvedhetnek a társadalomban a túlságosan kövér vagy a kórosan sovány emberek, a súlyos betegségben szenvedők. Egyértelműen előnytelen az ember társadalmi megítélése és normális működése szempontjából a csúnyaság is (felvethető például a Csúnya Emberek Társasága, a CSET megalakítása is), ahogy a túlságosan magas vagy alacsony, vagy épp a börtönviselt emberek is joggal berzenked(het)nek társadalmi kirekesztettségük miatt. Emellett természetesen a kiemelkedő képességekkel bírók, a zsenik is joggal mondhatják, hogy a társadalom nem érti meg őket, nem képesek megfelelő munkát és szórakozást találni. S mi van a „csupán” nagyon jó képességekkel megáldott emberekkel? Az ő lehetőségeiket nem kellene-e visszanyesni annak érdekében, hogy valóban a többiekkel egyenlő esélyekkel bírjanak? Mindezek a kérdések természetesen részben költőiek, de mindenesetre rámutatnak arra, hogy a társadalom befogadóképessége mellett az ember alkalmazkodóképessége, a társadalom „másságának” elfogadása is hasonlóképp fontos annak érdekében, hogy valóban harmonikus együttélés valósulhasson meg emberek és emberek között. Ennek egyik alapvető felismerése kell legyen, hogy a minden ember mássága valójában mindenki azonosságát teremti meg: a másság alapján senki nem húzhatja ki magát a közös kötelezettségek teljesítése alól, senki nem tekintheti úgy, hogy neki kivételezett helyzete van a világban. A diskurzus mindenesetre rámutat arra, mennyire fontos a fogyatékossg meghatározása például akkor, amikor országok statisztikai adatait kívánjuk összehasonlítani:

A fogyatékos emberek népességén belüli arányának alakulása néhány országban (Maschke, 2007: 70; az USA-ban 2001-ben 43 millió fogyatékos ember élt, azaz minden hetedik polgár fogyatékos volt).

9 Ld. például 1993. évi LXXIX. törvényt a közoktatásról, 121. § (1) 29/a-b.

* A törvény az Amerikai Egyesült Államokra vonatkozik – az olvasószerk.

1. DIAGRAM



A fogyatékos ember meghatározásához szorosan kapcsolódik a *megváltozott munkaképességű ember* fogalma, amit a különféle jogszabályok és szabályozó anyagok más- és másképp, akár teljesen eltérő megközelítéssel határoznak meg.¹⁰ Legtöbbször a baleset tényére hivatkoznak, tehát a megváltozott munkaképesség organikus, egészségügyi eredetű fogalom, aminek megállapítása

10 A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény inkább környezeti, társadalmi megközelítést alkalmaz: „58. § (5) m) 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.” Ezzel szemben a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról szóló 177/2005. (IX. 2.) kormányrendelet 2. § e) pontja szerint „e) megváltozott munkaképességű munkavállaló: az a munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállaló, ea) akinek a munkaképesség-csökkenési mértéke – 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 igazolása szerint – legalább az 50 százalékot eléri, vagy eb) aki a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 23. §-a (1) bekezdésének a) pontja alapján látási fogyatékosnak minősül, vagy ec) aki külön jogszabály szerint súlyos értelmi fogyatékosnak minősül és erre tekintettel a magán-személyek jövedelemadójáról szóló külön törvény szerint adóalapot csökkentő kedvezmény igénybevételeire jogosult, vagy ed) aki siket vagy súlyosan nagyothalló, halláskárosodása audiológiai szakvélemény szerint a 60 decibel hallásküszöb értékét eléri vagy meghaladja, vagy ee) aki a súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési kedvezményeiről szóló külön jogszabály szerint súlyos mozgáskorlátozottak minősül, ef) akinek esetében az ea)–ee) pontokban felsorolt egészségkárosodás, illetőleg fogyatékoság nem állapítható meg, azonban az OOSZI szakvéleménye szerint jelenlegi munkakörében vagy tanult foglalkozásában, illetőleg más munkakörben vagy foglalkozás keretében, személyre szóló rehabilitáció megvalósításával tovább foglalkoztatható;” Ehhez hasonlóan inkább orvosi jellegű megközelítést alkalmaz A megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjának, továbbá az akkreditált munkáltatók ellenőrzésének szabályairól szóló 176/2005. (IX. 2.) kormányrendelet a 2. § ha) – hf) pontban.

Magyarországon az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: ORSZI) kompetenciája. Az esélyegyenlőség megvalósítása terén előrébb járó országokban nem tesznek különbséget a két fogalom között (ld. a táblázatot a függelékben), ahogy hazánkban is igen nehézkes a szétválasztásuk. Különösen igaz ez idős korban, amikor az emberek munkaképességével a társadalom jellemzően már nem foglalkozik.

Mindazonáltal, mivel a fogalom igen széleskörűen elterjedt, s e jegyzetben is többször szerepel, szükséges egy társadalmi, esélyegyenlőségi megközelítésből kiinduló meghatározást alkotni, amely közel áll az ILO (International Labour Organisation, Nemzetközi Munkaügyi Szervezet) 159. számú egyezményében (az 1983-ban Genfben elfogadott 159. számú egyezmény a foglalkozási rehabilitációról és a foglalkoztatásról) is megfogalmazott definíciójához:

A „megváltozott munkaképességű személy” kifejezés olyan egyént jelent, akinek alkalmas munka vállalására, megtartására és az abban való előrehaladásra vonatkozó kilátásai valamely megfelelően megállapított testi vagy értelmi károsodás miatt lényegesen csökkentek.” (ILO-egyezmény 1. rész 1. cikk 1.)¹¹

Hazánkban a fogyatékos embereket jelenleg minden esetben egyben megváltozott munkaképességű embereknek tekintik, viszont ez fordítva nem igaz. A gyakorlatban a fogyatékos emberek körén kívül esnek például a tartósan betegek (a cukor-, a vese-, a szív-, a pszichiátriai stb. betegek stb.) és a végtaghiányos vagy az amputált emberek. A fogyatékos, a megváltozott munkaképesség és a tartós betegség fogalma különösen idős korban veszíti el eredeti értelmét, hiszen halálához közeledvén szinte mindenki tartósan beteg, alig dolgozik, s folyamatos segítségre szorul életvitelében.

1.1.2. NORMALIZÁCIÓ, INTEGRÁCIÓ

A *normalizáció* azt jelenti, hogy a fogyatékos embernek joga van ahhoz, hogy életkorának megfelelően lehetősége legyen mindarra, ami a társadalom minden más tagjának is sajátja. A fogyatékos emberek számára tehát a nekik megfelelő és a társadalmi gyakorlat szerint mások számára is megszokott életkörülmények váljanak elérhetővé (munka, közösség, biztos jövedelem).

A normalizációhoz kapcsolódó fogalom az integráció, ami a fogyatékos és az ép emberek közösségét, a fogyatékos emberek betagozódását jelenti az ép emberek társadalmába. Annyiban már elavult fogalomról van szó, hogy befogadó társadalomban nem csupán a fogyatékos emberek alkalmazkodnak, hanem maga az ép társadalom is úgy alakítja szerkezetét, hogy az a fogyatékos emberek számára is teljes mértékben élhető legyen. Különböző diskurzusokban sokféle jelzővel illetik az integráció fogalmát (funkcionális, részleges, spontán,

11 A megfogalmazást szinte szó szerint átvette az 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról: „58. § (5) m) megváltozott munkaképességű személy: aki testi vagy szellemi fogyatékos, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahelymegtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek. Ettől eltérően a 41/A. § alkalmazása szempontjából a megváltozott munkaképességű személy fogalmát külön jogszabály határozza meg.”

helyi stb.), azonban véleményem szerint bármiféle jelző, szűkítés alkalmazása az egész fogalom lényeges elvesztését is jelenti.

1.1.3. ÖNÁLLÓ, ÖNRENDELKEZŐ ÉLETVITEL

„Az önálló, önrendelkező életvitel azt jelenti, hogy az egyén élete a saját döntésén alapul. A fogyatékossgal élő személy előre eltervezett időbeosztással, cselekvési sorrenddel meghatározza akár egy napra, akár egy hétre, akár egy évre előre a saját életvitelét. Úgy gondolom, ahhoz, hogy egy ember alkalmas legyen az önálló életvitelre, ahhoz határozott elképzeléssel kell rendelkeznie a saját életére vonatkozóan.” (Házi – Kedl (szerk.) 2002: 12) Ezt a megfogalmazást egy súlyos fogyatékossgal élő ember, a magyarországi fogyatékossgügyi mozgalom azóta sajnós elhunyt kiemelkedő alakja, Zalabai Gábor adta még 1999-ben. S valóban, az önálló fogyatékos ember a saját sorsa irányítását maga veszi kézbe, mivel ő tudja a legjobban, mire van szüksége.

Az önálló, önrendelkező életvitel ismérvei:

- integráció,
- döntési jog,
- a választás joga,
- az adott társadalmi és gazdasági viszonyok figyelembevételével meghatározott a fogyatékossgból eredő esélyhátrányok kompenzálása,
- normalizáció,
- fogyasztói szemlélet,
- az egyenlő hozzáférést biztosító akadálymentes környezet.

Amint látjuk, az önellátási képesség nem feltétele az önállóságnak és az önrendelkezésnek, hiszen az adottság, amit hiánya esetén épp az önállósággal lehet szükség esetén megteremteni.

1.1.4. REHABILITÁCIÓ

Az ENSZ Alapvető szabályok alapján a *rehabilitáció* fogalma arra a folyamatra utal, amelyben a fogyatékossgal élő embereket képessé teszik arra, hogy elérjék és fenntartsák optimális fizikai, érzékszervi, értelmi, pszichés, illetve társadalmi funkcióik szintjét, így pl. ellátják őket azokkal az eszközökkel, amikkel nagyobb függetlenséget érhetnek el. A rehabilitációhoz tartozhatnak intézkedések bizonyos funkciók biztosítására vagy helyreállítására, illetőleg egy bizonyos funkció elvesztésének vagy hiányának, esetleg bizonyos funkciók korlátozottságának kompenzálására. A rehabilitációs folyamatnak nem része a kezdeti orvosi ellátás, ami az egészségi állapot stabilizálására irányul, viszont része lehet a rehabilitációs folyamat közben történő orvosi, egészségügyi ellátás, ha később használható ismereteket, készségeket ad át. Hozzá tartozik az intézkedések és a tevékenységek széles köre az általános rehabilitációtól a célorientált szaktevékenységekig. (ENSZ Standard Rules. Bevezetés, 23. pont)

A *komplex rehabilitáció* az egyént egészében tekinti, s a különféle célorientált szakmai tevékenységek együttműködését jelenti. Részei a következők:

- mozgásterápia (benne az önellátási képességek elsajátítása),
- mentálhigiénés rehabilitáció,
- képzési rehabilitáció (oktatás és képességfejlesztés),
- szociális rehabilitáció,
- foglalkozási rehabilitáció.

A rehabilitáció bizonyos értelemben már túlhaladott fogalom, mivel az önálló-önrendelkező fogyatékos ember – akár segítséggel is – de saját maga tudja, mire van szüksége, s ezért ő maga dönti el, milyen rehabilitációs vagy segítő szolgáltatásokat vesz igénybe. Magyarországon azonban – a rehabilitációs szolgáltatások hiánya miatt – még hosszú ideig szükség lesz komplex rehabilitációs szolgáltató intézményekre.

1.1.5. ESÉLYEGYENLŐSÉG

Az 1993-ban az ENSZ által elfogadott Alapvető szabályok (Standard Rules) szerint „Az »esélyegyenlőség biztosítása« azt a folyamatot jelenti, amely által a társadalom különböző rendszerei és a környezet, így a szolgáltatások, a tevékenységek, az információk és a dokumentációk mindenki, de különösen a fogyatékosággal élő emberek számára hozzáférhetőkké válnak.” (ENSZ, 1994)

Az esélyegyenlőség legfontosabb eleme a foglalkoztatás. Az Európai fogyatékosügyi kongresszus nyilatkozata (Madrid, 2003) a következőt állapította meg: „külön erőfeszítéseket kell tenni annak érdekében, hogy javuljon a fogyatékosággal élő emberek hozzáférése a munkahelyekhez, lehetőleg a szabad munkaerőpiacon. Ez az egyik fontos módja a fogyatékosággal élő emberek társadalmi kirekesztettsége elleni harcnak, valamint önálló életvitelük és méltóságuk elősegítésének.” A Magyar Köztársaság alkotmányának 70/A. § (3)-a pedig a következőképp fogalmaz: „A Magyar Köztársaság a jogegyenlőség megvalósulását az esélyegyenlőtlenségek kiküszöbölését célzó intézkedésekkel is segíti.” Mindazonáltal Magyarországon az 1990-es évek közepéig nem történt összehangolt társadalmi intézkedés a fogyatékos emberek esélyegyenlőségének megteremtése, munkaerő-piaci hátrányainak csökkentése érdekében. E témában született ugyan néhány rendelet, de sem az érintettek esélyegyenlőségét biztosító törvényt, sem a rehabilitációt átfogóan szabályozó joghárteret nem dolgoztak ki. A megjelent rendelkezések végrehajtása pedig legfeljebb az anyagi kompenzáció szintjéig jutott. Nem épült ki a foglalkozási rehabilitáció intézményrendszere, módszertani háttere, finanszírozási bázisa és sok esetben ellenérdekeltséget teremtő anomáliák sora jellemezte a foglalkoztatás elősegítését célzó támogatási rendszereket.

A fogyatékos emberek esélyegyenlőségét 1998-tól deklarálja külön jogszabály Magyarországon az ún. fogyatékosügyi törvényben. A törvény, illetve az ahhoz kapcsolódóan megalkotott 100/1999 (XII. 10.) országgyűlési határozat,

az ún. Országos Fogyatékosügyi Program célkitűzésésként rögzíti, hogy „A fogyatékossgal élők számára is biztosítani kell az integrált munkavégzés lehetőségét, melynek feltételeit a munkaadó köteles megteremteni. Ha az érintett állapota miatt nem képes a fenti módon munkát vállalni, gondoskodni kell számára védett munkahelyről.”

Az Országos Fogyatékosügyi Program feladatainak megvalósulása az utóbbi években gyorsult fel igazán, bár még mindig igen nagy elmaradásban van az akkor kitűzött határidőktől. Néhány programpont:

- akadálymentesítés,
- tömegközlekedés biztosítása,
- komplex minősítő rendszer kiépítése,
- pályaválasztás, a pályakorrekciós tanácsadás fejlesztése, pályaalalmassági és munkaalkalmassági vizsgálatok kiépítése,
- atipikus foglalkoztatás feltételeinek kidolgozása, ösztönzése (ez még ma sem működik),
- a munkáltatók rehabilitációs foglalkoztatásával kapcsolatos feladatainak újraszabályozása,
- a védett foglalkoztatás szervezeti kereteinek, funkcióinak, támogatás feltételeinek kidolgozása.

A másik, hasonlóan fontos elem az egyenlő esélyű hozzáférés (ld. később).

1.1.6. DISZKRIMINÁCIÓ

A *diszkrimináció* a megkülönböztetést jelenti. Általában negatív értelemben használjuk (hátrányos megkülönböztetés), de létezik pozitív diszkrimináció, tehát előnyös megkülönböztetés is.

A fogyatékossg alapján történő hátrányos megkülönböztetés „a fogyatékossgon alapuló bármilyen különbségtételt, kizárást vagy korlátozást jelent, amelynek célja vagy hatása valamennyi emberi jog és alapvető szabadság másokkal azonos alapon történő elismerésének, élvezetének vagy gyakorlásának csorbítása vagy semmibe vétele a politikai, a gazdasági, a szociális, a kulturális, a civil élet terén, vagy bármely egyéb területen. Ez a hátrányos megkülönböztetés minden formáját magában foglalja, egyebek között az ésszerű alkalmazkodás megtagadását.”¹²

A magyar alkotmány kifejezetten utal pozitív diszkriminációs lehetőségekre, például amikor előírja, hogy az anyáknak a gyermek születése előtt és után külön rendelkezések szerint támogatást és védelmet kell nyújtani.¹³

A Magyar Alkotmánybíróság véleménye az alkotmány 70/A. § (1), megkülönböztetés-mentességről szóló bekezdésének értelmezésével kapcsolatban:

12 A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény 2. cikk.

13 Az esélyegyenlőségről ld. a Wikipédián a pozitív diszkriminációról szóló szövegrész: http://hu.wikipedia.org/wiki/Pozit%C3%ADV_diszkrimin%C3%A1ci%C3%B3.

„... a diszkrimináció tilalma nem jelenti azt, hogy minden még a végső soron nagyobb társadalmi egyenlőséget célzó megkülönböztetés is tilos. ...ha valamely – alkotmányba nem ütköző – társadalmi cél vagy valamilyen alkotmányos jog csakis úgy érvényesíthető, hogy a legszűkebb értelemben vett egyenlőség nem valósítható meg, akkor az ilyen pozitív diszkriminációt nem lehet alkotmányellenesnek minősíteni.” (A diszkrimináció jogi megközelítése, 2008: 5) Ez a cikkely ugyanakkor nem általános diszkrimináció-ellenes rendelkezés, mert csak az alkotmányos jogok vonatkozásában tiltja meg a diszkriminációt. Benne van azonban annak a lehetősége, hogy a bíróságok kiterjesztően értelmezzék. Mindazonáltal a diszkriminációellenes harc egyik legfontosabb eleme az alkotmányban rögzített jogok maradéktalan betartatása.

A 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról diszkriminációnak minősíti a következőket:

„8. § közvetlen hátrányos megkülönböztetés az olyan rendelkezés, amelynek eredményeként egy személy vagy csoport valós vagy vélt

- a) neme,
- b) faji hovatartozása,
- c) bőrszíne,
- d) nemzetisége,
- e) nemzeti etnikai kisebbséghez való tartozása,
- f) anyanyelve,
- g) fogyatékosága,
- h) egészségi állapota,
- i) vallási vagy világnézeti meggyőződése,
- j) politikai vagy más véleménye,
- k) családi állapota,
- l) anyasága (terhessége) vagy apasága,
- m) szexuális irányultsága,
- n) nemi identitása,
- o) életkora,
- p) társadalmi származása,
- q) vagyoni helyzete,
- r) foglalkoztatási jogviszonyának vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyának részmunkaidős jellege, illetve határozott időtartama,
- s) érdekképviselőhöz való tartozása,
- t) egyéb helyzete, tulajdonsága vagy jellemzője miatt részesül más, összehasonlítható helyzetben levő személyhez vagy csoporthoz képest kedvezőtlenebb bánásmódban.

9. § Közvetett hátrányos megkülönböztetésnek minősül az a közvetlen hátrányos megkülönböztetésnek nem minősülő, látszólag az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő rendelkezés, amely a 8. §-ban meghatározott tulajdonságokkal rendelkező egyes személyeket vagy csoportokat más, összehasonlítható helyzetben lévő személyhez vagy csoporthoz képest lényegesen nagyobb arányban hátrányosabb helyzetbe hoz.”

Az Amerikai Egyesült Államokban a pozitív diszkriminációt (affirmative action) az 1960-as évek vége óta alkalmazzák a szövetségi közigazgatásban a különféle okok miatt korábban jogilag hátrányos helyzetbe került társadalmi csoportokkal, így az afro-amerikaiakkal, a nőekkel, a spanyolajkúakkal, az őslakosokkal és esetenként az ázsiaiakkal kapcsolatosan. A fogyatékossgal élő amerikaiakról szóló törvény (Americans with Disabilities Act, 1990) elfogadása óta a fogyatékossgal élő egyesült államokbeli emberek érdekében is használandó a pozitív diszkrimináció az élet minden területén.

1.1.7. ÉSSZERŰ ALKALMAZKODÁS

Az *ésszerű alkalmazkodás* (reasonable accomodation) az ENSZ A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény 2. cikke szerint „az elengedhetetlen és megfelelő módosításokat és változtatásokat jelenti, amelyek nem jelentenek aránytalan és indokolatlan terhet, és adott esetben szükségesek, hogy biztosítsák a fogyatékossgal élő személy alapvető emberi jogainak és szabadságainak a mindenkit megillető, egyenlő mértékű élvezetét és gyakorlását.” (ENSZ, 2006) Az ésszerű alkalmazkodás elve annak a felismerése, hogy a fogyatékos emberek jogainak érvényesülése és érvényre juttatása nem jelenthet aránytalanul nagy terhet sem a társadalom egésze, sem egyes egyének számára. Az elv alkalmazása eredményeképp például nincs szükség a műemlék épületek teljeskörű akadálymentesítésére, hiszen azok egyrészt eredetileg nem úgy épültek, másrészt csak aránytalanul nagy költségek árán lenne lehetséges ez.

1.1.8. ALAPVETŐ EMBERI JOGOK

Az *alapvető emberi jogok* gyakorlása fontos tényező a fogyatékos emberek esélyegyenlősége megteremtésében. A jogokra igen gyakran történik hivatkozás esélyegyenlőségi kérdésekben, s jelenleg az egyik legfontosabb iránya és eszköze a fogyatékos emberek mozgalmainak. A fogyatékossgal társadalmi megközelítésében is nagy szerepet játszik a fogyatékos emberek elidegeníthetetlen jogainak felismerése.

Az emberi jogok egyik legalapvetőbb gyűjteménye az ENSZ Emberi jogok egyetemes nyilatkozata, amely a következő általános emberi jogokat határozza meg (ENSZ, 1948):

- jog az élethez, szabadsághoz és biztonsághoz,
- jog a művelődéshez,
- jog a kulturális életben való részvételhez,
- jog a magántulajdonhoz,
- védelem a kínzás, a kegyetlen, embertelen bánásmód és büntetés elől,
- a gondolat, a lelkiismeret és a vallás szabadsága,
- a vélemény és a véleménynyilvánítás szabadsága.

A magyar alkotmány – összhangban a nemzetközi normákkal – a következő emberi jogokat határozza meg (1949. évi XX. törvény 54–70. §):

- az élethez és az emberi méltósághoz való jog,
- a szabadságra és a személyi biztonságra való jog,
- a megfelelő bírósági eljáráshoz való jog,
- a bíróság előtt mindenki egyenlő,
- az ártatlanság vélelme,
- a jogorvoslati jog,
- a szabad mozgás és a tartózkodási hely szabad megválasztásának joga,
- a jó hírnévhez, a magánlakás sérthetetlenségéhez, valamint a magántitok és a személyes adatok védelméhez való jog,
- a gondolat, a lelkiismeret és a vallás szabadságához, valamint annak gyakorlásához való jog,
- a szabad véleménynyilvánításhoz, a közérdekű adatok hozzáféréséhez és terjesztéséhez való jog,
- a békés gyülekezés joga,
- egyesülési jog,
- panasztételi jog,
- menedékjog,
- a nemzeti és az etnikai kisebbségek képviseleti joga,
- állampolgársághoz való jog,
- választási és választhatósági jog,
- jog a munkához, a munka és a foglalkozás szabad megválasztásához,
- jog a pihenéshez, a szabadidőhöz és a rendszeres fizetett szabadsághoz,
- sztrájkjog,
- a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog,
- a szociális biztonsághoz való jog öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibán kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén,
- a művelődéshez és a művelődés gyakorlásához való jog.

Ezek természetesen minden emberre kiterjedő jogok. Vannak azonban közöttük olyanok, amelyek különösen is fontosak a fogyatékosággal élő emberek szempontjából:

- az élethez és az emberi méltósághoz való jog,
- a szabad mozgás és a tartózkodási hely szabad megválasztásának joga,
- a jó hírnévhez, a magánlakás sérthetetlenségéhez, valamint a magántitok és a személyes adatok védelméhez való jog,
- panasztételi jog,
- jog a munkához, a munka és a foglalkozás szabad megválasztásához,
- a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog,
- a szociális biztonsághoz való jog öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén.

A fogyatékoság társadalmi, emberi jogi megközelítése gyakran kézzel fogható útmutatóul szolgál a közösségi politikák megítélésékor. Például a nagy intézmények lebontása (kítacolás, deinstitutionalizáció) egyértelműen emberi jogi kötelesség mellett, hogy természetesen szolgál „humánus” célokat is.

1.2. A fogyatékosággal kapcsolatos legfontosabb dokumentumok ismertetése

A fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlősége kapcsán több olyan nemzetközi és hazai jogi normát fogalmaztak meg, amelyek elismert hivatkozási alapul szolgálnak a joggyakorlásban és a fogyatékosággal kapcsolatos tudományos diskurzusban.

1.2.1. AZ ENSZ-NEK A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK JOGAIRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNYE ÉS AZ AHHOZ VEZETŐ ÚT

A fogyatékos emberek esélyegyenlőségéért végzett munka talán legfontosabb eredménye az Egyesült Nemzetek Szervezetében *A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény* és az ahhoz kapcsolódó *fakultatív jegyzőkönyv* elfogadása, amire 2006. december 13-án került sor.

Az egyezmény közel 650 millió fogyatékosággal élő embert érint, s elfogadásához meglehetősen hosszú út, több évtizedes folyamat vezetett. A hatvanas évek végén a fogyatékosággal élő emberek szervezetei egyes országokban kezdték kialakítani a fogyatékoság új felfogását, azt, hogy milyen szoros kapcsolat áll fenn a fogyatékosággal élő emberek korlátozott lehetőségei, valamint környezetük felépítése és szerkezete, valamint a társadalom általános hozzáállása között. Az ENSZ és más nemzetközi szervezetek hosszú időn át nagy figyelmet szenteltek a fogyatékosággal élő emberek jogainak. 1981-nek, a rokkantak nemzetközi évének¹⁴ legfontosabb következménye a fogyatékosággal élő emberekre vonatkozó nemzetközi akcióprogram volt, amelyet az ENSZ-közyűlés 1982. december 3-án fogadott el. Hangsúlyozta a fogyatékosággal élő emberek jogát arra, hogy hozzájuthassanak ugyanazokhoz a lehetőségekhez, mint bármely más polgár, és hogy egyenlően részesedjenek a gazdasági és a társadalmi fejlődés eredményeként létrejövő életkörülményekből. Először határozták meg a hátrányos helyzetet, mint a fogyatékosággal élő emberek és környezetük között fennálló viszony függvényét. Az 1983 és 1992 közötti időszakot az ENSZ a rokkantak évtizedének nyilvánította.¹⁵ Ennek félidejében, 1987-ben Stockholmban tartották az akcióprogram végrehajtásának ellenőrzését célzó szakértői találkozót. A találkozón javasolták, hogy az ENSZ közgyűlése hívjon össze egy különleges konferenciát, ahol megszövegeznek egy nemzetközi egyezményt a fogyatékosággal élő emberek jogainak elismerésére és a

14 Ma talán már inkább a fogyatékosággal élő emberek nemzetközi évének fordítanánk.

15 Ma már talán szerencsésebb lenne magyarul a fogyatékosággal élő emberek évtizedének hívni.

fogyatékosággal élő emberekkel szembeni mindenfajta diszkrimináció megszüntetésére. Az egyezmény vázlatát Olaszország készítette elő és terjesztette a közgyűlés elé annak 42. ülészakán, de sem akkor, sem a 44. ülészakon nem született egyetértés arról, hogy szükség van-e erre az egyezményre, mivel több tagállam véleménye szerint a létező emberi jogi dokumentumok ugyanazokat a jogokat garantálták a fogyatékosággal élő személyeknek, mint mindenki másnak. Az ENSZ közgyűlésének tanácskozásait követve a Gazdasági és Szociális Tanács 1990-ben végre egyetértésre jutott, hogy szükség van nemzetközi dokumentumra a témában. A létrehozott nyílt ad hoc munkacsoport célja volt, hogy dolgozza ki a fogyatékosággal élő gyerekek, fiatalok és felnőttek esélyegyenlősége biztosításának alapszabályait, szoros együttműködésben a szakosított szervezetekkel, más kormányzati, kormányközi és nem kormányzati szervezetekkel, különösen a fogyatékosággal élő emberek szervezeteivel. A fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályait a fogyatékosággal élő emberek évtizede idején szerzett tapasztalatok alapján dolgozták ki. Alapjául szolgált Az emberi jogok nemzetközi alaptörvénye, Az emberi jogok egyetemes nyilatkozata, a gazdasági, szociális és kulturális jogokra vonatkozó nemzetközi megállapodás, az állampolgári és politikai jogokra vonatkozó nemzetközi megállapodás, a gyermekek jogaira vonatkozó nemzetközi megállapodás, a nők elleni diszkrimináció minden megnyilvánulásának megszüntetéséről szóló megállapodás, valamint A fogyatékosággal élő emberekre vonatkozó világszintű akcióprogram. A fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai c. dokumentumot 1993-ban fogadta el az ENSZ 48. közgyűlése, s egészen A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény megjelenéséig a legfontosabb támpontként szolgált a fogyatékosággal kapcsolatos diskurzusokban. (ENSZ, 1993: Bevezetés)

A 2006-ban elfogadott, A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény nem új jogokat határoz meg, hanem koherens módon fogalmaz meg tilalmakat az élet valamennyi területén a hátrányos megkülönböztetés minden formáját illetően, egyenlő módon biztosítva a fogyatékos emberek számára a minél teljesebb értékű élethez való jogokat és jogosultságokat. Az egyezményt és a jegyzőkönyvet az Egyesült Nemzetek Szervezetének közgyűlése által létrehozott, *A fogyatékosággal élő személyek jogainak és méltóságának védelméről és elősegítéséről szóló átfogó és teljes nemzetközi egyezmény* elkészítéséért felelős ad-hoc bizottság készítette elő, aminek munkájában magyar részről Könczei György és Gombos Gábor vett részt. A Magyar Köztársaság törvényhozása 2007. június 25-én tartózkodás és ellenszavazat nélkül fogadta el a kihirdetésről szóló törvényjavaslatot, így Magyarország volt a világon az első állam, amely mind az egyezményt, mind a fakultatív jegyzőkönyvet ratifikálta.

Az egyezmény célja „valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes és egyenlő gyakorlásának előmozdítása, védelme és biztosítása valamennyi, fogyatékosággal élő személy számára, és a velük született méltóság tiszteletben tartásának előmozdítása.”

Az egyezmény alapelvei a következők:

- a veleszületett méltóság, az egyéni autonómia tisztelete, beleértve a saját döntés szabadságát és a személyek függetlenségét,
- a hátrányos megkülönböztetéstől való mentesség,
- teljes és hatékony társadalmi részvétel és befogadás,
- a fogyatékossgal élő emberek különbözőségének tisztelete és elfogadásuk az emberi sokszínűség, valamint az emberiség részeként,
- esélyegyenlőség,
- hozzáférhetőség,
- a nők és a férfiak közötti egyenlőség,
- a fogyatékossgal élő gyermekek formálódó képességeinek tisztelete, és a fogyatékossgal élő gyermekek identitásuk megőrzéséhez fűződő jogának tiszteletben tartása.

Az egyezmény megfogalmaz bizonyos általános kötelezettségeket az aláíró országok részére a fogyatékossgal élő emberek emberi jogainak érvényesítése érdekében (ENSZ, 2006: 3. cikk):

- meghoznak minden megfelelő jogalkotási, közigazgatási és egyéb intézkedést az egyezményben foglalt jogok végrehajtása érdekében,
- megtesznek minden megfelelő intézkedést, ideértve a jogalkotási lépéseket, a fogyatékossgal élő emberek hátrányos megkülönböztetését tartalmazó törvények, rendelkezések, szokások és gyakorlat módosítása vagy eltörlése érdekében,
- figyelembe veszik a fogyatékossgal élő személyek emberi jogainak védelmét és előmozdítását valamennyi politika és program során,
- tartózkodnak minden olyan cselekedetben és gyakorlatban való részvételtől, amely nem összeegyeztethető az egyezménnyel, és biztosítják, hogy a hatóságok és a közintézmények a jelen egyezménnyel összhangban tevékenykedjenek,
- minden megfelelő intézkedést meghoznak bármely személy, intézmény vagy magánvállalkozás által a fogyatékossgal alapján történő hátrányos megkülönböztetés felszámolása érdekében,
- kutatásokat és fejlesztéseket valósítanak meg vagy segítenek elő az egyetemesen tervezett áruk, szolgáltatások, eszközök és létesítmények vonatkozásában, az egyezmény 2. cikkében meghatározottak szerint, amelyek a lehető legkisebb változtatással és anyagi ráfordítással megfelelnek a fogyatékossgal élő személyek speciális igényeinek, elősegítve felhasználhatóságukat és használatukat, valamint elősegítik az egyetemes tervezést a szabványok és az irányelvek kidolgozása során,
- kutatásokat és fejlesztéseket valósítanak meg, vagy segítenek elő a fogyatékossgal élő személyek számára alkalmas új technológiák, (beleértve az információs és a kommunikációs technológiákat), a közlekedést, a mozgást segítő eszközök, készülékek és segédeszközök elérhetőségének és használata-

tának előmozdítására, elsőbbséget biztosítva az elérhető költséggel járó technológiáknak,

- hozzáférhető információkat biztosítanak a fogyatékossgal élő személyek számára a közlekedést segítő eszközökről, a készülékekről és a segédeszközökről, ideértve az új technológiákat, csakúgy, mint a segítség, a támogató szolgáltatások és szolgálatok más formáit,
- előmozdítják az egyezményben foglalt jogok oktatását a fogyatékossgal élő emberekkel foglalkozó szakemberek és alkalmazottak számára az e jogok által biztosított jobb segítség és szolgáltatás érdekében.

Az egyezmény végrehajtása során a részes államok vállalják a mindent velünk, semmit nélkülünk elv megvalósítását, tehát szorosan egyeztetnek a fogyatékossgal élő embereket képviselő szervezetekkel.

A továbbiakban az egyezmény szól a fogyatékossgal alapján történő bármilyen hátrányos megkülönböztetés tilalmáról és az ezzel kapcsolatos jogi védelemről. Az egyezmény különösen kiemeli a fogyatékossgal élő nők és gyermekek védelmének fontosságát.

Az egyezmény egyik nagy újítása az általános szemléletformálás, a tudatossg jelentőségének felismerése, valamint az egyenlő esélyű hozzáférés pontos kifejtése (8–9. cikk). A dokumentum újjól meg erősít már korábban megfogalmazott jogokat:

- az élethez,
- a törvény előtti egyenlőséghez és az igazságszolgáltatáshoz való hozzáféréshez,
- az egyén személyi szabadságához (mozgás- és állampolgári szabadság, önálló életvitel, szólás- és véleménynyilvánítási szabadság, az információhoz való hozzáférés),
- az egyén biztonságához (a kínzás, megalázás, a kizsákmányolás tilalma, integritás),
- a magánélethez és a családhoz
- való jogokat. Az egyezmény külön szól e jogok érvényesítéséről
- az oktatás,
- az egészségügy,
- a kulturális és a szabadidős tevékenységek,
- a rehabilitáció és a rehabilitáció,
- a munkavállalás és a foglalkoztatás,
- a szociális védelem és
- a közéletben való részvétel

területén. Fontos szempont továbbá az egyezményben a megfelelő információszolgáltatás a fogyatékossgal élő emberek életéről, valamint a dokumentum érvényesítésére és érvényesülésére vonatkozó jogi és intézményi garanciák meghatározása.

Az egyezményhez tartozó fakultatív jegyzőkönyvhöz az aláíróknak csupán egy része csatlakozott. A jegyzőkönyv ugyanis az egyezményt felügyelő, az

alírók által állami szinten vállalt kötelezettségek betartásáért felelős, a Fogyatékossgal Élő Személyek Jogainak Bizottsága nevű testület hatásköréről, az egyéni beadványok kezelésének módjáról szól, (ENSZ, 2006: 34. cikk), ami többek számára nem elfogadható.

Az egyezmény leginkább értelmezésre szoruló eleme a 12. cikk a törvény előtti egyenlőségről. Különösen annak 2. pontjának pontos megfogalmazása és értelmezése körül folytak heves viták, ugyanis ez a pont rendelkezik a jog- és/vagy cselekvőképességről.¹⁶ A cikk megfogalmazása során ugyanis voltak olyan aggodalmak, amelyek szerint a megfogalmazás, a „legal capacity” (ami magában foglalja a jogképességet és a cselekvőképességet, ugyanakkor jelenleg nincs rá egy magyar kifejezés) nem lesz képes adekvátan megoldani a mindennapi döntéshozatal során nagyobb támogatási igényű emberek (pl. az intellektuális fogyatékossgal élő személyek) gondjaira. Voltak olyan vélemények, amelyek bizonyos esetekben – szakmai indokokra hivatkozva – megtagadták volna e jogok érvényesítését, s ezzel az egyén személyiség- és cselekvőképességi jogát. Az egyezmény e pontjának megfelelő értelmezése azért is különösen fontos, mert sok országban – a római jogi hagyományokat követve – létezik a cselekvőképesség korlátozásának, akár teljes hiányának jogi lehetősége és az ehhez kapcsolódó védelmi, korlátozó intézmény, a gondnokság. Az aláírók számára az egyezmény – azonos értelmezés esetén – azonos jogszabályalkotást (és –gyakorlatot) ír elő, aminek megvalósítása nem egyszerű, ahogy azt a magyarországi Polgári Törvénykönyv legutóbbi módosítása során is tapasztaltuk.

1.2.2. A FOGYATÉKOSSGAL ÉLŐ AMERIKAIKRÓL SZÓLÓ TÖRVÉNY

A fogyatékos emberek polgárjogi mozgalma az Egyesült Államokban volt a leg-sikeresebb, ahol példaértékű polgárjogi törvény védi a fogyatékossgal élő embereket. Az 1990-ben elfogadott *A fogyatékossgal élő amerikaiakról szóló törvény* (Americans with Disabilities Act, ADA)¹⁷ kezdeményezése a fogyatékosközösségből indult ki, amely korábban a hagyományok szerint meglehetősen megosztott volt, s a különféle csoportok – például a testileg károsodott és az intellektuális fogyatékossgal élő emberek közösségei – között alig volt összetartás. Az egyesült államokbeli fogyatékos emberek szervezetei azonban erőfeszítéseket tettek, hogy egyesítsék az összes különféle fogyatékossgal élő embert, a kerekesszékekkel közlekedőktől az AIDS-betegekig.

Könczei a következőképp méltatja jogszabályt: „Igaz, hogy az antidiszkriminációt és az esélyegyenlősítés problematikáját 1977-ben a kanadai Emberi Jogok Törvénye oldotta meg modern módon először, a legteljesebb megoldást máig mégis az Amerikai Egyesült Államok produkálta (...) a »Fogyatékossgal élő amerikaiakról szóló törvény« (Americans with Disabilities Act), (...) az e századi események közül jelentőségét tekintve magasan kiemelkedik. Ugyanis

16 Az ezzel kapcsolatos véleményeket, dilemmákat ld. a Fogyatékossg és társadalom c. folyóirat 2009. évi 1. számának 44–57. oldalán, ahol két cikk is foglalkozik a témával.

17 A törvény az Amerikai Egyesült Államokra vonatkozik (az *olvszerk.*).

immár nemcsak a foglalkoztatás területén, hanem a telekommunikációban, a közlekedésben és a bárki által igénybe vehető szolgáltatások területén (szálláshelyek stb.) is megtiltja a hátrányos megkülönböztetést. Mérföldkő a jogszabály egyébeken mellett az akadályozott emberek harcai, az eredményes jogalkotás szempontjából is.” (Könczei, 2004: 128)

Az ADA mérföldkő jelentőségű tehát, mivel a fogyatékoság miatti diszkriminációt a faji és a nemi diszkriminációval azonos szintre helyezi. A jogszabály az élet minden területén tiltja a fogyatékoság alapján történő hátrányos megkülönböztetést. A fogyatékosággal élő emberek által elszenvedett diszkriminációval és más sérelmekkel kapcsolatos perekben hozott bírósági döntések megvilágítják a törvény tartalmát, és konkrétabbá teszik rendelkezéseinek következményeit.¹⁸

Az ADA szemlélete és bizonyos elemei megjelennek a legfontosabb magyarországi jogi normában, az ún. esélyegyenlőségi törvényben is.

1.2.3. A FOGYATÉKOS EMBEREK ESÉLYEGYENLŐSÉGÉRŐL SZÓLÓ TÖRVÉNY

Az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségének biztosításáról (ismertebb nevén az *esélyegyenlőségi törvény*) európai viszonylatban korán foglalkozott kifejezetten a fogyatékos emberek jogaival.¹⁹ A törvény értelmében az esélyegyenlőség megvalósítására kijelölt fő célterületek: az egészségügyi ellátás, az oktatás, a foglalkoztatás, a lakhatás és a kultúra. A jogszabály kifejezetten a fogyatékos élethelyzettel kapcsolatos többletköltségek kompenzálására vezette be a fogyatékosági támogatás fogalmát, amit a megfelelő igazolással rendelkező fogyatékos emberek kaphatnak, s ami kiváltotta a korábban csak a látássérült emberek számára folyósított vakok személyi járadékát. A törvény rendelkezett az Országos Fogyatékosügyi Tanács létrehozásáról is, amit döntő többségében kormányzati tisztségviselők, valamint a fogyatékosággal élő emberek szervezeteinek képviselői alkotnak. A törvény által életre hívott közalapítvány a fogyatékos emberek rehabilitációhoz való joga érvényesülésében játszik fontos szerepet. (1998. évi XXVI. törvény 19–25. §)²⁰

18 Két példa: A *Bragdon v Abbot* perben (1998) a Legfelsőbb Bíróság kijelentette, hogy a HIV-pozitív személyek az ADA értelmében védelmet élveznek, mivel kimerítik a „fő élettevékenységben való lényegi korlátozottság” fogalmát. Az 1999-es *Olmstead vs. L. C.* ügyben a Legfelsőbb Bíróság úgy döntött, hogy a fogyatékos embereknek joguk van ahhoz, hogy integrálódjanak a közösségbe. E döntés szerint az államnak a közösségben kell elhelyezést biztosítania azoknak a fogyatékos embereknek, akik képesek a közösségben élni. Tartalmazza a döntés azt a megállapítást is, hogy az intézményekben való szükségtelen elkülönítés diszkriminációnak számít. (TASZ)

19 A jogszabályért – a fogyatékos emberek ügyét előmozdító átfogó jogalkotása elismeréseként – 1999-ben Magyarország kapta a Franklin Delano Roosevelt-díjat. A jogszabály előkészítésében nagy szerepe volt Könczei Györgynek és Kogon Mihálynak. A törvény elfogadását a szerencsés politikai helyzet is segítette – a ciklus utolsó ülésnapján sikerült elfogadni a jogszabályt, utána nem sokkal már következtek az 1998-as országgyűlési választások. Az Európai Unió régi tagországainak antidiszkriminációs jogalkotását ld. a függelékben.

20 Fogyatékosok Esélye Közalapítvány, mai nevén Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, ld. www.fszk.hu.

A törvény az Országgyűlés feladatává tette, hogy programot határozzon meg az esélyegyenlőség megteremtéséhez szükséges rendelkezésekről az említett célterületeken. Az Országos Fogyatékosügyi Program fel kell tárja és be kell mutassa a fogyatékossgal élő emberek tényleges helyzetét és a társadalmi szemlélet kedvező irányú megváltoztatásához szükséges tennivalókat. (1998. évi XXVI. törvény 26. §)

A fogyatékos emberek esélyegyenlősége megjelenik az egyenlő bánásmódról szóló 2003-as törvényben is, amely kimondja, hogy bármiféle szerzett vagy veleszületett tulajdonság miatt tilos a hátrányos megkülönböztetés az emberek között (2003. évi CXXV. törvény 8. §. g) pont.). A jogszabály a hátrányos megkülönböztetéssel kapcsolatos ügyekben a bizonyítási terhet a közérdekű igényérvényesítésre kötelezettre hárítja abban, hogy valóban megtartotta, vagy az adott jogviszony tekintetében nem volt köteles megtartani az egyenlő bánásmód követelményét. (2003. évi CXXV. törvény 19. §.)

1.2.4. AZ ORSZÁGOS FOGYATÉKOSÜGYI PROGRAM

Az *Országos Fogyatékosügyi Programot* (OFP) 1999. december 10-én fogadta el az Országgyűlés, de létrehozását az esélyegyenlőségi törvény írta elő. Az OFP konkrét határidőket jelölt ki arra, hogy az esélyegyenlőségi törvény egyes területein meddig kell megvalósítani az egyes intézkedéseket. Követelményként szabja meg, hogy az önálló életre képes fogyatékos embereket helyezték át lakóotthonokba a társadalomtól elzárt, nagy bentlakásos intézetekből. A jogszabály felvázolja a fogyatékossgal kapcsolatos politikák főbb alapelveit, köztük a megelőzést, a különleges megoldások szűkítő alkalmazását, az integrációt és az önrendelkezés tiszteletben tartását. A program a pozitív diszkrimináció alkalmazását elengedhetetlennek tartja annak érdekében, hogy a társadalom a fogyatékossgal élő emberek számára egyenlő esélyeket nyújtson.

A 2006-ban elfogadott új Országos Fogyatékosügyi Program (10/2006. (II. 16.) OGY-határozat) a valamennyi esélyegyenlőségi célterületre, szolgáltatási ágazatra kiterjedő komplex megközelítést alkalmazva fogalmaz meg célkitűzéseket, feladatokat. Kiterjed a társadalmi szemlélet kedvező irányú befolyásolására, a társadalmi aktivitás előmozdítására, a foglalkozási aktivitás növelésére és a komplex rehabilitációs szolgáltatási rendszer kialakítására. A programba nem csupán a korábbi OFP határozatai kerültek bele, hanem figyelembe vették az Európai Unió és – élve a magyarországi közreműködők tapasztalataival – az akkor már már készüléfében levő-ENSZ egyezmény ajánlásait, szempontjait is. A programban foglalt célok elérése, a feladatok megvalósítása érdekében a kormány cselekvési tervet készített és adott ki az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007–2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervről szóló 1062/2007. (VIII. 7.) kormányhatározatban, amelyben évekre lebontva, konkrét felelősök és források megjelölésével 33 beavatkozási pontot határozott meg a végrehajtó szervek számára. Sajnos 2009-ig a program meg-

valósítása számos ponton nem teljesült, s – különösen a gazdasági világválság miatt – várhatóan nem is fog teljesülni a kitűzött határidőig.²¹

2. Fogyatékoságügy a mai magyarországi szociálpolitikában

A fogyatékoságügy mint meglehetősen új diszciplína és téma igencsak hányattott sorsú a hazai politikában. A rendszerváltás előtt – a szocialista „szociálpolitika” idején – a fogyatékos embereket tartós betegeként intézményekbe csukva elzárták a társadalomtól. Hivatalosan nem is létezett szociálpolitika, hiszen elvben nem is létezhetek olyan rászoruló csoportok, amikről gondoskodnia kellett volna az államnak. Így a fogyatékos emberek elsősorban egészségügyi intézményekben éltek egész életükben, s a velük való foglalatosság is elsősorban egészségügyi jellegű volt.

A szocializmus idején kialakult és megszilárdult intézményrendszert az 1993. évi III., ún. szociális törvény csak konzerválta. Mindazonáltal a jogszabály megteremtette a kifejezetten a fogyatékos emberek számára nyújtott, számukra a szokásos élethez való esélyt megteremtő szolgáltatásokat. S mivelhogy ez a jogszabály tette ezt először, ezért a fogyatékoságügy azóta is a szociális témákhoz tartozik, s a kormányzatok elsősorban a szociálpolitika eszközeivel kívánnak tenni a fogyatékosággal élő emberek érdekében. Formálisan ugyan a fogyatékos és a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása más jogszabályban szabályozott, mégis ezek az intézkedések is valójában és elsődlegesen jóléti kérdésként kezelik és a szociálpolitika eszközének tekintik a foglalkoztatást, s nem foglalkoznak azzal, hogy mi szolgálja a valóságban a fogyatékosággal élő ember integrációját, társadalmi részvételét.

21 „Sólyom László 2006. március 2-án megfontolásra visszaküldte az Országgyűlésnek az egyes esélyegyenlőségi tárgyú törvények módosításáról szóló törvényt, amely módosítja a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvényt, és a középületek akadálymentesítésére vonatkozóan új határidőket állapít meg. A középületek akadálymentesítésének 2004. december 31-i határidejét még 1998 áprilisában állapította meg az Országgyűlés. Ennek ellenére az akadálymentesítettség a határidő lejártá után több mint egy évvel is csak mintegy egyharmados készülségű. A törvény új, a fokozatos teljesítés elvére épülő rendszert állapít meg azzal, hogy a megvalósítás végső határideje a központi költségvetési szervek vonatkozásában 2010. december 31-e, a helyi önkormányzat által végzett, illetve feladatellátását biztosító közszolgáltatások esetében pedig 2013. december 31-e. Az államfő szerint a mindenkor Országgyűlés, kormány és az önkormányzati képviselő-testületek részére több mint hat és fél év állt rendelkezésre, hogy további jogalkotással és konkrét intézkedésekkel végrehajtsák ezt az állami kötelezettséget. A most elfogadott tartalmi módosítások az érintettek számára előnyösebbé tehetik a szabályozást, a lépcsőzetes és konkrétumokra épülő határidőrendszer pedig hatékonyabbá a teljesítést. Tény az is, hogy a szakszerű akadálymentesítés komoly anyagi ráfordítást igényel a költségvetés részéről, ez az ügy azonban elsősorban szemléletbeli kérdés. A már több mint egy éve lejárt hat és fél éves határidő végső soron újabb öt illetve nyolc évvel történő meghosszabbítása Sólyom László szerint aránytalan és méltatlan lenne, és jelentősen hátráltatná a fogyatékkal élők társadalmi integrációját. Ezért az államfő arra kérte az Országgyűlést, hogy vizsgálja felül az általa kifogásolt rendelkezéseket, és állapítson meg rövidebb határidőket a végső teljesítésre vonatkozóan.” A Köztársasági Elnöki Hivatal közleménye, 2006. március 2. A visszaküldött jogszabályt az Országgyűlés – legalábbis 2009. októberéig – azóta sem fogadta el.

A korábban már ismertetett esélyegyenlőségi törvény volt az, amelyik először tekintette emberi jogi, esélyegyenlőségi kérdésnek a fogyatékos emberekkel kapcsolatos politikákat. Ez volt az első olyan jogszabály, amely immár nem lesajnált betegként, az állam kegyelemkenyerén élő szegényként tekintett a fogyatékos emberekre, hanem elismerte jogaikat a szabad, normalizált élethez és ahhoz, hogy nem csupán a meglévő szociális intézményrendszer adhat számukra életlehetőségeket. Újabb, az ágazati (elsősorban egészségügyi- és szociál-) politikáktól független megerősítést a fogyatékosügy a Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvénnyel kapott.

A jogszabályokban rögzített elvek szintjén tehát a fogyatékosügy egyre inkább önálló szakpolitikaként, elsősorban esélyegyenlőségi, emberi jogi kérdésként jelenik meg. Mindazonáltal meg kell állapítani, hogy a mindennapi gyakorlatban érvényesülő és érvényesíthető jogokat és kötelezettségeket még meglehetősen áthatja a korábbi időszakokat jellemző paternalisztikus szemlélet. Ennek oka egyrészt az, hogy az említett új jogszabályok elsősorban elvi jelentőségűek, s vajmi kevés konkrétumot, intézkedést tartalmaznak. Másrészt az is kétségtelen tény, hogy hiányoznak azok a jogi garanciák, szankciók, amik az egymást követő kormányzatokat rábírnák a cselekvési tervekben megfogalmazott intézkedések valódi végrehajtására például az akadálymentesítés, vagy a nagy intézmények lebontása, a kitagolás területén.

Összességében elmondható tehát, hogy nem csupán elméletben, hanem a gyakorlatban is nehézkes a fogyatékos-sággal élő emberek számára szükséges szolgáltatásokat végezni, hiszen azok nem illeszkednek bele egyik jelenleg uralkodó és elfogadott ágazatba, területbe sem. Ahogy a fogyatékosügy interdiszciplináris terület, úgy annak gyakorlása is az. Kialakulatlan, részben lenézett, meg nem értett problémakör.

2.1. A szociálpolitika alapfogalmai

Mielőtt rátérnénk a tényleges eszközök ismertetésére, röviden érdemes szólni a szociálpolitika alapvetéseiről. Már Arisztotelész megfogalmazta, hogy az embernek zoon politikonnak, azaz a közösségben élő, közcselekvésre rendelt egyénnek kell lennie. Nem vonulhat ki a társadalomból, nem élhet a társadalom többi tagja nélkül, mivel felelőssége van a többiek iránt. Az embernek törődnie kell társaival. S míg korábban ez a törődés elsősorban egyéni kezdeményezésre, magánjellegű források felhasználásával történt, addig manapság már inkább a közösség végzi ezeket a feladatokat, részben intézményesült formában.

2.1.1. A SZOCIÁLPOLITIKA MEGHATÁROZÁSA

A tudományos lózungoktól kicsit elszakadva a szociálpolitika tulajdonképp a társadalomra, a társadalmi folyamatokra való odafigyelés, annak befolyásolásának folyamata, tudománya. Ez a folyamat sokféle lehet: elszigetelődés, elkülönülés, beolvadás-egyesülés, gazdagodás vagy szegénység stb.. Mindezeket a

folyamatokat a szociálpolitika sosem egyéneként, hanem mindig a csoportok, a közösségek szintjén érti amellet, hogy természetesen tekintettel van rá és együtt érez az egyes emberrel. Mindazonáltal alapvetően csoportos megoldásokat keres a társadalom értékrendje szerinti társadalmi szerkezet kialakítására, az egyes már meghatározott vagy épp formálódó csoportok helyzetének alakítására. S e megoldások nem mindig tekinthetők pozitívnak az adott csoport szemszögéből: gyakran a társadalom egészének érdeke azt kívánja, hogy egyes csoportok (ld. a gazdagok) helyzetén kifejezetten rontson akár abszolút (például jövedelemelvétel), akár relatív értelemben (a kisebbséggel kapcsolatban alkalmazott pozitív diszkrimináció például a többség számára negatív diszkriminációt jelent). A társadalmi problémák, jelenségek értelmezése és megoldási módzatok keresése ugyanakkor nem kizárólag a szociálpolitika feladata és privilégiuma. Ennek felelőssége az összes, a társadalommal foglalkozó tudományterületé.

Még mindig a nem tudományos magyarázatoknál maradvra érdemes felidézni a szociálpolitika szó hétköznapi jelentéseit. A szociálpolitika egyszerre lehet (Krémer, 2009: 115–116):

- a szegények, az elesettek megsegítésére irányuló tevékenységek köre,
- szűkebb kormányzati szakterület önálló vagy nem önálló, kizárólagos vagy nem kizárólagos miniszteriális képviseléssel és felügyelettel,
- tágabb kormányzati terület, amely magában foglalja a nemzetközi szervezetek által meghatározott „szociális védelmi rendszerek” (*social protection*) többi ágát, a foglalkoztatáspolitikát, a társadalombiztosítást (a nyugdíj-, a baleset- és az egészségbiztosítást) és még az egészségügy bizonyos területeit (pl. a rehabilitációt, a krónikus betegek ellátását) is,
- még tágabban mindazon területek összessége, amelyek közvetve vagy közvetlenül hatással vannak az emberek jólétére (oktatás, regionális politika, gazdaságfejlesztés, adópolitika stb.),
- egy tudományág.

Mindezek tisztázása azért is fontos, mert a szociálpolitika – mint amelynek meghatározása igencsak körülményes – számtalan kontextusban, fogalomkörben előkerül.

A szociálpolitika fogalmára a szakirodalomban többféle megközelítést találunk (Zombori, 1997):

- A *közigazgatási, leíró felfogás* egyszerűen összeírja azokat az eszközöket, amelyek segítségével a társadalom gondoskodik a rászorultakról, s ezek összességét tekinti a szociálpolitikának. Ez a felfogás a megszokott alrendszeren (gyermekvédelem, idősellátás, fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatások, szegények segélyezése, családok támogatása) túl a szociálpolitika részének tekinti az oktatást és az egészségügyet is. Ez utóbbi kettő ugyanis úgy is felfogható, mint amelyek a munkavégző és a jövedelemszerző képesség megszerzéséhez és helyreállításához kellene. A leíró felfogás szerint a rászoruló társadalmi csoportoknak speciális szükségleteik vannak, amiket a

közösség elsősorban nem piaci alapon működő intézmények segítségével elégíti ki.

- A *funkcionalista, konszenzust kereső megközelítés* azt hangsúlyozza, hogy a társadalomban létrejött intézmények a társadalmi egyensúly mindenkori biztosítása érdekében léteznek. Ha ezek között intézmények között megbomlik az egyensúly, akkor szükség van a szociálpolitika intézményeire, amik a társadalmi összhangot, a társadalmi békét újra megteremtik.
- A *strukturalista, konfliktusos megközelítés* az előbbihez hasonlóan gondolkodik, de másképp közelíti meg a kérdést. Eszerint a társadalom tele van szerkezeti jellegű ellentétekkel, amik nehezen elviselhető feszültségeket teremtenek, s így hozzák létre a szociálpolitika intézményeit. A küzdelem tehát nem csupán az intézmények létrehozásáért van, hanem az azokat finanszírozó forrásokért valamint a társadalom által elismert szükségletek megnevezéséért.
- Glennerster szerint a szociálpolitika intézményesülő jelenség, amely társadalmi cselekvési formákat ölt, s a hátrányok és az egyenlőtlenségek mérséklésére, de nem megszüntetésére való. Olyan intézményesült társadalmi cselekvés, ami az egyéni és a közösségi felelőségekre egyaránt épít.

Ferge Zsuzsa osztja Glennerster intézményi megközelítését, s úgy vélekedik, hogy a szociálpolitika elsősorban a piac kudarcaira ad válaszokat: szükségleteket elégít ki olyan embercsoportok számára, amelyek saját jövedelmükből ezt a piacon megvásárolni képtelenek lennének, vagy azért, mert nincs elegendő jövedelmük, vagy azért, mert nincsenek szolgáltatások. (Ferge, 1996: 4)

Magáról a szociálpolitikáról csupán a XIX. század első felétől beszélhetünk, amióta megjelentek az aktív, a központi állam által szervezett szolgáltatások a rászoruló emberek részére. Ma tehát a szociálpolitika elsősorban intézményesült szükséglet-kielégítő rendszer, amely forrásait az állami újraelosztás révén nyeri. Ehhez szükség van erős államra, ami az adókat beszedi. Az aktív szociálpolitika lehetőségét az ún. jóléti állam teremtette meg a XX. század közepén.

2.1.2. A JÓLÉTI ÁLLAM

A jóléti államnak mint a szociálpolitika kedvenc megnyilvánulásának megvizsgálása előtt szükség van a jólét fogalmának tisztázására (Krémer, 2009). A jólét gyakran szinonimája a jól-létnek, azaz a megelégtetésnek, a kielégültségnek. A szociálpolitikai szakirodalomban a jólét a közszolgáltatásoknak arra a körére utal, amelyek az emberekkel speciális élethelyzeteikben, vagy éppen speciális tulajdonságú, rászorultságú emberekkel foglalkozik. A jólét gyakran a kielégített (nem csupán anyagi) szükségletekkel jellemezhető élethelyzetet is jelent.

Az ilyen tartalmú jelzővel illetett *jóléti állam* a modern polgári társadalom és a tőkés gazdaság újkori, válságokkal kísért fejlődése során fokozatosan alakult ki. Meghatározása amiatt is nehéz, hogy országonként eltérő fogalmakkal illetik: Németországban a szociális állam, angolszász területeken jóléti állam,

Franciaországban pedig gondoskodó állam néven említik. Az elnevezések mellett további nehézséget jelent, hogy a jóléti állam nem előre eltervezett gondolat, hanem fokozatosan alakult ki a gazdasági válságok nyomán keletkezett szociális problémák hatására (pl. hosszú munkaidő, alacsony bérezés, női és gyermekmunka, rossz lakáskörülmények, munkanélküliség, a társadalombiztosítás hiánya, egészségügyi problémák, szegénység).

Az ún. jóléti rendszerek, a jóléti állam fejlődésének korszakai (Egresi 2006: 2–4):

1. Az első korszak az ipari kapitalizmus megjelenésétől (XVI-XVII. sz.) a XIX. sz. közepéig tartott. Ebben az időszakban a szociális problémák megoldásai csupán a *magán- és a közjótékonyosság* előmozdítására és a közrend fenntartására irányultak. A szociálpolitika szinte kizárólagos alanyai a szegények voltak, a szociális kérdés kezelése egyenértékű volt a szegénypolitikával. A szegénygondozás egyéni elbírálás alapján, s nem szerzett jogként működött. A cél olyan erkölcsös emberek kinevelése volt, akik nem lesznek szegények.
2. A második korszak (XIX. sz. vége – II. világháború vége) legfontosabb fejleménye a szociálpolitika szempontjából a *munkásmozgalom politikai erővé* szerveződése volt. A szociálpolitika legfontosabb alanyaivá a munkások váltak, akik egyrészt veszélyeztetettek voltak, másrészt veszélyesek is annyiban, hogy a politikai hatalom megragadására törekedtek. Az elemi létfenntartás mellett megjelentek az egyént és a munkavégzését hátrányosan befolyásoló kockázatok (baleset, betegség, időskor, árvaság, rokkantság, özvegység, munkanélküliség) is, mint a baloldali pártok által leginkább tárgyalt témák. Ehhez az időszakhoz köthető az első társadalombiztosítási rendszerek kialakulása, alapja a bennük részt vevők biztosítási jogviszonya. A korszak fontos eseménye volt az 1929-33-as gazdasági világválság, aminek nagy felismerése az állami szerepvállalás radikális növekedése volt a gazdaságban. A korszak radikális „vadhajtásának” bizonyult a kommunista (szovjet) kísérlet, ami az állam számára a gazdaság totális felügyeletét hozta.
3. A tényleges *jóléti állam* kiépülését a II. világháború végétől az 1980-as évekig terjedő időszakban tapasztaljuk. Ekkor történt a társadalombiztosítási rendszer kiteljesedése, gyarapodtak az állam által átvállalt feladatkörök. A jóléti államból – legalábbis Nyugat-Európában és a skandináviai államokban – a társadalom minden tagja részesedett alanyi jogon. A szükségletek egyre bővültek, s kiterjedtek immár az általános fogyasztói biztonság megteremtésére, aminek része volt a munkalehetőség biztosítása is. A szociálpolitika ebben a korszakban immár nem a gazdaság alárendelt szereplője, hanem egyenrangú partner. Az 1970-80-as évek olajválságai egyben a korábbi korszakokhoz való fokozatos visszatérést is jelentették a szociálpolitika számára: előtérbe került a szegénypolitika, s lemondtak a munkabiztonságról.
4. Az 1980-as évek óta beszélnek a szakemberek a *jóléti állam válságáról*. A diskurzus során újfent előtérbe került az egyén felelőssége, a társadalom és az egyén közti reciprok viszony. Elveszőben vannak tehát az alanyi jogon járó, univerzális megoldások, amik az „érdemtelenek” számára kilátástalan helyzeteket teremtenek. A globálissá váló világgazdaságban immár az egyes

országok is versenyhelyzetbe kerültek az újabb beruházásokért, a munkahe-lyek megtartásáért. A verseny egyik tényezője az állami újraelosztás mérté-ke, amit sokan túl nagyoknak tartanak, s arra hivatkoznak, hogy a piac és a magántulajdon sokkal hatékonyabban működteti a közszolgáltatásokat, mint maga az állam. Mások inkább a nemzeti sajátosságok és előnyök fokozot-tabb kihasználását szorgalmazzák a jóléti állam vívmányainak megtartása mellett.

A közösségi szociálpolitika leginkább a jóléti államban fejtheti ki hatását, ezért fontos a különféle jóléti állammodellek megismerése. Ennek tipizálása Robert Titmuss (1974) nevéhez fűződik (Zombori, 1997):

1. A *reziduális jóléti modell* főként a szegények segélyezésére korlátozódik. Előfeltételezése, hogy két természetes vagy társadalmilag adott csatornán elégtődnek ki az egyén szükségletei: a piacon és a családban. Az állami intézmények csak ezek csődjei esetén játszanak szerepet, és ekkor is csak átmenetileg. A modellre tipikus példa az angolszász országok, az Egyesült Ál-lamok és Nagy-Britannia.
2. Az *ipari teljesítmény modell* fő elve és intézménye a társadalombiztosítás. Az ellátások zömmel a munkavégzéshez és a járulékok befizetéséhez kap-csolódnak. Az állami intézmények a gazdaság kiegészítéseként fontos szere-pet játszanak. A szükségleteket az érdem, a munkateljesítmény és a haté-konyosság alapján kell kialakítani. Ilyen ország például Németország.
3. Az *intézményes redisztributív modellben* az univerzális rendszerek és az állampolgári jogok dominálnak, s a szociálpolitika a társadalom fő integráló intézménye. Szükségletekre alapozott univerzális szolgáltatásokat kínál a pi-acon kívül, elsősorban a skandináviai országokban.

Titmuss véleménye szerint a típusok egymásra épülnek, a fejlődés folyama-tának megfelelően.

Az ideológiák alapján történő tipizálást – amely párhuzamosan alkalmazha-tó Titmuss jellemzésével – a dán szociológus, Gøsta Esping-Andersen alkotta meg (Zombori 1997):

1. A *liberális államokban* (pl. Egyesült Államok, Kanada) a piac logikája ural-kodik. Jellemző a jövedelemigazolásához kötött segélyezés, a szerény társa-dalombiztosítás, a szűk körű ellátások, az egyéni gondoskodás.
2. A *korporatista (konzervatív) országokban*, például Ausztriában, Németor-szágban vagy éppen Franciaországban a hangsúly a hagyományos hierarchi-ák megőrzésén van. Ezek az államok elfogadják az állam domináns szerepét például a rétegenként differenciált társadalombiztosításban. A szociális jo-gok előnye. Az egyház befolyása nagy. A család és a hagyományos szerepek fontossága. Erős a szubszidiaritás elve, ami azt jelenti, hogy a helyi vagy a központi állam csak akkor lép, ha a helyi közösségek segítő kapacitása ki-merült.
3. A *szociáldemokrata államok* (skandináv országok) a szociális jogokat a kö-zéposztályra is kiterjesztették, a piac szabályozása a középosztályoknak is

kedvez. Ezek az államok törekednek a jóléti rendszer és a foglalkoztatás összekapcsolására. A magas jóléti költségeket a magas foglalkoztatottságból fedezik. Cél a magas színvonalú ellátás, amelyben az államnak alapvető szerepe van. Ezeket az országokat a liberális és a szociáldemokrata elvek sajátos keveredése jellemzi. A jóléti államoknak nincsen tiszta típusa.

2.1.3. A JAVAK ELOSZTÁSA

A szociálpolitikai javak elosztása történhet (Zombori, 1997)

- *univerzálisan*: mindenki számára alanyi jogon elérhető, pl. családi pótlék stb.,
- *egyéni módon*: egyéni elbírálás után folyósított átmeneti segély, kiegészítő családi pótlék stb.,
- *biztosítási elv* alapján: nyugdíj, táppénz,
- *szegregációs elv* alapján: bentlakásos intézménybe való bekerülés,
- *integrációs elv* mentén: állami gondozott gyerekek nevelőszülőknél való elhelyezése, fogyatékos fiatalok integrált oktatása.

2.2. A szociálpolitika eszközei

Céljait a szociálpolitika speciális eszközökkel éri el. Ezek lehetnek

- *pénzbeli ellátások*: például segély, támogatás, hozzájárulás,
- *természetbeni ellátások*: például étkeztetés, közgyógyellátás, múzeumok kedvezményes látogatásának lehetősége,
- *személyes közreműködésű* szociális ellátás: például házi gondozás, intézményi ellátás, hajléktalanok utcai gondozása stb.
- *a szociális biztonság jogi eszközei*: például pozitív diszkrimináció, speciális kedvezmények fogyatékossgal élő emberek számára, téli időszakban a kiakoltatás tilalma.

Bár jellemzően ezt a négy eszközfajtát tekinti a szakirodalom, és maga a szociális törvény is a szociálpolitika megvalósulásának, közülük az első három – s gyakran a negyedik is – valójában pénzbeli támogatást jelent. Ennek oka, hogy a pénzbeli ellátások mellett mind a természetbeni ellátások, mind a személyes közreműködéssel nyújtott szolgáltatások, mind gyakran a speciális jogi védelem is pénzbe kerül

- vagy az azt engedélyező és finanszírozó államnak (a központi kormányzatnak vagy az önkormányzatnak),
- vagy a szolgáltatás, az ellátás fenntartójának (működésiengedély-köteles szolgáltatás, ellátás esetén),
- esetleg a jogi védelemre kötelezettnek,
- vagy az igénybevevőnek,
- vagy ezek bármely kombinációjának.

Scharle (2005: 205) másfajta felosztást követ, s természetbeni juttatásnak tekint minden olyan ellátást, ami csak kötött, nem a fogyatékossgal élő személy által megválasztható célra fordítható, s a fogyatékos személy csak arról dönthet, hogy igénybe veszi-e a szolgáltatást vagy sem. Ilyen juttatások a lakó-, gondozó- és rehabilitációs intézmények fenntartása és müködése, a nem állami humánszolgáltatások normatív támogatása, az akadálymentesítési és a közlekedési támogatások, s ezek közé sorolja a fogyatékos embereket foglalkoztató vállalkozások által is megszerezhető támogatásokat (ilyen támogatás a szociális foglalkoztatók és a célszervezetek dotációja, önkormányzati támogatása, és a pályázati úton megszerezhető, rehabilitációs és foglalkoztatási projekteket segítő támogatások stb.). S bár valóban célzottak ezek a támogatások, annyiban mégiscsak pénzbeli juttatásnak tekinthető közülük néhány (épp az említett akadálymentesítési és közlekedési támogatás), hogy az egyén számára megteremti a lehetőségét más jövedelemforrások szabad felhasználásának, hiszen például nem kell egyéb jövedelméből közlekedésre, akadálymentesítésére fordítania. Néhány esetben nem eldönthető egyértelműen, ki is a transzfer valódi kezdeményezettje: például a foglalkoztatáshoz adott támogatások esetében (részletesen ld. később) miközben a fogyatékos munkavállaló az államtól kapja munkabéret (részben vagy teljes mértékben), addig maga a vállalkozás is jobb helyzetbe kerül, hiszen termelő, árbevétel hozó alkalmazottai fizetését az állam megtéríti.

Finanszírozását tekintve tehát véleményem szerint ezért bölcsebb egyszerűen az állam számára

- közvetlen pénzkiadással együtt járó és
- közvetlen pénzkiadással együtt nem járó szolgáltatásokról, szociálpolitikai eszközökről beszélni amellet, hogy természetesen mindkét eszközcsoportnak van költsége. Mindazonáltal ebben az írásban a szolgáltatás látható formáját követő, a szociális törvényben alkalmazott felosztását követem.

A magyarországi fogyatékossgpolitika megértéséhez fontosnak tartom Maschke megközelítését, aki a fogyatékossgal kapcsolatos szociálpolitikai eszközöket – a szociálpolitikát a Nyugat-Európában elfogadott módon tág értelemben véve – három részre osztja: a kompenzációorientált, a rehabilitációorientált, valamint a részvételorientált politikákra, s ezeket párosítja a fogyatékossg megközelítéseivel (Maschke, 2007: 55):

1. TÁBLÁZAT

<i>A fogyatékoskés-ség-politika típusa</i>	<i>A fogyatékoskés-ség megközelítése</i>	<i>Felhasznált források</i>	<i>Költségek és a finanszírozás módja (jelentőségük sorrendjében)</i>
Kompenzáció-orientált fogyatékoskés-ség-politika	Orvosi modell, méltó szegény, nem képes keresőtevékenységre	Pénzügyi transzfer valamint természetbeni és szolgáltatási ellátások, idegen helyen történő elhelyezés is	(1) magánfinanszírozású ellátási költségek a háztartásokban; (2) adóból finanszírozott szükségletbiztosítás az állam által; (3) adóból (és részben járulékból) finanszírozott nyugdíjfizetések
Rehabilitáció-orientált fogyatékoskés-ség-politika	Gazdasági modell, korlátozott munkavállaló csökkent termelékenységgel	Rehabilitációs szolgáltatások természetbeni és szolgáltatási ellátások formájában, állami foglalkoztatási programok, munkaerő-piaci védelmi jogok valamint preventív ellátások	(1) járulékból finanszírozott individuális integrációs intézkedések; (2) adóból finanszírozott foglalkoztatási programok az állam által; (3) munkáltató költségrészesedése kvótázás és bírságfizetések által a; (4) magánfinanszírozású költségek a bér továbbfizetésének korlátozásával
Részvételorientált fogyatékoskés-ség-politika	Szociálpolitikai modell, diszkriminált polgárok és elméletileg egyenértékű munkavállalók	Polgári jogi diszkriminációellenes és az egyenlő bánásmódot támogató törvények, építési előírások, irányelvek a közösségi közlekedésben és a kommunikációban.	(1) vállalkozások és közintézmények által finanszírozandó költségek az akadálymentesség alapján; (2) a fogyatékos munkavállalók egyenlő bánásmódjának munkáltatók által finanszírozandó költségei; (3) az állam által biztosított részvétel biztosításának adóból finanszírozott költségei

A fentiek alapján Maschke az Európai Unió néhány 2001-es tagját a következőképp osztályozza (Maschke, 2007: 163):

2. TÁBLÁZAT

<i>A kiadások aránya a GDP-ben (EU15-viszonylatban)</i>	<i>A fogyatékoskés-ség-politika súlypontja</i>		
	<i>kompenzáció-orientált</i>	<i>rehabilitáció-orientált</i>	<i>részvétel-orientált</i>
Alacsony	Görögország Olaszország	Franciaország	Írország Spanyolország
Közepes	Ausztria ^a Belgium	Németország	Nagy-Britannia
Magas	Portugália Dánia ^c Hollandia	Finnország	Svédország

A felosztás segít megérteni a fogyatékosok szabályozásával kapcsolatos legfontosabb magyarországi, korábban már ismertetett jogszabályok megközelítését. Míg a szociális törvény inkább a kompenzáció- és a rehabilitációorientált megközelítéseknek felel meg, addig a fogyatékos emberek esélyegyenlőségéről szóló törvény, az Országos Fogyatékosügyi Program és az egyenlő bánásmódról szóló törvény a részvételőrientált fogyatékosokpolitika megtestesítőjének tekinthető.

2.3. A szociális törvény

A szűkebb értelmezésben vett szociálpolitikai javak legfontosabb és leginkább közérdeklődésre számot tartó gyűjteménye az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról, közkeletűbb nevén a szociális törvény. A jogszabály kimondott célja, „hogyan a szociális biztonság megteremtése és megőrzése érdekében meghatározza az állam által biztosított egyes szociális ellátások formáit, szervezetét, a szociális ellátásokra való jogosultság feltételeit, valamint érvényesítésének garanciáit. (...) A szociális ellátás feltételeinek biztosítása – az egyének önmagukért és családjukért, valamint a helyi közösségeknek a tagjaikért viselt felelősségén túl – az állam központi szerveinek és a helyi önkormányzatoknak a feladata.” (1993. évi III. törvény, 1. § (1), 2. §.)

A jogszabály 1993-ban olyan időszakban keletkezett, amikor a politikai rendszerváltást mélyebb, gazdasági rendszerváltás követte. Ennek velejárója, a szocialista típusú gazdaságról a piacgazdaságba való átmenet egyik kényszerű tünete volt a jelentős gazdasági visszaesés, aminek révén emberek százezrei váltak munkanélkülivé az 1990-es évek elején.²² Az állam erőforrásainak jelentős részét lekötötte az új állami berendezkedés, a demokrácia intézményrendszerének kiépítése, benne a pártokkal, az önkormányzatokkal, az alkotmánybírósággal és új közigazgatással.²³ Egy ilyen időszakban különösen is fontos volt a rászoruló társadalmi csoportok számára az állami szerepvállalás, ami – a jogállam normái szerint – jogszabályokba foglalt, részben intézményesített szociális juttatásokban és szolgáltatásokban sok embernek az életben maradást jelentette.²⁴ A szociális törvény megalkotásának idején az állam bevételi forrásai is

22 1989 és 1996 között a magyarországi bruttó hazai termék mintegy 24 %-kal csökkent, a munkanélküliség 1993-ban 13 %-on tetőzött.

23 Az új közigazgatás egyik leglátványosabb megnyilvánulása épp a szociális ellátások, szolgáltatások terén volt megfigyelhető. Önálló igazgatási ággá nőtte ki magát a szociálpolitika a maga szakmai, módszertani intézményeivel, hivatalaival. S míg a szocializmus idején még a társadalmi problémák feltárása, meghatározása is tiltott volt, addig immár szinte boldog-boldogtan azok megoldásáról értekezett, s a szociális területen tevékenykedő igazgatási és szolgáltató alkalmazottak száma jelentős növekedésnek indult (Krémer, 2009).

24 A szűkebb értelemben vett szociálpolitika eszköztárán kívüli, tán annál is fontosabb eszköz volt azonban a rokkantnyugdíjazás, aminek segítségével több százezer kerülhetett el a munkanélküliséggel járó nélkülözést, s jutottak, bár minimális színvonalon, biztos megélhetéshez. A rokkantsági nyugdíjazási rendszerrel kapcsolatos problémákat ld. később. A munkanélküliségi ellátási rendszer hiányait a nyugdíjrendszerrel igyekeztek „pótolni” („rokkantosítás”, korai és előnyugdíjazás), ami a helyettesítési ráta (eltartott/befizető arány) felborulásához vezetett.

korlátozottak voltak, ezért csupán a legszükségesebb szociális szolgáltatásokat ítélte oda a törvény, s nem engedte, nem engedhette rugalmas, a szükségletekhez valóban igazodó szolgáltatások odaítélését. A mennyiségi probléma, a kapacitások hiánya mellett az 1990-es évek közepétől egyre inkább előtérbe került egy minőségi kérdés: a társadalmi problémák nem ott, nem abban a formában és nem úgy jelentkeztek, ahogy arra korábban számítottak. Emiatt a szociálpolitika folyamatosan az események után kullogott, a „mindig »továbbguruló« hatások kiszámíthatatlanná tették a szociális ellátások rendjét: minden szabály folyamatosan változik, és a számos változás közepette ma már gyakran nem is lehet tudni, hogy mi az egyes ellátások célja, milyen társadalmi hátrányok enyhítését célozzák, és milyen fokú hátrányenyhítést várnak el az ellátások, a támogatások, a szolgáltatások működtetésétől.” (Krémer, 2009: 152)

Ami a leírt tartalmat illeti, a szociális törvény először a jogszabályban alkalmazott fogalmakat határozza meg, majd a szociális igazgatás szerveiről és az eljárás módjáról, a jogosulatlanul igénybe vett ellátásokról szól. A jogszabály második fejezete a pénzbeli ellátásokkal foglalkozik, amit a természetbeni ellátások részletezése követ. A negyedik fejezet először a szociális szolgáltatásokkal, az alap- és a szakosított ellátásokkal, azok tartalmával és szervezési kérdéseivel foglalkozik, majd újfent eljárási témákat vet fel: a személyes gondoskodást adó szolgáltatások megszervezésére kötelees szerveket és a szolgáltatások fenntartóinak feladatait részletezi. A fejezet vége a személyes gondoskodást nyújtó szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi tevékenységet végzők működési nyilvántartásáról, a szociálpolitikai szakértők névjegyzékéről, valamint a szolgáltatások engedélyeztetéséről szól. Az ötödik fejezet témái a szociális ellátások igénybevétele és az igénybevétel megszűnése, a fizetendő térítési díj és annak megállapítása, az ellátottak jogai és jogaik gyakorlása, valamint az ellátottak intézményi foglalkoztatása. A hatodik fejezet is foglalkozik szervezési kérdésekkel, hiszen szól a szerződéssel ellátott szolgáltatásokról: mind magáról az ellátásoknak nem az arra kötelezett szervezet általi ellátásáról, mind az egyes szolgáltatások kiszervezéséről. A jogszabály végén finanszírozási, jogtechnikai kérdésekről esik szó.

Amint e rövid felsorolásból is látszik, a szociális törvény meglehetősen vegyes felépítésű, s keverednek benne tartalmi, eljárási és szervezési kérdések egyaránt. Érezni rajta az elmúlt 16 év viharait, hiszen szinte látszik, ahogy az eredetileg viszonylag szigorúan felépített jogszabály hogyan módosult számtalanszor, s hogyan kerültek bele újabb és újabb elemek, időnként kissé esetlenül. A keveredés a jogszabály felépítésén is megmutatkozik, ahogy egyes szervezeti és igazgatási jellegű témák újra és újra előkerülnek. Nem könnyű benne eligazodni sem jogalkotónak sem jogalkalmazónak.

2.4. A magyarországi szociálpolitika által kínált szolgáltatások a fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlőségének és önálló, önrendelkező életének megteremtése érdekében

A fogyatékossgal élő emberek a többiek által igénybe vehető összes pénzbeli, természetbeni és személyes közreműködéssel nyújtott szociális ellátást megkaphatják,²⁵ s természetesen rájuk is vonatkoznak a szociális védelem alapvető jogi biztosítékai. Létezik azonban több olyan ellátás vagy szolgáltatás, amelyek célpontja elsősorban a megváltozott munkaképességű vagy fogyatékossgal élő emberek.

2.4.1. A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREKNEK ADOTT PÉNZBELI ELLÁTÁSOK

2.4.1.1. A fogyatékossgai támogatás²⁶

A fogyatékossgai támogatás a súlyos fogyatékossgal élő ember részére az esélyegyenlőséget elősegítő, havi rendszerességgel járó pénzbeli juttatás. A támogatás célja, hogy – a jogosult jövedelmétől függetlenül – anyagi segítséggel járuljon hozzá kifejezetten a súlyosan fogyatékos állapotból eredő általános társadalmi hátrányok mérsékléséhez. Fogyatékossgai támogatásra az a 18. életévét betöltött, súlyosan fogyatékos személy jogosult, aki látási fogyatékos, hallási fogyatékos, intellektuális fogyatékossgal, autizmussal, mozgásszervi fogyatékossgal, vagy halmozottan fogyatékossgal él, és állapota tartósan vagy véglegesen fennáll, továbbá önálló életvitelre nem képes vagy mások állandó segítségére szorul. A támogatás összege az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének (2009-ben 28 500 Ft) 65 vagy 80%-a. A támogatás szabadon, megkötés nélkül felhasználható. A jogalkotó nem nevezi meg azokat a szolgáltatásokat, amelyek a fogyatékossg tényéből következő, a mindennapi életvitel során megtapasztalt funkcionális nehézségeket kompenzálnák – akár alanyi jogon –, s így nem is ad támpontot a fogyatékossgai támogatás célszerű felhasználására.

2.4.1.2. Közlekedési kedvezmények²⁷

A közlekedési kedvezményeket a súlyosan mozgáskorlátozott személyek vehetik igénybe. A kedvezményekre való jogosultság szempontjából súlyosan mozgáskorlátozott személynek tekinthető, aki mozgásszervi betegsége következtében nem képes igénybe venni a közösségi közlekedési eszközöket, de életvitel-

25 A tételes felsorolást ld. a függelékben.

26 Megállapította az 1998. évi XXVI. törvény 22. §.

27 A 164/1995 kormányrendelet alapján.

szerűen nem ágyhoz kötött, s helyváltoztató-képességének jó részét elveszítette.²⁸ A kedvezmények fajtái:

- *Személygépkocsi-szerzési támogatás:* A támogatás vagy személygépkocsi, vagy a segédmotoros kerékpárnak minősülő három- vagy négykerekű jármű, illetve a gépi meghajtású kerekesszék vásárlása esetén a vételárhoz és a forgalomba helyezéssel kapcsolatos költségekhez nyújtott hozzájárulás. A támogatás mértéke a költségek 60%-a, legfeljebb 300 000 forint.
- *Személygépkocsi-átalakítási támogatás:* az átalakítási támogatás a személygépkocsi segédberendezéssel történő felszereléséhez, átalakításához adott támogatás, illetve olyan átalakításhoz segítség, ami lehetővé teszi a súlyosan mozgáskorlátozott személy személygépkocsival történő szállítását. A támogatás mértéke legfeljebb 30 000 forint.
- *Közlekedési támogatás:* A támogatás összege 7000, 10 500 vagy 24 500 Ft/év attól függően, hogy a illető aktív korú-e vagy inaktív, továbbá gondoskodik-e kiskorú személyről.
- *Parkolási igazolvány:* birtokosa, illetve az őt szállító jármű vezetője a KRESZ-ben meghatározottak alapján jogosult egyes behajtást tiltó jelzőtábláknál a tilalom ellenére behajtani; a járdán a kifejezett tiltás ellenére is megállni; olyan helyen is várakozhat, ahol azt várakozást jelző tábla tiltja, s nem köteles parkolójegyet vásárolni egyébként fizetős övezetben.

A közlekedési támogatásokat egyre inkább megkérdőjelezi a közösségi közlekedési eszközök akadálymentesítése, az egyenlő esélyű hozzáférés megteremtése, ami sokkal inkább alkalmas a cél, az önálló, az önrendelkező életvitel elérésére.

2.4.1.3. Lakás-átalakítási támogatás²⁹

A súlyosan mozgássérült ember a műszakilag akadálymentes lakás kialakításához állami támogatást vehet igénybe. A támogatás az akadálymentes új lakás építéséhez, vásárlásához legfeljebb 250 000 Ft, míg a meglévő lakás akadálymentesítéséhez legfeljebb 150 000 Ft. A támogatás összege 1987 óta változatlan, értéke tehát töredékére csökkent. A támogatás feltétele annak megállapítása, hogy a mozgássérült ember az ép emberek használatára tervezett és megépített lakóépületet, illetve az abban lévő lakást egyáltalában nem, vagy csak indokolatlanul nagy nehézségek árán tudná rendeltetésszerűen használni. A támogatást a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ) elbírálása után a MEOSZ javaslatára folyósítja az erre felhatalmazott pénzügyintézet.

A támogatás hosszadalmas, túlbürokratizált igénybevételi módja és csekély gyakorlati haszna miatt immár alkalmatlan eredeti célja betöltésére.

28 A közlekedőképesség minősítése során a járás, a terhelhetőség valamint a tömegközlekedési jármű használatát vizsgálja a házi orvos, s ennek alapján állítja ki az ún. „hétpontos” papírt. Tekintettel arra, hogy egyre többen rendelkeznek ilyen minősítéssel, olyanok is, akik nyilvánvalóan nem jogosultak erre, ezért a kormányzat a közeljövőben tervezi, hogy a közlekedőképesség minősítésének jogát átadja az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetnek (ORSZI).

29 A 12/2001. és a 3/2005. sz. kormányrendeletek alapján.

2.4.1.4. Rehabilitációs járadék³⁰

A rehabilitációs járadék célja, hogy a súlyos szerzett egészségkárosodás (nem csupán a fogyatékoság) ne jelentse feltétlenül a társadalomból való kirekesztést, s ne torkolljon inaktivitásba, hanem a jogosult továbbra is kapcsolatban maradjon a munka világával, s lehetőségei és képességei szerint vegyen benne részt – akár más munkakörben, szakmában is. A legfeljebb 3 évig folyósítható rehabilitációs járadékra való jogosultságot az ORSZI, mértékét az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) állapítja meg, s összege megegyezik a III. rokkantsági csoport legkisebb rokkantsági nyugdíjaak 120%-ával. A járadék folyósításához a jogosultnak aktívan részt kell vennie a rehabilitációs folyamatban. Esetleges munkavállalás esetén a rehabilitációs járadék átmeneti időre tovább folyósítható, hogy elvesztése ne ösztönözze a munkaerőpiactól való távolmaradást. A rehabilitációs célokat az ORSZI állapítja meg, elérésüket az Állami Foglalkoztatási Szolgálat intézményrendszere, a munkaügyi központok által kínált rehabilitációs szolgáltatások (foglalkoztatási, egészségügyi, szociális, képzési, mentálhigiénés) segítik. Ha nem rehabilitálható, akkor az ORSZI megállapítja a rokkantnyugdíjra való jogosultságot, s erről az igénylő határozatot kap az ONYF-től.

Mivel a rehabilitációs járadék viszonylag új elem a fogyatékosággal élő embereknek nyújtott szolgáltatások közül, ezért használati értékére vonatkozóan egyelőre még nincsenek tapasztalatok. Ha a járadékban részesülők nagy részénél nem lesz eredményes a rehabilitáció, és a járadékfolyósítás után – a korábbi rendszerhez hasonlóan – életük végéig (rokkant)nyugdíjasok lesznek, akkor azt kell mondjuk, hogy ez a támogatási forma lényegét tekintve nem különbözik más, jövedelempótló, a fogyatékoságból fakadó általános hátrányokat „kompenzáló” ellátásoktól. Ez azonban nem elsősorban a járadék tényéből, hanem az azt kiegészítő, körülvevő rehabilitációs szolgáltatási lehetőségektől függ.

2.4.1.5. Rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény³¹

Mások mellett a súlyosan fogyatékos gyermeket nevelő emberek is jogosultak a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre a gyermek állapotából fakadó többletköltések fedezetére. A kedvezményre való jogosultság megállapításának célja annak igazolása, hogy a gyermek szociális helyzete alapján jogosult

- a gyermekétkeztetés normatív kedvezményének,
- a pénzügyi támogatásnak,
- az ingyenes tankönyvnek,
- és egyéb kedvezményeknek

az igénybevitelére. Igényelhetik mindazok, akiknek családjában az egy főre jutó havi jövedelem összege nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 135%-át (2009-ben 38 475 Ft.) ha

30 A 2007. évi LXXXIV. törvény alapján.

31 Az 1997. évi XXXI. törvény alapján.

- a gyermeket egyedülálló szülő, illetve más törvényes képviselő gondozza, vagy
- a gyermek tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos, vagy
- a nagykorúvá vált gyermek esetén, ha megfelel az egyéb feltételeknek vagy
- a fentiekbe nem tartozó esetekben annak a gyermeknek, akinek családjában az egy főre jutó jövedelem nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 125%-át (2009-ben 35 625 Ft) feltéve, hogy a vagyoni helyzet vizsgálata során az egy főre jutó vagyon értéke nem haladja meg a törvényben meghatározott értéket.

A feltételek fennállása esetén a települési önkormányzat jegyzője 1 év időtartamra állapítja meg a kedvezményre való jogosultságot.

A rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény szintén általános jövedelempótló szociálpolitikai eszköznek tekinthető, ami – sok más ellátáshoz hasonlóan – célját csak akkor éri el, ha rendelkezésre állnak és elérhetőek azok a szolgáltatások és speciális körülmények, amelyek a fogyatékossgal élő emberek számára általánosságban is elérhetővé teszik a különféle közszolgáltatásokat, elsősorban – a célcsoport életkora okán – az oktatás és az egészségügy területén.

2.4.1.6. Rokkantsági nyugdíj³²

A rokkantsági nyugdíj mértéke függ a megrokkánás időpontjában betöltött életkortól, a nyugdíj megállapításáig megszerzett szolgálati idő hosszától és a rokkantság fokától. Ez utóbbi alapján három kategória létezik:

- Az I. rokkantsági csoportba tartozók súlyosan egészségkárosodottak, és mások gondozására, ápolására szorulnak.
- Alacsonyabb összeget kapnak a II. csoportba tartozók, akiknek súlyos egészségkárosodásuk van, de önellátók.
- A III. rokkantsági csoportba tartozók egészségkárosodása a legkisebb, ők kapják a legalacsonyabb mértékű ellátást.

Az ellátások mértéke között 5-5% különbség van, a rokkantság fokát az ORSZI állapítja meg, s időszakosan – általában 5 évente – felülvizsgálja azt. A rokkantsági nyugdíj szintén általános jövedelempótló támogatásként értékelhető, s – amellet, hogy valamekkora egzisztenciális biztonságot nyújt – inkább kivessi a jogosultat a társadalomból, vagy szegregálja őt, hiszen megfosztja a munkavállalás lehetőségétől, vagy ellenérdekeltté teszi a munkavállalásban. Ráadásul olyanok is sokat igénybe veszik ezt az ellátást, akik az ellátás eredeti célját tekintve erre nem lennének jogosultak. Ezt – és az óriási társadalmi terhet³³ – felismerve az utóbbi években jelentősen átalakult ugyan a rokkantnyug-

32 Az 1997. évi XXXI. törvény alapján.

33 Magyarország évente a GDP mintegy 3%-át költi a mintegy 800 000 – közülük 460 000 öregségi korhatár alatti – rokkantnyugdíjas járandóságainak kifizetésére, ami nemzetközi összehasonlításban és abszolút értékben is óriási összeg.

díjazás rendszere, ám a régi rendszerben rokkantnyugdíjazottak nagy száma még hosszú ideig elfogadottá, s a fogyatékosággal élő emberek számára vonzóvá teszi ezt az abnormális élethelyzetet.

2.4.1.7. Baleseti rokkantsági nyugdíj³⁴

Baleseti rokkantsági nyugdíjra az jogosult, aki túlnyomóan üzemi baleset vagy foglalkozási betegség következtében rokkant, és az egészségkárosodás következtében keresőtevékenységet nem folytat, vagy keresete, jövedelme legalább 30 százalékkal alacsonyabb az egészségkárosodását megelőző négy naptári hónapra vonatkozó keresete, jövedelme havi átlagánál, és táppénzben, baleseti táppénzben nem részesül.

A baleseti rokkantsági nyugdíj szociálpolitikai, esélyegyenlőségi szempontból történő értékelése megegyezik a rokkantsági nyugdíjével.

2.1.4.8. Rendszeres szociális járadék³⁵

Rendszeres szociális járadékra az a személy jogosult, akinek legalább 40%-os mértékű egészségkárosodása a keresőtevékenység alatt keletkezett, és ezzel összefüggésben a jelenlegi vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas, a reá irányadó öregségnyugdíj-korhatárt még nem töltötte be, és

- rendelkezik a rokkantsági nyugdíjhoz életkora szerint szükséges szolgálati idő felével, és
- saját jogú nyugellátásra nem jogosult, és
- nem részesül semmiféle rendszeres pénzellátásban, és
- keresőtevékenységet nem folytat, vagy keresetének, jövedelmének havi átlaga nem haladja meg a minimálbér 80%-át.

A baleseti rokkantsági nyugdíj szociálpolitikai, esélyegyenlőségi szempontból történő értékelése megegyezik a rokkantsági nyugdíjével.

2.4.1.9. Rokkantsági járadék³⁶

Rokkantsági járadékra jogosult az a 18. életévét betöltött személy, aki a 25. életévének betöltése előtt 100%-ban munkaképtelenné vált és nyugellátást (sem saját jogú, sem hozzátartozói, pl. árvaellátást), illetve baleseti nyugellátást részére nem állapítottak meg. Összege 2009-ben 32 970 Ft.

A rokkantsági járadék szociálpolitikai, esélyegyenlőségi szempontból történő értékelése alapvetően megegyezik a más jövedelempótló támogatásokéval. Mivel elsősorban valóban súlyosan-halmozottan sérült emberek veszik igénybe,

34 Az 1997. évi XXXI. törvény alapján.

35 A 387/2007. kormányrendelet és a 85/1987. minisztertanácsi rendelet alapján.

36 A 387/2007. kormányrendelet és a 85/1987. minisztertanácsi rendelet alapján.

akiknek a megfelelő életvitelhez jelentős támogatásra van szükségük, ezért csupán hozzájárul ennek megvalósításához, mivel összege igen csekély az önrendelkező életet lehetővé tévő szolgáltatások megvásárlásához.

2.4.1.10. Átmeneti járadék³⁷

Az átmeneti járadék célja azok számára jövedelemkiegészítést nyújtani, akiknek legalább 40%-os mértékű egészségkárosodása a keresőtevékenység során keletkezett, és ezzel összefüggésben a jelenlegi vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas. Az átmeneti járadék havi összege a jogosultnak az átmeneti járadékra való jogosultság időpontjáig megszerzett nyugdíjalapot képező jövedelem és szolgálati idő alapján kiszámított öregségi nyugdíjának 75%-a, de nem lehet kevesebb a rendszeres szociális járadék havi összegénél. Értékelése a rehabilitációs járadékéval megegyező.

2.4.1.11. Ápolási díj³⁸

Az ápolási díj a tartósan gondozásra szoruló személyt otthon ápoló nagykorú személy részére biztosított anyagi hozzájárulás. Az ápolási díjra az a hozzátartozó jogosult, aki

- önellátásra képtelen, tartós felügyeletre szoruló,
- súlyosan fogyatékos (korhatár nélkül), vagy
- tartósan beteg 18 év alatti gyermeket

gondoz, ápol. Az ápolási díj összege nem lehet kevesebb, mint az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összege (2009-ben 28 500 Ft). A települési önkormányzat jegyzője a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos személyt gondozó, ápoló személy kérelmére emelt összegű ápolási díjat állapít meg, ami azonos az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 130%-val (2009-ben 37 050 Ft).

Az ápolási díj lehetővé teszi a fogyatékossgal élő ember otthoni életét. Folyósításával a közösség kifejezi, hogy az ápolási díjban részesülő személy munkája a társadalom számára fontos tevékenység. Esélyegyenlőségi szempontból ugyanakkor felemásan értékelhető: egyrészt szolgálja a normalizált életet, másrészt viszont korlátozza a szabad választást, hiszen az ápoló személyhez köti a fogyatékos embert az ápolási díj időtartamára (véltetően élete végéig), akinek tevékenysége nem feltétlenül felel meg a járandóság valódi célszemélye, a fogyatékossgal élő ember szükségleteinek és személyes, szabad akaratának. Emellett megvalósít „otthoni hospitalizációt” is, hiszen – a szociális intézményekhez hasonlóan – kölcsönös egzisztenciális kötődést alakít ki az ápolást végző és a fogyatékossgal élő ember között, s ilyen helyzetben nem

37 A 387/2007. kormányrendelet és a 85/1987. minisztertanácsi rendelet alapján.

38 Az 1997. évi XXXI. törvény alapján.

támogatja az önálló, önrendelkező életvitelt, a mindenkiben meglévő személyes képességek, készségek kifejlődését és gyakorlását. Ráadásul mértéke még a minimálbért sem éri el, tehát – más ellátások híján – csupán a nyomor szintjén biztosítja a megélhetést.

2.4.1.12. Magasabb összegű családi pótlék³⁹

A tartósan beteg, illetve súlyos fogyatékossgal élő gyermek után járó magasabb összegű családi pótlék annak a hónapnak a végéig – de legfeljebb a gyermek tizennyolcadik életévének betöltéséig – jár, ameddig a betegség, a súlyos fogyatékossg fennállását a külön jogszabályban előírtak szerint igazolták. Saját jogon jár továbbá a magasabb összegű családi pótlék a tizennyolcadik életévét betöltött tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos személy részére, feltéve, hogy utána tizennyolcadik életévének betöltéséig magasabb összegű családi pótlékot folyósítottak. Összege 2009-ben 23 300 Ft, a tartósan beteg illetve súlyosan fogyatékos gyermeket egyedül nevelő ember esetén 25 900 Ft. Esélyegyenlőségi, szociálpolitikai értékelése megegyezik a rendszeres gyermekvédelmi támogatásával.

2.4.1.13. Természetbeni ellátás: közgyógyellátás⁴⁰

A fogyatékossgal élő emberek részére az egészségi állapot megőrzéséhez és helyreállításához kapcsolódó kiadásaik csökkentésére közgyógyellátási igazolvány adható ki. A közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkező személy térítésmentesen jogosult a társadalombiztosítási támogatásba befogadott járóbeteg-ellátás keretében rendelhető gyógyszerekre és tápszerekre gyógyszerkerete erejéig, valamint a gyógyászati segédeszközökre és az orvosi rehabilitáció céljából igénybe vehető gyógyászati ellátásokra.

2006. július 1-jétől jelentős változást hozott a krónikus betegséghez igazodó keretösszegű támogatás bevezetése az igen szűkre szabott közgyógyellátási lista helyett. A személyre szabott havi gyógyszerkeret összegét a jogosult bármely, a társadalombiztosítás által támogatott gyógyszerkészítményre és segédeszközre költheti. Az egyéni gyógyszerkeret (legfeljebb havi 12 000 forint) mellett évi 6000 forintos eseti keret is a közgyógyellátott ember rendelkezésére áll akut megbetegedés esetére.

Alanyi jogon közgyógyellátásra jogosult többek között a rokkantsági járadékos ember, aki I., II. csoportú rokkantsága alapján részesül rokkantsági vagy baleseti nyugellátásban. Ez a fogyatékossgal élő emberek többségét jelenti. Esélyegyenlőségi szempontból mindenképp pozitívan értékelhető ez az ellátási forma, hiszen viszonylag kis adminisztrációval a szabad választás jogát meghagyva biztosítja a fogyatékossgal élő emberek számára az önálló, normalizált életvitelhez szükséges alapvető eszközöket és gyógyszereket. A szabad vá-

39 Az 1998. évi LXXXIV. törvény alapján.

40 Megállapította az 1993. évi III. törvény 49. §-a.

lasztást ugyanakkor csorbítja, mert az ellátás keretében csupán korlátozottan választhatók az egyén speciális szükségleteire szabott, egyedileg méretezett és kialakított eszközök, valamint bizonyos, a gyakorlatban jól használható, de hivatalosan segédeszköznek nem minősített eszközök (például rámpa, speciális munkaeszközök, lakberendezési tárgyak, bútorok, szállítóeszközök stb.). Szerencsére ezek szolgáltatási rendszerének kialakítása már folyamatban van.⁴¹

2.4.3. A SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ALAPSZOLGÁLTATÁSOK⁴²

A pénzben adott ellátások mellett több olyan is van, amit a társadalom tényleges szolgáltatásként kínál – hasonlóan a természetbeni ellátásokhoz. Ez persze nem jelent ingyenességet, hiszen egyrészt egy részükért térítési díjat kell fizetni, másrészt pedig az állam is támogatja a szolgáltató intézményeket az állami feladat ellátásáért. Általánosságban megállapítható, hogy – területileg és szolgáltatásonként eltérő mértékben – meglehetősen nagy hiány van a fogyatékossgal élő emberek számára megfizethető, hozzáférhető minőségi szolgáltatásokból. Emiatt alapvetően sérül a fogyatékossgal élő emberek önálló, önrendelkező élethez való joga, hiszen nincs lehetőség a szabad választásra.

2.4.3.1. Házi segítség

A házi segítség keretében a szolgáltatást igénybe vevő személy saját lakókörnyezetében kell biztosítani az önálló életvitel fenntartása érdekében szükséges ellátást. A házi segítségnyújtás keretében biztosítják az alapvető gondozást, ápolást, az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakókörnyezete higiénia körülményeinek megtartásában való közreműködést, a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, illetve azok elhárításában való segítséget. Ha a házi segítség során szakápolás válik szükségessé, akkor a házi segítségnyújtást végző személy kezdeményezi az otthonápolási szolgálat keretében történő ellátást. A házi segítséget elsősorban nem fogyatékos emberek veszik jelenleg igénybe, de ők is jogosultak rá. A szolgáltatók körében sajnos ritkán áll rendelkezésre az a speciális szakmai tudás és szemlélet, ami a fogyatékos emberek adott szolgáltatások esetében alapvető lenne.

2.4.3.2. Jelzőrendszeres házi segítség

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időszerű vagy fogyatékossgal élő emberek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett adódó krízishelyzetek elhárítása céljából adott ellátás.

41 Lásd például a Mozgássérült Emberek Rehabilitációs Központja projektjét egy országos, a segédeszközöket az egyedi szükségletekre alapozva biztosító szolgáltatási hálózat kialakítására.

42 Az 1993. évi III. törvény 57. §-a alapján.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás keretében biztosítják az ellátott személy segélyhívása esetén az ügyeletes gondozónak a helyszínen történő haladéktalan megjelenését, a segélyhívás okául szolgáló probléma megoldása érdekében szükséges azonnali intézkedést, szükség esetén további egészségügyi vagy szociális ellátás kezdeményezését. A jelzőrendszeres házi segítség igénybevétele szempontjából szociálisan rászorult az egyedül élő 65 év feletti személy, az egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy a kétszemélyes háztartásban élő 65 évesnél idősebb, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását. A házi segítségnyújtáshoz hasonlóan ez a szolgáltatási forma sem elsősorban a fogyatékossgal élő ember körében népszerű – a korábban már említett okok miatt.

2.4.3.3. Támogató szolgáltatás

A támogató szolgáltatás a fogyatékossgal élő emberek önálló, önrendelkező élete és alapvető esélyegyenlősége szempontjából talán a legfontosabb szolgáltatás; ez sok tekintetben hasonlít az imént említett két szolgáltatáshoz, de egyben markánsan eltér tőlük: a szolgáltatás során messzemenően érvényesül az ügyfél fogyatékos ember önálló, önrendelkező élethez való joga, s a szolgáltatók rendelkeznek azzal a speciális szaktudással, ami kifejezetten a fogyatékossgal élő emberek személyes szolgáltatásához szükséges. A támogató szolgáltatók célja tehát kifejezetten a fogyatékossgal élő személyek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése, valamint életvitelük önállóságának megőrzése mellett a lakáson belüli speciális segítség biztosítása révén. A szolgáltatás elengedhetetlen különösen a súlyosan fogyatékos emberek számára, hiszen rendszeres és szakszerű segítség híján nem tudnának saját lakókörnyezetükben élni és működni, hanem bentlakásos intézményi szolgáltatást lennének kénytelenek igénybe venni, ami rossz esetben akár a normális emberi kapcsolatok és az önellátási képességek teljes elvesztéséhez is vezethet.

A támogató szolgáltatás feladata

- az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása (speciális személyi szállítás, szállító szolgálat működtetése),
- az általános egészségi állapotnak és a fogyatékossgal jellegének megfelelő egészségügyi, szociális ellátásokhoz, valamint a fejlesztő tevékenységhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeinek biztosítása,
- informálás, ügyintézés, tanácsadás, a tanácsadást követően a társadalmi beilleszkedést segítő szolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása,
- a jelnyelvi tolmácsszolgálat elérhetőségének biztosítása,
- segítség a fogyatékossgal élő személyek kapcsolatképességének javításához, családi kapcsolatainak erősítéséhez, speciális, önszolgáltató csoportokban való részvételükhöz,

- egyes szociális alapszolgáltatási részfeladatok megoldása a fogyatékosággal élő emberek speciális szükségleteihez igazodóan,
- segítség a fogyatékosággal élő emberek társadalmi integrációjának megvalósulásához, valamint a családi, a közösségi, a kulturális, a szabadidős kapcsolatokban való egyenrangú részvételhez szükséges feltételek biztosítása,
- a fogyatékosággal élő ember munkavégzését, munkavállalását segítő szolgáltatások elérhetőségének, igénybevételének elősegítése.

A támogató szolgáltatás területi alapon szerveződik, tehát a körzetben működő, az ellátási területre működési engedéllyel rendelkező szolgáltatókhoz lehet fordulni igénybejelentéssel. A gyakorlat azt mutatja, hogy bár a közelmúltban történtek lépések a területi szolgáltatási egyenlőtlenségek mérséklésében, sok helyütt – elsősorban a kistelepüléseken – elérhetetlen ez a szolgáltatás az ott fogyatékosággal élő emberek számára.

2.4.3.4. Nappali ellátás

A nappali intézmények az idős és hajléktalan emberek mellett a saját otthonukban élő, harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, de felügyeletre szoruló fogyatékosággal, illetve autizmussal élő embereknek biztosítanak lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint napközbeni étkeztetésre. Indokolt esetben nappali ellátás fogyatékosággal élő olyan embereknek is biztosítható, akikre vonatkozóan szülőjük vagy más hozzátartozójuk gyermekgondozási segélyben, gyermeknevelési támogatásban vagy ápolási díjban részesül.

A 2006-os adatok szerint Magyarországon 131 nappali ellátást nyújtó intézmény működött 3298 férőhellyel. Ez a férőhely csupán töredéke az erre vonatkozó igényeknek. A fogyatékosággal élő emberek nappali intézménye a jelenlegi szakmai szabályozás sajátosságai miatt elsősorban intellektuális fogyatékosággal és autizmussal élő embereket fogad. Elenyésző számú az olyan nappali szolgáltató intézmény, amely a rehabilitációra helyezi a hangsúlyt, s célja nem „napközi” biztosítása, hanem az önálló, önrendelkező élethez szükséges készségek elsajátíttatása, s a sikeres rehabilitáció után a szolgáltatás lezárása az illető számára. Az állami foglalkoztatáspolitikai cél- és eszközrendszere később ismertető változásaival azonban egyre fontosabbá válnak a rehabilitációs szolgáltatást végző szervezetek, amik a jelenlegi jogi környezetben például nappali intézményi formában tudják kínálni a megváltozott munkaképességű és a fogyatékosággal élő emberek munkaerő-piaci integrációját szolgáló szolgáltatásaikat.

2.4.4. A SZEMÉLYES GONDOSKODÁST KÍNÁLÓ SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁSOK

2.4.4.1. Fogyatékossgal élő emberek otthona

Az ápoló, gondozó intézmények az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes idős, pszichiátriai betegséggel, szenvedélybetegséggel, hajlék nélkül vagy fogyatékossgal élő emberek tartós elhelyezésére és ellátására szolgálnak. Ezekben az intézményekben gondoskodni kell napi legalább háromszori étkezésről, mentális gondozásról, meghatározott szintű egészségügyi ellátásról, valamint az ellátott ember lakhatásáról, szükség esetén ruházatról és egyéb textíliáról (törölközőről, ágyneműről stb.). A fogyatékossgal élő személyek otthonában az gondozható, akinek oktatására, képzésére, gondozására csak intézményi keretek között van lehetőség.

A fogyatékossgal élő emberek otthonaiban általában igen sokan, akár több százan is élnek, vagy sok esetben idős emberek részére létesített szociális intézményekben belül alakítanak ki fogyatékossgal élő embereket ápoló, gondozó részlegeket. Az Országos Fogyatékosügyi Program (OFP) megfogalmazása szerint mihamarább meg kell oldani (OFP, 2006: 2.3.) a nagy bentlakásos intézmények kitagolását legfeljebb 40 főt befogadó, integrált környezetben lévő egységekbe. Sajnos az OFP eme pontjának megvalósítása nem csupán anyagi okokba ütközik, hanem a meglévő nagy intézmények ellenállásába is. Az intézményfajta – bár orvosi szempontból biztosítja a megfelelő ellátást – szinte teljesen alkalmatlan a fogyatékossgal élő emberek önrendelkező, önálló életének, esélyegyenlőségének megvalósítására, hiszen totális szolgáltatást ad, gyakran a fogyatékossgal élő emberek akarata ellenére, ráadásul választási lehetőség nélkül a szolgáltatás módját tekintve is. Az esélyegyenlőség terén leginkább élenjáró skandináviai országokban immár nem léteznek ilyen intézmények.⁴³

2.4.4.2. Fogyatékossgal élő emberek rehabilitációs intézménye

A rehabilitációs intézmények célja, hogy az intézményben lakó pszichiátriai betegséggel, szenvedélybetegséggel, hajlék nélkül vagy fogyatékossgal élő emberek önálló életvezetési képességeit kialakítsa, vagy helyreállítsa. A fogyatékossgal élő személyek rehabilitációs intézménye előkészíti az ott élők családi és lakóhelyi környezetbe történő visszatérését, valamint megszervezi az intézményi ellátás megszűnését követő utógondozást. Ha valóban eredményes a rehabilitáció, akkor az intézményforma képes szolgálni fogyatékossgal élő emberek önálló, önrendelkező életvitelét. Sok esetben azonban a rehabilitációs szolgáltatás mellett az igénybevevők számára fontosabb, hogy pár évig megfelelő körülmények között élhetnek elfogadható fizetségért cserébe.

43 Dánia 1,2 millió lakosú Közép-Jütland régiójában összesen 150 bentlakásos intézményi férőhely található, az is kivétel nélkül kics csoportos formában. Magyarországon ezzel szemben a 2001-es népszámlálás adatai szerint összesen 45811 fogyatékos ember élt intézményekben, többségük nagy létszámú ápoló, gondozó otthonokban, tehát a Dániában tapasztalt arányokhoz képest mintegy negyvenszeresen többen éltek intézményekben Magyarországon a fogyatékos emberek.

Fogyatékosággal élő emberek rehabilitációs intézménye viszonylag kevés van az országban, lényegében csupán három nagy országos szervezet (a Mozgássérült Emberek Rehabilitációs Központja, a Vakok Állami Intézete és az Értelmi Fogyatékosok Rehabilitációs Intézete) létezik, továbbá – a 2007-es adatok szerint – 50 rehabilitációs megyei és kistérségi intézmény, valamint 46 rehabilitációs célú lakóotthon érhető el a fogyatékosággal élő emberek számára összesen közel 3300 férőhellyel. A bentlakásos rehabilitációs intézményekben ugyan számos rehabilitációs szolgáltatás elérhető, viszont a kliensek – a 2009-től érvényes szabályozás szerint – 3–5 évre kiszakadnak saját lakókörnyezetükből, ahová a jellemzően Budapesten vagy annak környékén eltöltött rehabilitációs időszak után nem is kívánkoznak vissza.

A minőségi szolgáltatást kínáló nappali rehabilitációs szolgáltatók elterjedéséig minden bizonnyal folyamatosan szükség lesz ezekre a szolgáltatókra. A megoldás a regionális rehabilitációs szolgáltatók elterjedése lenne, amire például a látássérült emberek esetében európai uniós források segítségével úgy tűnik, hogy lehetőség van. A jelenlegi, a szükséges rehabilitációs tevékenységeket egyáltalán figyelembe nem vevő szabályozás és finanszírozás azonban nem kedvez az ilyen szolgáltatók regionális megjelenésének és elterjedésének.

2.4.4.3. Fogyatékosággal élő emberek gondozóháza (átmeneti otthon)

Az átmeneti elhelyezést kínáló intézmények – a hajléktalanok átmeneti szállásai és éjjeli menedékhelyei kivételével – legfeljebb egy 1+1 évre biztosítanak teljeskörű ellátást. A fogyatékosággal élő emberek gondozóháza azoknak a fogyatékosággal élő embereknek ad lakhatási lehetőséget, akiknek ellátása családjukban nem biztosított, vagy az átmeneti elhelyezést a család tehermentesítése teszi indokolttá. E szolgáltatásokból is rendkívül kevés (összesen alig 160 férőhely a 2007-es adatok szerint) áll rendelkezésre. Valódi segítséget akkor jelenthetne az átmeneti elhelyezés, ha a hosszabb, akár 3–5 éves időtartam alatt lehetőséget adna a fogyatékosággal élő emberek számára az önálló élethez szükséges alapvető anyagi javak felhalmozására és emberi kapcsolataik kialakítására, s ennyiben közelítené a rehabilitációs célú lakóotthonokhoz. Mindazonáltal esélyegyenlőségi szempontból az átmeneti otthon megfelelő eszköz lehet a fogyatékosággal élő emberek önrendelkezése, önálló életvitele kialakítása szempontjából, bár ideális esetben a saját lakókörnyezetben megoldott a lakhatás.

2.4.4.4. Lakóotthon

Az első lakóotthonok az 1990-es évek elején jöttek létre Magyarországon elsősorban elhivatott magánszemélyek és fogyatékosággal élő embereket nevelő szülők kezdeményezésére.⁴⁴ A lakóotthonok a fogyatékosággal élő emberek

⁴⁴ Az elsőseget akár a Bárka Alapítvány (Dunaharaszti, 1991), akár a Hajlék Alapítvány lakóotthona (Érd, 1991) magáénak mondhatja.

esélyegyenlősége megteremtésének fontos letéteményesei, ugyanakkor az intellektuális fogyatékosokkal és az autizmussal élő emberek, a súlyosan halmozottan sérült személyek kivételével a többi fogyatékoscsoportba tartozók számára nem ideális szolgáltatási forma. A Soros Alapítvány pályázata, majd a Kézenfogva Alapítvány Fészek programja az 1990-es évek végén közel 100 lakóotthon létrejöttéhez adtak alapvető támogatást, de a szociális és esélyegyenlőségi ügyekkel foglalkozó, több névváltoztatást is megélt szakminisztérium, majd a Fogyatékosok Esélye Közalapítvány is számos lakóotthon létrehozását segítette a 2000-es évek elején. Jelenleg mintegy 300 kiscsoportos lakóotthon működik Magyarországon, mintegy 3100 férőhellyel. A szintén a szociális törvényben szabályozott lakóotthon olyan 8–12, esetleg 14 pszichiátriai beteget vagy fogyatékosokkal élő embert befogadó intézmény, amely az ellátást igénybe vevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő teljes ellátást ad. A lakóotthon lehet ápoló-gondozó vagy rehabilitációs célú. Ez utóbbi esetben legfeljebb 5 évig lehetséges a szolgáltatás igénybevétele, s utána meg kell oldani a kliens tartós elhelyezését vagy ápoló-gondozó intézményben (lakóotthonban vagy fogyatékosokkal élő emberek otthonában), vagy egyéni módon.

A lakóotthonok lehetővé teszik a fogyatékosokkal élő emberek integrált, de mégis védett környezetben történő életét, ahol megélhetik saját képességeiket, s úgy élhetnek, mint bárki más. A sorstársi közösség megfelelő emberi kapcsolatokat teremt azok számára, akiknek nincs családjuk, de természetesen lehetőség van párkapcsolatra is. A lakóotthon ingergazdag környezetével, természetes kihívásaival elkerülhetővé teszi a nem otthoni ellátások legnagyobb hátrányát, a hospitalizációt. Az integrált környezet nem csupán az ott fogyatékosokkal élő embernek, hanem a környéken élő többi embernek is befogadó, integráló hatást és környezetet teremt.

A lakóotthon csak más szolgáltatások egyidejű igénybevétele esetén éri el célját. A mostani jogi szabályozás nem teszi rentábilissá a társszolgáltatók számára a lakóotthonban élő ügyfelek ellátását, mivel teljeskörű szolgáltatást ír elő a lakóotthon számára, azt azonban az intézmények szűkös anyagi, személyi feltételeik miatt teljesíteni nem képesek. A lakóotthon jogi szabályozása emellett hátráltatja a rugalmas kisközösségi ellátási formák terjedését, s bizonyos klienscsoportok – például a mozgássérült emberek – csupán nagy kompromisszumok árán képesek igénybe venni ezt az integrált, az önálló, önrendelkező élethez teret adó szolgáltatási formát. Indokolt lenne a felesleges korlátok megszüntetése például a minimális létszám tekintetében, hogy akár néhány ember számára is lehetővé váljon az integrált, de a szükségletekhez mérten mégiscsak védett lakhatás.

A közeljövőben várhatóan tovább nő a lakóotthonok száma a nagy bentlakásos intézmények kitagolásának kötelezettsége és az integrált kiscsoportos életforma iránti természetes igények hatására, s annak ellenére, hogy reálértékben jelentősen csökkent az e szolgáltatáshoz nyújtott állami normatív támogatás.

2.4.5. Összefoglaló vélemény a fogyatékossgal élő emberek által igénybe vehető szociális jellegű támogatásokról

Amint az a fogyatékossgal élő emberek számára rendelkezésre álló ellátások és szolgáltatások egyedi értékeléséből is látható, a pénzbeli és a természetbeni támogatások nem képeznek egységes rendszert. Az egyes transzferek különböző korokban jelentek meg az aktuális szükségleteknek és érdekeknek megfelelően. A különféle élethelyzetekben tapasztalt hátrányokat az állam egységes szemlélet helyett különbözőképp, különböző rendszerekben (pl. az adórendszerben, a közszolgáltatások hozzáféréseivel stb.), egyenként igyekszik kezelni. A szociális jellegű támogatásokkal kapcsolatos legfontosabb megállapítások a következőképp foglalhatók össze:

- A juttatások mind rendszeresek, a fogyatékossgalhoz kapcsolódó átmeneti vagy eseti jellegű ellátás – a rehabilitációs járadék kivételével – nincs. Az ellátások univerzális megoldásokat kínálnak, s nem veszik figyelembe az egyes emberek speciális élethelyzetét.
- Az ellátások többsége a jövedelmi helyzettől függetlenül jár, egyedüli kivétel a közlekedési támogatás.
- A transzfereken belül az utóbbi években folyamatosan nőtt a természetbeni juttatások mértéke és a pénzbelihez viszonyított aránya is (Scharle 2005: 205). Ez arra mutat, hogy egyre szélesebb körben kínál az állam szociális szolgáltatásokat, ugyanakkor egyre kevésbé univerzális, tehát mindenki számára elérhető módon, hiszen csak a jogosultsági feltételeknek megfelelő részesülhetnek az adott szolgáltatásban. A természetbeni ellátások arányának növekedése azt a célzatosságot is sejteti, hogy az állam nem kíván versenyhelyzetet kialakítani a szociális szolgáltatások területén, hanem inkább a területi ellátás kötelezettségét figyelembe véve formálja, támogatja a kapacitások kialakulását. Ez valamelyest csökkenti az igénybe vevő fogyatékos emberek döntési mozgásterét, és sérti az önálló, önrendelkező élet alapelveit, hiszen nincs lehetőségük választani a szolgáltatók között.
- A vakok személyi járadékának megszüntetése (1998) óta nincs fogyatékossgal alapján történő differenciálás a támogatási rendszerben, amely azonban részben figyelembe veszi a fogyatékossgal súlyosságát.
- A fogyatékossgal élő emberek integrációját érintő szabályozás legfontosabb eleme a rokkantsági nyugdíj és a rokkantsági járadék. Ezek az ellátások a tapasztalatok szerint nagymértékben csökkentik a fogyatékossgal élő emberek aktivitását.⁴⁵

45 Egy Budapesthez közeli lakóotthonban fogyatékossgal élő pár – bár meglenne rá a lehetősége – például azért nem dolgozik már évek óta, mivel a rendszeres pénzbeli juttatásokból (árvaellátás, fogyatékossgal támogatás, családi pótlék, rokkantsági nyugdíj) megfelelő színvonalon tudja biztosítani megélhetését, s nem hajlandó naponta fél 6-kor felkelni azért, hogy jövedelme a minimálbér mértékével még több legyen – s a rendszeres napi elfoglaltság mellett másfajta közösség részesévé is váljon. A normalizált, az önálló, önrendelkező életet támogató jövedelemforrás így teszi lehetővé az egyáltalán nem normális, a világtól elszigetelt életforma megvalósítását.

- Több esetben tapasztalható, hogy a különféle ellátások valójában ugyanazt a célt szolgálják. A minimális szolgálati idővel megszerezhető rokkantsági nyugdíj, a személyi jellegű adókedvezmények, a fogyatékosági támogatás és a rokkantsági járadék célja például a megélhetés.
- Több esetben tapasztaljuk, hogy egy másik megközelítésű intézkedéssel hatásosabb eredményt lehetne elérni. A közösség egészét szolgáló akadálymentesítéssel, az egyenlő esélyű hozzáféréssel több, a speciális fogyatékos élethelyzetet megcélzó támogatás kiváltható lenne:⁴⁶
 - megfelelő közösségi közlekedéssel, illetve gyárilag akadálymentesített gépkocsikkal a közlekedési támogatások, benne az autóvásárlási, az autóátalakítási támogatás,
 - akadálymentesen kialakított épületekkel, lakásokkal a LÁT, az akadálymentesítési támogatások;
- A támogatási rendszer néhány esetben túlságosan is gáláns a jogosultakat illetően. Például a pusztán a fogyatékoság tényéből „származó” juttatások esetében, s a társadalom teherbíró-képességéhez képest jóval magasabb életszínvonalat biztosít.
- Több esetben az adott juttatás nem éri el a célját: például a rehabilitációs járadék nem serkenti a munkába állást, a LÁT összegéből aligha lehet megoldani egy-egy lakás akadálymentesítését.
- Vannak élethelyzetek, szükségletek, amelyekre nincs adekvát megoldás a jelenlegi ellátó- és szolgáltatói rendszerben: hiányzik a valódi tranzitfoglalkoztatás, nincsenek megfelelő képzések, megfizethető akadálymentes bérlakás, munkaidőn kívüli otthoni ellátás stb.
- Az egyes támogatások gyakran egymás, illetve általános elvek ellen dolgoznak: a bentlakásos ellátás támogatása ellentmond
 - az inkább az integrációt szolgáló támogató szolgáltatásnak, illetve a házi segítségnek,
 - a nappali ellátásnak,
 - az ápolási díjnak,
 - a közlekedési támogatásnak,
 - a LÁT-nak,
 - a közgyógyellátásnak (a bentlakásos ellátások jelenlegi szabályozása szerint ugyanis a szociális intézménynek rendelkeznie kell egy alapgyógyszerlistával, ami a legtöbb betegsége, állapotra választ ad – az kicsit más kérdés, hogy az intézmények előszeretettel hagyatkoznak a közgyógyellátásra a gyógyszerek beszerzésénél),
 - a munkavállalás támogatásának.
- Bizonyos természetbeni és pénzbeli támogatások a jogszabályok alapján kizárják egymást: például nem lehet egyszerre valaki nappali és bentlakásos

⁴⁶ Ez a probléma nem csupán magyarországi sajátosság. Dániai fogyatékos emberek panaszkodtak arra, hogy miközben az állam az élet szinte minden területén biztosítja számukra az egyedi megoldásokat – saját gépkocsi, akadálymentesített egyedi lakhatás stb. – addig például képtelenek felszállni a buszra, vagy bejutni a templomba.

intézmény egyidejű ellátottja, annak ellenére nem, hogy mindkettő szolgáltatásaira szüksége lenne.

- A támogatások folyósításánál a támogató (végső soron a magyar állam) részben megbízik a fogyatékossgal élő emberben, tehát közvetlenül neki utal pénzt, sok esetben azonban inkább az intézményt vagy (jobb esetben) a szolgáltatást támogatja, elég érthetetlen filozófia és alapelvek szerint.

A támogatások rendszere meglehetősen igazságtalan tud lenni, s különböző helyzeteket eredményez attól függően, hogy ki, mikor és milyen feltételek szerint került bele a rendszerbe. Van aki bőven megél munka nélkül is, igénybe véve az összes lehetőséget, van viszont, aki nyomorogni kényszerül. Egységes szemlélet természetesen nem tudja ezeket az – alapvetően jórészt jóhiszeműen szerzett jogok alapján kialakult – anomáliákat azonnal kezelni, de idővel azért kialakulhat a társadalom teherbírásiának megfelelő, egységes, igazságos támogatási rendszer. Emellett tisztázatlan a területi alapon szerveződött szolgáltatók ellátási, szolgáltatási kötelezettsége.

2.4.6. A SZOCIÁLIS VÉDELEM JOGI ESZKÖZEI

A szociális védelem jogi eszközei elsősorban a korábban már ismertetett jogszabályokban jelennek meg. Ezek közül kiemelendő az Egyenlő Bánásmód Hatóság, valamint az állampolgári jogok országgyűlési biztosának hivatalában 2009 januárja óta dolgozó fogyatékossgügyi referens munkája. A fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos intézkedések szempontjából iránymutatók még az Állami Számvevőszék jelentései és a meghatározó érdekképviseleti szervezetek kutatásai, állásfoglalásai. Az ellátottjogi képviselőkkel közösen e szervezetek munkája nagyban elősegítheti az esélyegyenlőségi törvényben foglaltak gyakorlati megvalósulását, akár precedens értékű esetek segítségével is, amelyek támpontul szolgálhatnak a vitás kérdések eldöntésekor.⁴⁷

2.5. Alternatív és újszerű megközelítések

A szociális törvénnyel szemben, avagy inkább annak megreformálására, több kezdeményezés is történt az utóbbi évtizedekben a szociális ellátások hatékonyabb, célzottabb és az esélyegyenlőséget inkább szolgáló átalakítása érdekében. Közülük a legnagyobb szakmai és politikai visszhangot az ún. SZOLID program és a Tékozló koldus – egymással egyébként erős rokonságban álló – kezdeményezése kapta.

47 Ennek egyik legismertebb példája egy kerekesszékes fiatal ember esete a Centrál Kávéházzal még 2000-ből. Ld. <http://www.drahu.org.hu/index2.html>, <http://www.origo.hu/itthon/20030116atkell.html>.

2.5.1. A SZOLID PROGRAM

2003-ban kezdeményezte Göncz Kinga akkori egészségügyi, szociális és családügyi miniszter az ún. SZOLID programot (nevét a program a szociális törvény lehetséges megújítása és a szociális igazgatás demokratikus, távlatos fejlesztése elnevezés rövidítésével kapta), abból a megfontolásból, hogy a már akkor is elavultnak tekintett szociális törvényt új alapokra helyezze. A program keretében több tucat szakértő írta le és egyeztetette gondolatait a pénzbeli és a természetbeni szociális ellátásokról, a szolgáltatások szervezéséről, a szegénység felszámolásáról. A program kimondott célja volt a szociális törvény átalakítása, megreformálása az új idők, az akkori kormányprogram (a Jóléti Rendszer-váltás Programja), valamint a közlő európai uniós csatlakozás szellemében.

A program kezdetén Bánfalvi István, a projekt menedzsere a következőképp illette a kezdeményezést:

„A kormányprogram egyik hangsúlyos célja az ún. »jóléti fordulat« elérése. Ennek megvalósítása egyrészt a régóta elmaradt és a koalíciós pártok által megígért jövedelempolitikai intézkedések révén teljesült. ... A jóléti fordulat ugyanakkor nemcsak jövedelmek nagyvolumenű kiáramlását jelentette, hanem egy tudatosan vállalt, programszerű korrekciót is, a jövedelem-újraelosztásban érvényesülő értékrendben. A kormány fordulatszerűen megváltoztatta azt az előző ciklusra jellemző gyakorlatot, amely a rászorulóknak, a szegényeknek fajlagosan (és gyakran nominálisan is) kevesebb kompenzációt, ellátást juttatott, mint a magasabb jövedelműeknek. A jóléti fordulatnak ez a korrekciós jellege a kormánykoalícióval politikailag rokonszenvezőknél és az érintetteknel is jóval szélesebb körben találkozott az emberek igazságérzetével és támogatásával. (...)

A jóléti fordulat céljai mindenekelőtt az időarányos munkatervi feladatok megoldása révén teljesülnek. Történtek már eddig is fontos fejlesztések (például a hajléktalanok ellátásában), és vannak tervben nagyjelentőségű rendszerinnovációk is (ilyen például az ún. Gondoskodás-biztosítás kidolgozása). Az ilyen fejlesztéseket segítik elő az Európai Unió által követett célokhoz való igazodás olyan programjai is, mint a Nemzeti Fejlesztési Terv megfelelő részei, és a »Közös Memorandum a Társadalmi Befogadásról« [*Joint Inclusion Memorandum*] = JIM].

Mindezek mellett, az elmúlt időszakban világossá vált, hogy a jóléti fordulatnak, sőt a jóléti rendszerváltásnak a sikeréhez nélkülözhetetlen a szociális védelmi rendszer működésének megújítása is.

Olyan célok eléréséről van itt szó, mint a jogi szabályozás világossága, összhangja és egzaktsága; az intézmények működésében az emberek igényeihez igazítása; az igazgatási és az ügyintézési eljárásokban a szakmai színvonal, a jogszerűség, a demokratikus és minőségi kontroll garantálása; a gyakorlati teljesítményekhez és az ellátások minőségéhez igazított finanszírozási rendszer érvényesítése; az adatkezelés és a tájékoztatás lényeges megjavítása.

Mindezek a jóléti politika megvalósításának olyan feltételei és keretei, melyek az ellátások értékével, a szolgáltatások terjedelmével egyenrangú követelmények, és teljességétől a szociális védelem hatékonysága – a jövedelmi ará-

nyok, az ellátások színvonala és szándékolt célzottsága mellett –, jelentős mértékben függ.

Noha a kormányprogram nem tartalmazza nevesítetten ennek a törvénynek a megújítását, a minisztérium és a kormány egyaránt időszerű feladatnak tartja a jóléti rendszer egyfajta – nevezzük így – »civilizációs dimenziójá«-nak a megújítását is, amely nélkül az egyes programba vett intézkedések hatása is eltompulhat, és a meglévő szociális védelmi rendszerünk még jobban eltávolodhat a valós társadalmi problémáktól.

Jogi, intézményi, igazgatási átalakításról, a működésmód, a finanszírozás és a jogosultságok korszerűsítéséről, a valóban szektorsemleges partnerség tisztázott feltételeinek harmonizációjáról, egyfajta »szociális mechanizmus-reformról« van itt szó.

S mindehhez nem elég a (sikeresen befejezett) EU-jogharmonizáció, hanem az uniós tagsággal célszerűen összehangzó kategóriák, elvek, normák, célzottabb szabályozás és egzaktabb számbavétel bevezetése, demokratikusabb gyakorlat előmozdítása sem halasztható, elemi érdek. (...)

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium ezért önálló programot indított az elmúlt hónapokban »A Szociális Törvény Lehetséges Megújítása, és a Szociális Igazgatás Demokratikus, Távlatos Fejlesztése« címmel. A program rövidített elnevezése (»SZOLID Projekt«) kifejezi, hogy itt a szolidaritási elven biztosított ellátásokat és szolgáltatásokat szabályzó, központi jelentőségű törvény megújítása a cél. És bár egyfelől a *társadalombiztosítási*, másfelől a *munkaerőpiaci viszonyokhoz kapcsolódó jogszabályok* sok szálon kötődnek a szociális ellátások világához, azok megújítását e munka közvetlenül nem tűzte ki célul. Sőt, bevallottan nem feladata ennek a projektnek a *többi határterületi jogszabály módosításának kidolgozása sem*. De az igen, hogy teremtsen harmóniát projekt a határterületi reformokkal, s ha kell, tegyen ajánlásokat más érintett jogszabályok célszerű változtatására.

Bár ez a munka közvetlenül nem foglalkozik a kormány jóléti politikájának főbb intézkedéseivel, az egyes ellátások mértékének megváltoztatásával, de több ponton érinti a szociális védelmi rendszer működését, teljesítményét, és némely ellátások és szolgáltatások átrendezésével is járhat. (...)

A »SZOLID« Projekt nevesített feladata, hogy – a szokásos törvény-előkészítő kormányzati előterjesztések megalapozása mellett – dolgozzon ki egy ún. „zöld könyvet”, ami nem más, mint egy kismonográfia méretű szakértői vitaanyag a szociális törvény tervezett módosítása megalapozásához. (...)

A »SZOLID« Projekt végeredménye egy olyan dokumentumsorozat, ami tartalmazza a szociális törvényre vonatkozó minden fontos dokumentumot és háttér tanulmányt. (...)

A munkát úgy kell folytatnunk, hogy a kormány a megújult törvény (szolidaritási alaptörvény) koncepciójáról 2004. I. félévében dönthessen, és törvényjavaslatát – a fentieknek megfelelő demokratikus processzus alapján, a kiegészítő dokumentumokkal együtt – 2004 év végéig tárgyalja az Országgyűlés.” (Bánfalvi 2004: 2–4)

Ezek voltak tehát a lelkes kezdetek 2004 elején. A program folytatása azonban már kissé kevésbé fényesre sikeredett (Győri 2007):

- 2004. január 21-i ülésén a kormány jóváhagyta a SZOLID projekt célkitűzéseit, úgy döntött, hogy tovább kell folytatni a megkezdett reformmunkálatokat, ki kell dolgozni a szolidaritási törvény koncepcióját.
- 2004: Az Ifjúsági, Szociális és Családügyi Minisztériumban (ISzCsM) tovább folynak a szociális törvény átalakítására irányuló ún. SZOLID projekt munkálatai.
- 2005: Gyurcsány Ferenc a reformok helyett meghirdeti a 100 lépés programját.
- 2006: A Szociális és Munkaügyi Minisztériumban (SzMM) nem folytatódnak a szociális törvény átalakítására irányuló ún. SZOLID projekt munkálatai.
- A program egyfajta zárásaként megjelenik a Szükség van a változásra! c. tanulmánykötet (Darvas—Győri—König—Mózer—Tóth).
- Az NCsSzl munkacsoportokat szervez a szakértői munkák folytatására.
- 2007: Kiss Péter meghirdeti a Paradigmaváltás programját.

A program tehát szemmel láthatóan elhalt a 2004-es Medgyessy–Gyurcsány-kormányfőváltás során. Bár arra vonatkozóan nem találtam anyagot, hogy ennek mi volt az oka, de minden bizonnyal szerepet játszott az a felismerés is, hogy a SZOLID-ban foglaltak megvalósítása egyrészt igen jelentős társadalmi vitát gerjesztett volna – vélhetően felesleges indulatokkal is –, másrészt a hatalom konszolidálása után már nem volt elég idő a 2006-os választások előtt a program végrehajtására. Az is kétségtelen tény, hogy a SZOLID átmeneti időre mindenképp nagyobb állami ráfordításokat követelt volna, mint a szociális törvény megtartása, amit az egyre nehezkesebben mozgó állami költségvetés már nem bírt el. Így aztán maradtak a szakértői anyagok és a szakmai beszélgetések, újabb és újabb programok.

Vége nem hajtása ellenére a SZOLID igen fontos hozománya volt a párbeszéd és értelmes diskurzus kialakulása a szociális szakemberek és a szociális szférával foglalkozó nem szociális szakemberek között. Igen értékes kutatások valósultak meg és szakértői anyagok születtek,⁴⁸ amelyek eredménye beépült az azóta megvalósult egyes ésszerűsítő változtatásokba, a szociális törvény és a hozzá kapcsolódó egyéb jogszabályok módosításaiba.

2.5.2. A TÉKOZLÓ KOLDUS

Az ún. a Tékozló koldus ruháját szaggatja c. kezdeményezést 2006-ban indította el két szociálpolitikus, Győri Péter és Mózer Péter, akik korábban szakértőként részt vettek az imént ismertetett SZOLID projekt munkálataiban. A Tékozló koldus program a szociális ellátások rendszerének átalakítását tűzte ki célul

48 A SZOLID program során készült szakértői anyagokat lásd például a <http://www.3sz.hu/jm/szakmai-anyagok/szolid> oldalon.

a SZOLID szellemében, de annál radikálisabb megoldásokat kínálva. Győri Péter az új lakásfenntartási támogatásra vonatkozóan dolgozott ki javaslatot, míg Mózer Péter elsősorban a pénzbeli ellátásokról, a családtámogatásokról érkezett a dolgozatban, amelynek javaslatai azóta részben beépültek a vonatkozó szabályozásba.

A Tékozló koldus a következő kérdésekre kísérelt meg válaszokat adni (Győri – Mózer, 2007):

- Hogyan lehet az arra rászorultak szükségleteit – ugyanannyiból – a jelenleginél jobban kielégíteni?
- A központi állam és a helyi önkormányzatok feladatainak, felelősségének a jelenleginél egyértelműbb tisztázása – ennek megfelelő mechanizmusok kialakítása.
- Az új (EU-) források perspektivikus, az eddigieknél jobb felhasználása.
- A véges források (a „kapacitásszabályozás”) szükségletorientált működtetése.
- Az ellátási „fehér foltok” tudatos csökkentése, a legrászorultabbak támogatása.
- A finanszírozók és a szolgáltatók szerepének kiegyensúlyozása.

A dolgozat kiinduló tézisei, amelyek alátámasztották az átalakítás szükségességét, a következők voltak (Győri – Mózer, 2006):

- A helyi és a megyei önkormányzatok túlzott kötelezése.
- A direkt utasításos rendszer újraépülése a jogszabályi kötelezések által.
- A pénzbeli támogatások helyett néhány szolgáltatással történő (látogat)orvoslás.
- A nyitott, decentralizált és átlátható központi állam kialakításának elmaradása.

A Tékozló koldus által javasolt átalakítások fontosabb irányai (Győri – Mózer, 2007):

- A szolgáltatások központi normatív finanszírozásának és szabályozásának jelentős visszaszorítása.
- Új pénzbeli támogatási formák kialakítása – az állami normatívák kiváltására.
- A pénzbeli ellátások körének és normativitásának megerősítése, szélesítése, szükség esetén mértékének emelése.
- A központi állami támogatások felosztásának, elosztásának, a szolgáltatás-finanszírozás nagy részének regionális szintre delegálása.
- Probléma- és szükségletorientált központi állami programtámogatások kialakítása (figyelembe véve az EU-támogatások keretében létrejövő, illetve létre nem jövő szolgáltatásokat is).
- A szolgáltatásokra vonatkozó központi jogszabályok maximális deregulálása.

- A szolgáltatások körében – ahol lehetséges – jövedelemfüggő térítési díj bevezetése.

Az átalakítás szerzők által várt eredményei az alapelveknek megfelelően (Győri – Mózer, 2007):

- Önkormányzatiság: a helyi önkormányzatok szerepe „kötelezettből” támogatott szolgáltatásszervezővé válna, miközben a döntéseket is a jelenleginél sokkal hatékonyabban tudnák befolyásolni.
- A szereplők aktív részvétele: a jelenleginél határozottan nagyobb szerephez jutnának az egyes ellátók, ellátásfenntartók a döntéshozatalban.
- Ellenőrizhetőség: egyértelműbbé válhat az egyes feladatok végrehajtásának számonkérhetősége.
- Ésszerűség a szükségletkielégítésben: megszüntethető a konkrét szolgáltatás országosan egységes finanszírozása, szabályozása:
- Szubszidiaritás: a döntéshozatal közelebb kerülne a valós szükségletek, információk helyéhez (így lehetőség nyílna a problémaorientált, szükségletorientált sajátos szolgáltatások finanszírozására, kialakulására).
- Az alapszükségletek biztosítása: a központi kormányzat speciális programtámogatási (illetve regionális elosztási) formákkal a jelenleginél sokkal célzottabban tudná kezelni az ún. fehér foltokat, a legelmaradottabb kistérségeket.

A dolgozat foglalkozik továbbá a következőkkel:

- a) a minimálisan szükséges szolgáltatások köre (a gyermekvédelem és a gyámügy, a munkaügyi, a foglalkoztatási szolgáltatások, az étkeztetés, a házi gondozás, a tanya- és a falugondnoki hálózat, a védőnői hálózat, a bentlakásos intézmények, vagy a speciális támogatott lakhatási formák),
- b) a központi kormányzat szerepe (csökken, helyét regionális szolgáltatásszervezők veszik át),
- c) szabályozási kérdések,
- d) finanszírozás – kapacitásszabályozás,
- e) szükségletszabályozás.

A javaslat nagy erénye továbbá, hogy messzemenően figyelembe veszi a jelenlegi szabályozási rendszert, ezért viszonylag könnyen átültethető a gyakorlatba.

2.6. Az európai unióbeli országok fogyatékosági politikái

A nyugat-európai országok többsége több évtizede fontosnak tartja a fogyatékosággal élő emberek megfelelő, integrált életvitelének biztosítását, az esélyegyenlőség elősegítését. Mindazonáltal ezekben az országokban is folyamatosan változtak, változnak a fogyatékosággal élő emberekkel kapcsolatos közpolitikák, s eltérő a fogyatékosággal kapcsolatos kiadások finanszírozási

rendszere is. Általánosságban igaz, hogy nincs éles határ a szociálpolitika és a foglalkoztatáspolitikák között, hanem a különböző szakágazati intézkedések egységes rendszerben és szemlélettel történnek. Az országok közötti különbségekre a függelékben található táblázatok világítanak rá.

3. Fogyatékoságügy a foglalkoztatáspolitikában

3.1. A foglalkoztatás- és a szociálpolitika kapcsolódási pontjai

A foglalkoztatás- és a szociálpolitika igen sok helyen összekapcsolódik. Míg korábban elsősorban a szociális törvényben szabályozott ún. passzív ellátások voltak fontosak, addig ma már egyre inkább előtérbe kerülnek a közvetett, több célcsoportra irányuló szociális ellátási formák, amelyeknek a passzív ellátásokhoz hasonlóan ugyanaz a céljuk: a célcsoport életminőségének javítása. Az életminőségnek csupán egyik eleme a jövedelmi helyzet. A passzív ellátások csak a jövedelmi helyzeten javítanak valamelyest, míg az ún. aktív ellátási formák alkalmazásával az életminőséget nagyban meghatározó önbecsülés, az érzelmi, az anyagi biztonság is nagymértékben javul, s ezáltal lehetővé válik az ellátottak belső tartalékainak felszabadulása, hasznosulása, amellyel, hogy ez gazdasági értelemben is hatékony eszköz.

Bizonyos szempontból a foglalkoztatáspolitikát nem is választható el a szociálpolitikától, illetve bizonyos eszközökről nem dönthető el, hogy melyik kategóriába tartoznak. S ahogy a szociálpolitikához, úgy más szakpolitikákhoz is sok köze van a foglalkoztatáspolitikának. Ilyen a gazdaságpolitika, hiszen például a munkahelyteremtés egyszerre szolgál gazdaságpolitikai, foglalkoztatáspolitikai és szociálpolitikai célokat.⁴⁹ A fogyatékosággal élő emberek támogatott foglalkoztatása és az ugyanebből a célból kidolgozott Munkahelyi Gyakorlat Program (MHGY) sem sorolható be egyértelműen valamelyik szakpolitikába.⁵⁰

3.2. A foglalkoztatáspolitikai meghatározása, jellemzői, irányzatok

A foglalkoztatáspolitikai olyan összetett társadalom- és gazdaságpolitikai eszközrendszer, amelynek célja a társadalom rendelkezésére álló munkaerőalap társadalmi szinten lehető leghatékonyabb kihasználása és a munkaerőpiac minél harmonikusabb működésének elősegítése. A foglalkoztatáspolitikai elvek, intézkedések és intézmények rendszere, amellyel az állam a foglalkoztatást befolyásolja.

49 Említhetném akár az egészségügyet is, hiszen a foglalkoztatás növelése nagymértékben hozzájárul az emberek önbecsülésének kialakulásához. A megbecsült, értékteremtő munkának márpedig bizonyítottan megelőző szerepe van a pszichés és a lelki betegségek kialakulásában, s így közvetve az egészségügyi kiadások csökkentésében, a népesség várható életkorának növekedésében.

50 E módszereket a Salva Vita Alapítvány honosította meg Magyarországon. Lásd Dávid Andrea előadását a Fogyatékoságtudományi Szabadegyetem 2006-os sorozatában. Dávid, 2006., illetve www.salvavita.hu.

A foglalkoztatáspolitikai célja és eszköztudománya aszerint változik, hogy milyen gazdasági berendezkedésű az ország.

- A *tiszta piacgazdasági modell* szerint a munkaerőpiac mentes az állami beavatkozásoktól. Kizárólag a gazdasági érdekek döntenek el, hogy a feladatokat hogyan és kivel végzik, végeztetik el a szervezetek. Ebben a rendszerben a foglalkoztatáspolitikai befolyása csekély.
- A *tervgazdálkodási modell* azt feltételezi, hogy a feladatokhoz az állam rendel hozzá az erőforrásokat, és a végrehajtás módját is megjelöli. Ebben a rendszerben a totális állam a kizárólagos meghatározója a foglalkoztatáspolitikának.
- A *vegyes modell* az előző kettő keveréke. A valós gazdaság nem független, így nem képzelhető el az, hogy kizárólag piaci szempontok szerint működjön, mindenképpen szükséges az állami szerepvállalás.

A foglalkoztatáspolitikai szereplői:

- az állam mint tulajdonos,
- az állam mint kormányzati szerv,
- a munkaadók,
- a munkavállalók,
- az érdekképviseleti szervezetek.

A foglalkoztatáspolitikai főbb beavatkozási területei:

- a munkaerő megoszlása (a gazdasági folyamatok befolyásolása),
- képzési rendszerek kialakítása,
- a munkaerőpiacról kizorult emberek (az inaktív emberek) integrálása, a munkanélküliség kezelése.

A szakirodalom alapvetően kétfajta foglalkoztatáspolitikát ismer: az aktív és a passzív irányzatot.

3.2.1. AZ AKTÍV FOGLALKOZTATÁSPOLITIKA

Az aktív foglalkoztatáspolitikai valamilyen módon aktiválja a munkanélküli embert, s a munkanélküliséghez vezető okokat is befolyásolni kívánja. Aktív eszközök a következők:

- piaci programok támogatása,
- a foglalkoztatáshoz kapcsolódó járulék átvállalása,
- képzések támogatása,
- az intenzív álláskeresés támogatása,
- a vállalkozóvá válás támogatása,
- a foglalkoztatás bővítését szolgáló támogatások,
- a közhasznú munka támogatása,
- a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásának támogatása,

- a fiatal munkanélküliek foglalkoztatási támogatása,
- a munkaidő megváltoztatása,
- a nyugdíjkorhatár megváltoztatása,
- a húzóágazatok serkentése,
- az áttelepítési támogatás,
- az állami megrendelések.

3.2.2. A PASSZÍV FOGLALKOZTATÁSPOLITIKA

A passzív foglalkoztatáspolitikai egy adott helyzetben a társadalmi, a gazdasági feszültségek enyhítésére törekszik, függetlenül attól, hogy aktivizálja-e a munkanélküli embert vagy csak segíti. Passzív eszközök:

- járadék (álláskeresői támogatás),
- nyugdíj előtti munkanélküli segély,
- költségtérítés,
- közmunkaprogramok.

3.3. A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatása Magyarországon

A megváltozott munkaképességű, köztük a fogyatékossgal élő emberek számosságára vonatkozó friss adatok sajnos nem állnak rendelkezésre. 2002-ben az EU valamennyi tagállama és a csatlakozásra készülő országok az EUROSTAT (az európai uniós statisztikai szervezet) kérdőíve alapján célzott adatfelvételt hajtottak végre a megváltozott munkaképességű, köztük a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásáról. Eszerint Magyarországon a 15–64 éves népesség 11%-ának, 748 200 embernek van legalább 6 hónapja fennálló és még hat hónapig fennmaradó, a mindennapi életvitelét zavaró egészségi problémája. Közülük aktív korú 656 000 ember (Pulay, 2009: 20). A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatottságára vonatkozó pontos adat a KSH 2001. évi népszámlálása óta nem áll rendelkezésre, csupán becslésekre lehet támaszkodni. Akkor a magát fogyatékosnak valló 577 006 ember 10,3%-a volt foglalkoztatott, míg Nyugat-Európában a munkaképes korú fogyatékos emberek 29,7%-a dolgozott. Az ÁSZKI (az Állami Számvevőszék Kutató Intézete) 2009-es becslése szerint jelenleg a munkaképes korú megváltozott munkaképességű emberek⁵¹ mintegy 12–15%-a dolgozik, s ez jelentősen elmarad az Európai Unió vezető tagállamaiban manapság tapasztalt 40%-tól (Pulay, 2009: 23).⁵²

51 A kutatás nem tesz különbséget a megváltozott munkaképességű emberek és a fogyatékossgal élő emberek között, a korábban ismertetett okok miatt. A számítás módszere eltér a 2001-es népszámlálás metodikájától.

52 Az óriási eltérést valamelyest magyarázhatja, hogy Nyugat-Európában a lakosság jóval nagyobb hányadát tekintik fogyatékossgal élőknek, hiszen ott – a fogyatékossgal tágabb, társadalmi megközelítése alapján – például az idős emberek jelentős része is fogyatékosnak tekinthető. Az ábrát erről ld. a függelékben.

Emellett a megváltozott munkaképességű, köztük a fogyatékossgal élő emberek nagy többsége nem is keres munkát. Az alacsony foglalkoztatottság egyik fő indoka, hogy a támogatási rendszer nem ösztönzi a munkáltatókat a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatására (Pulay, 2009). A fogyatékossgal élő aktív korú emberek többsége nyugdíjas, nem keres munkát. Ugyanakkor a fogyatékossgal élő emberek, és közöttük is a nyugdíjat kapók munkanélküliségi rátája lényegesen magasabb, mint a teljes népességé. Ez arra utalhat, hogy inkább a munkalehetőség hiánya, és kevésbé az alacsony munkavállalási hajlandóság okozza a jelentős inaktivitást. Az inaktívak között azonban relatíve alacsony azoknak az aránya, akik szeretnének dolgozni, csak nem kerestek állást, és emiatt nem számítanak munkanélkülinek. Azok, akik nem keresnek állást, ezt többnyire azzal indokolják, hogy betegek – nagyon kevesen említik, hogy az állások hiánya vette el a kedvüket. A fogyatékossgal élő emberek közel felének olyan a fogyatékossga, hogy az a munkavégzésben is korlátozza: látható, hogy ez azzal is jár, hogy a végzettségüknél alacsonyabb tudást igénylő munkakörben dolgoznak. Ha a fogyatékossga nem zavarja a munkavégzést, akkor ez a végzettségnek megfelelő munkakör megtalálását is segíti: ezek a fogyatékossgal élő emberek nem szenvednek lényegesen nagyobb hátrányt, mint az összes foglalkoztatott. A helyzetképet megerősíti egy vállalati kérdőíves felmérés is. Egy 2001–2002-ben készült adatfelvétel szerint a 200 legnagyobb hazai vállalatnál foglalkoztatott több mint 5000 megváltozott munkaképességű ember mintegy 15–30 százaléka nem a végzettségének megfelelő munkakörben dolgozik (Scharle, 2005: 202).

3.3.1. A FOGYATÉKOSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK FOGLALKOZTATÁSÁNAK RÖVID TÖRTÉNELME

A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatása az 1950-es évekre nyúlik vissza, amikor a Fővárosi Kézműipari Vállalat szociális jellegű foglalkoztatba fogott. Egészen az 1980-as évekig meglehetősen korlátozott volt a fogyatékossgal élő és a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása, hiszen csak néhány nagy állami vállalatnál foglalkoztattak kifejezetten ilyen embereket. Emellett természetesen – hiszen az állami tulajdonú vállalatok ezt megengedhették maguknak – más vállalatok is foglalkoztattak megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő embereket. A 3/1983-as közös PM—EüM rendelet teremtette meg annak a lehetőségét, hogy rehabilitációs céllal munkahelyek jöjjenek létre. A védett szervezetek, a célszervezetek a Pénzügyminisztérium engedélyével alakulhattak és részesülhettek támogatásban.

A foglalkozási rehabilitációra vonatkozó 8/1983 PM—EüM együttes rendelet közel 25 éven át (többek szerint még ma is) meghatározó szerepet töltött és tölt be a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásában.⁵³ A rendelet szerint a foglalkozási rehabilitáció annak a munkáltatónak a feladata, ahol a megváltozott munkaképességű személy a rokkantság megállapítása idején dolgozott. A

53 A rendeletet 2008. január 1-jétől végleg hatályon kívül helyezte a 176/2005 és 177/2005 évi FMM-rendelet, de szellem(iség)e tovább él...

munkáltató a rehabilitáció költségeihez támogatást igényelhetett, a támogatás azonban a foglalkoztatás tényéhez kapcsolódott, és nem volt a szabályozásban olyan elem, ami a munkaképesség helyreállítását, vagy romlásának megakadályozását ösztönözte volna. A támogatás folyósítása semmilyen módon nem függött a munkáltató rehabilitációs tevékenységétől és eredményeitől, és a támogatott szervezetek nem is kellett, hogy beszámoljanak ezirányú tevékenységükről. A szabályozás előírta, hogy ahol lehetséges, ott a megváltozott munkaképességű dolgozót eredeti szakmájában kell foglalkoztatni, de a támogatások folyósításának ez nem volt feltétele, és nem is kellett dokumentálni ennek teljesülését.

A megváltozott munkaképességű emberek védett foglalkoztatása jelentős állami támogatást élvezett. A rehabilitációs foglalkoztatás támogatását szabályozó, már említett rendelet szerint a célszervezetként nyilvántartott vállalkozások az egyébként érvényes – az aktuális garantált bruttó minimálbért 100%-nak véve – a bármely vállalkozás által igénybe vehető 45–135% helyett, a fogyatékoság mértékétől függően 150–425 %-os dotációt kaptak a megváltozott munkaképességű dolgozók miatt (minél súlyosabban, halmozottabban volt fogyatékos valaki, annál többet). A célszervezetként nyilváníttás feltétele volt, hogy a vállalkozás statisztikai állományi létszáma elérje az 50 főt, és a dolgozók legalább 60 százaléka megváltozott munkaképességű legyen.

A rendszer olyan mértékben támogatta a súlyos fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatását, hogy az a tényleges munkavégző-képességtől függetlenül is jövedelmező volt, és ellenérdekeltté tette a vállalkozót a rehabilitációban.⁵⁴ A nagymértékű támogatás ugyanakkor jelentős költségvetési kiadást is jelentett (különösen a 2000–2006-os években nőtt meg drasztikusan az erre fordított összeg), s ezen okok miatt is halaszthatatlan volt a szabályozás módosítása. A dotáció mértéke továbbá meghaladta az európai uniós versenyszabályozásban engedélyezett szintet is, s ezzel torzította a vállalkozások közötti piaci versenyt.

Az 1980-as években egyre több védett szervezet alakult – akár civil kezdeményezésre is –, amelyek segítségével a fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatási rátája 1990-re az aktív korúak 14%-ára emelkedett. A védett szervezetek mellett minimális támogatásban más vállalkozások is részesülhettek, ha megváltozott munkaképességű és fogyatékosággal élő embereket foglalkoztattak. A támogatás igénybevételének egyedüli feltétele a foglalkoztatás ténye volt. A rendszer egészen 2006-ig meghatározta a fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatási kereteit, bár a kormányzat több esetben – először pénzügyi, majd egyre inkább szakmai okokra hivatkozva – megkurtította az erre szánt forrásokat, s akár adminisztratív módon is megállította a létszám- és a kiadásnövekedést.

54 Az OFA megbízásából 2004-ben készített adatfelvétel eredményei szerint a célszervezetek több mint felében folyt valamilyen rehabilitáció. A szervezetek körülbelül felében fordult elő gyakorlati, betanító képzés, a munkahely adaptálása, a munkavállalási képesség felmérése, és az áthelyezés magasabb szintű munkakörbe. A rehabilitáció más formái lényegesen ritkábban fordulnak elő; például a célszervezetek kevesebb mint 15 százaléka végzett a nyílt foglalkoztatást célzó rehabilitációt, és a szervezetek 13 százalékában semmilyen rehabilitáció nem történt. (Scharle, 2005: 206)

3.3.2. A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ HELYZETE

A fogyatékossgal élő emberek integrált foglalkoztatása mindig is megvalósult az országban. Az 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 részben megváltozott munkaképességű embereket alkalmaz, a munkakörülményeket és a munkafeltételeket a megváltozott munkaképességű emberek 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 emberek és a foglalkoztatás elsődleges célja maga a rehabilitáció, nem pedig a gazdaságosan értékesíthető termékek előállítás. A magyarországi jogi szabályozás egy negyedik foglalkoztatási formát is ismer, a védett szervezeti foglalkoztatást, amely átmenet a védett foglalkoztatás és a szociális (intézményi) foglalkoztatás között.

A jogszabályok már az alaptanúsítvány megszerzéséhez is komoly követelményeket állítanak, a rehabilitációs és a kiemelti tanúsítvány megszerzése pedig jelentős befektetéseket, illetve folyamatos többletkiadásokat tesz szükségesé. Az akkreditált munkáltatók közül csak az alaptanúsítványú munkáltatóknál történő munkavégzés tekinthető integrált foglalkoztatásnak; a rehabilitációs foglalkoztatók ún. félig védett foglalkoztatóknak minősíthetők, ilyet azonban az európai uniós szabályozás nem ismer. Itt olyan „hungarikummal” állunk szemben, ami nem valósít meg integrált foglalkoztatást, nem részesíthető kiemelt támogatásban. A jogszabályi előírások miatt a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatása drágább, mint az integrált foglalkoztatásuk. A rehabilitációs foglalkoztatói tanúsítvány felkészülést jelent a majdani védett foglalkoztatói minősítés eléréséhez.

A több évtizede létező dotációs rendszer átalakítására vonatkozó két FMM-rendelet (176/2005. és 177/2005.) lehetővé tette, hogy immár szinte bármely, a foglalkoztatási rehabilitáció alapelemeit bizonyíthatóan felmutatni képes szervezet (tehát nem csupán a piaci vállalkozások, hanem a nonprofit szervezetek is, de a költségvetési szervezetek, a közalapítványok és önkormányzati intézmények nem) jogosulttá váltak a támogatásra. Az akkreditáció kötelessége a célszervezetekre is kiterjedt, amelyek a korábbihoz hasonló – de az Európai Unió versenyszabályozási elveinek immár megfelelő mértékű – támogatásban továbbra is részesülnek. A foglalkoztatás lehetősége immár a szociális intézményekben élő emberekre is kiterjed (ők korábban a célszervezetek telephelyi dolgozóiként vállalhattak munkát). Mindazonáltal valódi munkarehabilitációs tevékenység csupán kevés szervezetnél történik, s a szabályozás megőrizte a

korábbi dotációs rendelet folyamatszabályozó jellegét anélkül, hogy a folyamatok eredményét mérné, illetve számon kérné. A problémákat a rehabilitációs folyamatra vonatkozó előírásokkal, a célszervezetek tevékenységének részletekbe menő szabályozásával és ellenőrzésével orvosolta, s a célokhoz kötött pénzügyi eredményösztönzők helyett adminisztratív korlátokra támaszkodott.

Az új rendeletek egyik deklarált célja például a nyílt munkaerőpiacra való visszavezetés elősegítése. Ennek megfelelően rehabilitációt célzó bértámogatást csak akkreditált munkáltató kaphat, és az akkreditáció feltétele, hogy a rehabilitációs foglalkoztató személyes rehabilitációs tervet készítsen, foglalkozási rehabilitációs szakmai programja legyen, és rehabilitációs megbízottat alkalmazzon. Ezek az előírások megnövelik ugyan a munkáltatók adminisztratív terheit, és az állami ellenőrző szervekét is, de közben nem támasztanak eredményességi követelményeket a munkáltatóval szemben, nincs például a nyílt munkaerőpiacra történt sikeres kihelyezésnek megszabott aránya, amihez a támogatók folyósítását kötni lehetne.⁵⁵

Az állam által kínált rehabilitációs szolgáltatások felelősei az Állami Foglalkoztatási Szolgálat (ÁFSZ) és ennek munkaügyi kirendeltségei (az 5/1998. és a 11/1998. MüM-rendeletek alapján). Jelenleg már minden munkaügyi központban működik három fős rehabilitációs csoport, évente közel 40 ezer ember vesz részt rehabilitációs folyamatban, és 10 ezren helyezkednek el a munkaerőpiacon. Komplex rehabilitációs szolgáltatásokat kínáló Rehabilitációs Információs Centrum (RIC) először Komárom-Esztergom megyében jött létre, és ennek tapasztalatai alapján épült ki a szolgáltatási hálózat az országban. A foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások fejlesztésére egyedi projekteket is indított regionális vagy országos szinten az ÁFSZ, az FMM (a Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium) és az OFA (az Országos Foglalkoztatási Köz-alapítvány).⁵⁶

Az ÁFSZ rehabilitációs szolgáltatási körét hivatott bővíteni a kiemelt európai uniós támogatású HEFOP 1.1.1 program, amely 2009-ben indult meg több éves előkészület után. A program célja elérhetővé tenni a komplex rehabilitációs szolgáltatást évente mintegy 40-50 000, a rendszerbe újonnan belépő megváltozott munkaképességű ember számára. A program megvalósulására vonatkozó eddigi tapasztalatokról összefoglalást nem találtam, de az előrehaladásról a sajtó rendszeresen beszámol.

55 Csupán bizonyos modellprogramokban került elő ez a szempont, ahol a védett szervezetek közül is sokan elindultak. Az előírás teljesítésére vonatkozó bevett gyakorlat az volt, hogy egyszerűen cégcsoporton belülre „helyezték ki sikeresen” a munkavállalókat, miközben a „kihelyezett” emberek helyére újakat vettek fel. A cégcsoport teljes nyeresége így lényegében nem változott, miközben a fejlesztési pénzzel – azt eredeti céljától eltérően felhasználva – javítani lehetett például a védett szervezet tőkehelyzetét.

56 Például A foglalkozási rehabilitáció eszköztárának rendszerszerű fejlesztését célzó PHARE program, vagy a Rehabilitációs és szociális információs, valamint szolgáltatási háló kiépítése a kistérségekben korszerű munkahelyek teremtésével című program.

3.3.3. AZ ORSZÁGOS FOGYATÉKOSÜGYI PROGRAMBAN MEGFOGALMAZOTT, A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK MUNKAVÁLLALÁSI ESÉLYEIT JAVÍTÓ FELADATOK

Az intézkedések kerete az 1999 végén elfogadott Országos Fogyatékosügyi Program, amely több évre meghatározta a szakterület feladatait. A program általános célja a fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlőségi helyzetének javítása és társadalmi befogadásának növelése. A foglalkoztatást is érintő cél ezen belül az, hogy a fogyatékossgal élő emberek minél „teljesebb, hasznosabb tagjai legyenek a társadalomnak”. Ehhez a programban megfogalmazott hét alapelv közül három kapcsolódik szorosan:

- a prevenció: a fogyatékos állapot romlásának megelőzése,
- az integráció: a fogyatékossgal élő emberek kapcsolatainak erősítése más emberekkel és intézményekkel,
- a rehabilitáció: a fogyatékos emberek képességének növelése arra, hogy állapotukat és képességeiket javítsák.

Végül, a program stratégiai céljai között szerepel, hogy

- az oktatási és a munkaerő-piaci integráció kiteljesítésével kell segíteni a fenti integrációs alapelv érvényesülését,
- a rehabilitációnak egyebek mellett az önálló értékteremtésre való képességet kell fejlesztenie,
- javítani kell annak feltételeit, hogy a fogyatékossgal élő emberek és a többiek egy munkahelyen, együtt dolgozhassanak.

A program intézkedési terve 2001. és 2002. évi határidőkkel négy feladatot határozott meg a foglalkoztatás területén.

1. Programokat kell kidolgozni a rugalmas és az integrált foglalkoztatás ösztönzésére.
2. Újra kell szabályozni a munkáltatók rehabilitációs foglalkoztatással kapcsolatos feladatait, és annak támogatási rendszerét.
3. Újra kell szabályozni a védett és a rehabilitációs foglalkoztatás funkcióit és támogatási rendszerét.
4. Fejleszteni kell a rehabilitációt és a foglalkoztatást segítő feltételeket, ezen belül minden megyében meg kell teremteni a komplex rehabilitációs szolgáltatás feltételeit, és bővíteni kell a Rehabilitációs Alap felhasználhatóságának körét.

3.4. A hazai foglalkoztatáspolitikai eszközei a fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlőségének megteremtése érdekében

A magyarországi foglalkoztatáspolitikai a 3.2. pontban említett három általános beavatkozási terület (a munkaerő megoszlása, a képzés, a munkaerőpiacról kiszorultak helyzetbe hozása) mindegyikén aktívan és passzívan egyaránt alkalmaz eszközöket a fogyatékos emberek esélyegyenlőségének megteremtése érdekében. Mivel a foglalkoztatáspolitikai és a szociálpolitika sok helyen találkozik, ezért bizonyos, a szociális rendszer által közvetített juttatások tulajdonképp foglalkoztatáspolitikai eszköznek is tekinthetők (pl. szociális intézményen belüli foglalkoztatás).

3.4.1. A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK FOGLALKOZTATÁSÁT ELŐSEGÍTŐ NEM MUNKAERŐ-PIACI ELEMEL

Az egészségügyi ellátórendszer legfontosabb, a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását segítő tevékenysége az orvosi rehabilitációs és habilitációs tevékenység, ami segít a munkaképesség visszaszerzésében és megtartásában.

Szintén fontos – egészségügyinek tekintett – elem az életvitelt segítő eszközök biztosítása fogyatékossgal élő emberek számára. Ezeket a megfelelő szakorvos javaslatára kapják a társadalombiztosítással szerződésben álló szolgáltatóktól.

Az oktatási rendszer képzésekkel szolgálja a fogyatékossgal élő emberek társadalmi integrációját. A fogyatékos tanulók integrált oktatását külön támogatja nyújt az állam, s a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatás keretében számos képzési szolgáltatás is elérhető. A képzések kiterjednek a másodlagos célcsoportra, a szakemberekre is. A legelső, közvetlenül a fogyatékossgal élő emberek szükségleteit szemmel tartó képzés épp a rehabilitációs környezettervező volt a Budapesti Műszaki Egyetemen 2001-ben. 2009 óta elérhető a foglalkozási rehabilitációs képzés is, s az európai uniós támogatások (elsősorban HEFOP és a TÁMOP források) számos más, a fogyatékos embereket közvetve érintő képzési lehetőség megvalósítását is lehetővé tették.⁵⁷ A fogyatékos emberek speciális szempontjai immár megjelennek a különféle tervezők képzésében. Mindazonáltal jelenleg sem a pedagógusok, sem az egészségügyi szakemberek képzésében nem szerepel megfelelő súllyal a fogyatékossgal élő emberek speciális szükségleteinek kielégítése, ezért még külön szegregált szakmaként szerepel például a gyógypedagógus, a szomatopedagógus, a gyógytornász vagy a személyi segítő, ahelyett, hogy a fogyatékossgal élő emberek speciális szükségletei egyszerűen megjelenének az általános képzésben.⁵⁸

57 Például rehabilitációs menedzser.

58 Dániában például nem léteznek ezek a speciális képzések, hanem a diplomás pedagógusok a gyakorlati idejük és tényleges munkájuk során specializálódnak a különféle célcsoportok irányába.

3.4.2. AKADÁLYMENTESÍTÉS

Az egyik legfontosabb, a foglalkoztatást segítő elem az akadálymentesítés, aminek sajnos nincs nagy hagyománya Magyarországon. Maga az akadálymentesítés tulajdonképpen az egyenlő esélyű hozzáférés mint emberi alapjog gyakorlati megvalósulásának tekinthető, s ilyen értelemben egyes szociális szolgáltatások (például az ügyintézés segítővel) is akadálymentesítésnek foghatók fel. A két fő terület a fizikai és a kommunikációs akadálymentesítés.

A fizikai akadálymentesítés, aminek célja a szabad közlekedés, kiterjed mind a magán- mind a középületekre, valamint a közterületekre és a közösségi közlekedésre. Az utóbbi években felgyorsult mind a négy területen ez a folyamat, s immár ezek jelentős része elérhető fogyatékos emberek számára. A jogszabályi előírások mellett az európai uniós források is nagy szerepet játszottak ebben, de az eredmények köszönhetőek a fogyatékos emberek szervezetei fellépésének és a társadalom lassú szemléletformálódásának is.⁵⁹ Mindazonáltal az összes fontosabb szolgáltatás eléréséhez még nagyon sok erőfeszítésre és erőforrásra van szükség.

A kommunikációs akadálymentesítés célja az összes, több ember által elérhető szolgáltatás és közjóság elérése olyan emberek számára, akik azt látás-, hallás-, beszéd vagy értelmi képességeik sérülése miatt elérni nem tudják. Bár léteznek alternatív, ún. augmentatív kommunikációs formák, ezek használata egyrészt nehézkes, másrészt az emberek számára nem mindig elérhető. Épp ezért indokolt minél több helyen közvetlenül elérhetővé tenni a szolgáltatásokat. A kommunikációs akadálymentesítés legfontosabb eszközei:

- Látható jelek, vezetősávok, dombornyomott, esetleg Braille-írással készített információs táblák látássérült embernek.
- Indukciós hurok és hallókészülék hallássérült emberek számára.
- Könnyen érthető feliratok, piktogramok intellektuális fogyatékosokkal és autizmussal élő emberek számára.
- Az egyik legfontosabb „közszolgáltatás”, az internet akadálymentesítése is egyre nagyobb teret nyer. Az ún. W3C szabvány⁶⁰ alkalmazásával egyre szélesebb felhasználói csoportok számára lesznek elérhetőek a net szolgáltatásai a fogyatékos emberek összességére számúra. A szabvány alapelvei (W3C, 2002):
 - o univerzális elérés,
 - o szemantikus (jelentésen alapuló) internet,
 - o bizalom,
 - o együttműködés,
 - o levezethetőség,
 - o decentralizálás,
 - o multimédia.

59 Az akadálymentesítési előírások legjobb összefoglalója az Akadálymentesítési segédlet, amely elérhető például a http://www.fszk.hu/api/szakmai_anyagok/segedlet_v6_2009_ebook.pdf oldalon.

60 Ld. a <http://www.w3c.hu> oldalt.

3.4.3. A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK FOGLALKOZTATÁSÁT ELŐSEGÍTŐ ELEMELK AZ ÁLLAMI MUNKAÜGYI INTÉZMÉNYRENDSZEREN KERESZTÜL

A munkakereső fogyatékos emberek és potenciális munkaadók minden olyan támogatási formát igénybe vehetnek, amik a nem fogyatékos, de hátrányos helyzetű (pl. Start Kártya, Start Plusz Kártya, Start Extra Kártya), vagy általában megváltozott munkaképességű emberek számára is nyitva állnak. Ilyen a megváltozott munkaképességű, a munkaügyi kirendeltségen nyilvántartásba vett álláskereső foglalkoztatását – munkába helyezését, beilleszkedését – segítő bértámogatás is⁶¹. „A bértámogatás hátrányos helyzetű álláskeresők, közte megváltozott munkaképességűek, valamint olyan emberek foglalkoztatásához állapítható meg, akit munkahelyének elvesztése fenyeget és az ötvenedik életévét betöltötte, vagy életkorra tekintet nélkül legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezik. A támogatás annak a munkáltatónak a kérelmére ítéhető oda, amely a támogatható hátrányos helyzetű munkavállalói körből munkavállalót foglalkoztat, vagy foglalkoztatni kíván, és a jogszabályban meghatározott feltételeknek megfelel. A támogatás 12 hónapot elérő foglalkoztatáshoz nyújtható, mértéke a munkavállaló munkabére és annak közterhei együttes összegének 60%-a.” (ÁFSZ, 2007: 6)

Mindazonáltal a foglalkoztatáspolitikai a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását több módon különösen is támogatja.

3.4.3.1. Bértámogatás

Ezek közül az egyik legfontosabb a bértámogatás, mely csak a foglalkozási akkreditációval rendelkező munkaadók számára elérhető 2007. július 1-jétől. Az akkreditációs folyamat keretében a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkaadókat foglalkoztatási szempontból minősítik és erre kerül sor, az akkreditáció alapja a kérelemben megjelölt telephelyek, fióktelepek minősítése. Az akkreditációs tanúsítvány szintenként eltérő érvényességi időre állítható ki. Az alaptanúsítvány érvényessége 5 év, a középszintű, ún. rehabilitációs tanúsítvány érvényessége 3 év, míg a kiemelt tanúsítvány 2 évre kapható meg, s az utóbbi a védett szervezeti cím használatára is feljogosít. Ugyanez a cím illeti meg a kiemelt tanúsítvány alapvető feltételeit teljesítő, s valamennyi feltételt 1 éven belül elérő, feltételes tanúsítványt kapott munkaadót.

Az akkreditáció minden, a Munka Törvénykönyve szerinti munkaadó számára lehetséges két feltétellel:

- ha a megváltozott munkaképességű munkavállalók létszáma eléri a 20 főt, és ez egyben a munkaadó által foglalkoztatottak 40%-át elérő létszám, akkor alaptanúsítvány kiállítására nincs mód, csak a feltételek teljesítése esetén rehabilitációs vagy kiemelt tanúsítványra;

61 Megállapította az ftt. 16. §-a; és a 6/1996. (VII. 16.) MüM-rendelet 11. §-a.

- a kiemelt (és az ideiglenes) tanúsítványt csak annak a munkaadónak lehet kiállítani, aki, amely legalább 50 főt, ezen belül legalább létszáma felében legalább 50%-ban megváltozott munkaképességű munkavállalót foglalkoztat;

Az akkreditáció telephelyenként történik, de a központi, a helyi költségvetési szerveknél és intézményekben, valamint a szociális intézményen belüli telephelyek nem akkreditálhatók. Az akkreditációs eljárást a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal bonyolítja le erre szakosodott munkaügyi szakértők bevonásával. A 2006. január 1-jétől hatályba lépett új bértámogatási rendszer normatív és pályázható elemeket egyaránt tartalmaz.

A foglalkozási rehabilitációhoz nyújtott, s mint említettük, csakis az akkreditált foglalkoztatók által igénybe vehető bértámogatás a megváltozott munkaképességű munkavállalónak kifizetett munkabér és közterhei arányában, annak 40–100%-áig biztosít támogatást. A támogatás mértéke a munkaképességváltozás mértékétől, a munkaidőtől (részmunkaidős foglalkoztatás esetén) valamint az adott munkakörhöz szükséges képzettségtől függ. A foglalkozási rehabilitációhoz nyújtott bértámogatásnak felső korlátja van, ennek alapja az igénylés évét megelőző második év KSH által közzétett bruttó nemzetgazdasági átlagkereset.⁶²

Emellett lehetőség van a munkavégzésben közvetlenül közreműködő segítő személyek bérének 100%-os megtérítésére is a ráfordított munkaidő arányában, ha azt a foglalkoztatott állapota indokolja (ide nem értve a szociális, a mentális, az egészségügyi támogatást adó segítő személyeket).

3.4.3.2. A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatását elősegítő beruházási támogatás

Szintén fontos elem a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatását elősegítő beruházási (eszközvásárlásra és építésre egyaránt szánt) támogatás, aminek alapja a 6/1996. (VII. 16.) MüM-rendelet a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerő-piaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható támogatásról (ÁFSZ 2007: 8). A támogatás pályázati alapon adható, a támogatás igénybe vételének feltétele foglalkoztatási kötelezettség vállalása. A támogatás visszatérítendő és vissza nem térítendő formában, valamint e két lehetőség kombinációjával egyaránt nyújtható.

3.4.3.3. Piaci előny biztosítása

Új, de még részben kidolgozatlan lehetőség a piaci előnyben való részesítés lehetősége a csoportos rehabilitációs foglalkoztató végző munkaadók számára.⁶³ Az Állami Foglalkozási Szolgálat (ÁFSZ) saját kiadványa alapján 2007.

62 Ennek mértéke 2009-ben (a 2007. évi KSH-átlagbér alapján) havi 177600 Ft.

63 Ennek alapja a 2003. évi CXXIX. törvény a közbeszerzésekről 17/A. §, valamint a 302/2006. (XII. 23.) kormányrendelet a védett foglalkoztatók részére fenntartott közbeszerzések részletes szabályairól.

január 1-jétől az ajánlatkérő a közbeszerzési eljárásban való részvétel jogát a külön jogszabályban meghatározottak szerint fenntarthatja, illetve köteles fenntartani az olyan, védett foglalkoztatónak minősülő szervezetek, védett szervezeti szerződést kötött szervezetek, továbbá szociális foglalkoztatási engedéllyel rendelkező szervezetek számára, amelyek ötven százalékot meghaladó mértékben megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztatnak, illetőleg az olyan szociális foglalkoztatás keretében szociális intézményben lakókat foglalkoztató szervezetekre, amelyek ötven százalékot meghaladó mértékben fogyatékossgal élő munkavállalókat foglalkoztatnak. Erről a tényről az eljárást megindító felhívásban az ajánlatkérőnek hivatkoznia kell.” (ÁFSZ 2007: 9)

3.4.3.4. Költségkompenzációs, rehabilitációs költségtámogatás

A fentiek mellett további támogatások is igényelhetők csoportos rehabilitációs foglalkoztatáshoz. Ez azonban csupán a védett szervezetek számára nyitott lehetőség. Ez vagy költségkompenzációs támogatás, vagy rehabilitációs költségtámogatás formájában lehetséges. (ÁFSZ 2007: 9)

3.4.3.5. Szociális intézményen belüli foglalkoztatás

Csak a szociális intézmények számára nyitott az ún. szociális intézményen belüli foglalkoztatás, aminek lehetőségét a szociális törvény teremtette meg.⁶⁴ Ennek két fajtája van: a készségfejlesztő jellegű munkarehabilitáció (díjazása munkajutalomként történik) és a fejlesztő, felkészítő foglalkoztatás. Az utóbbi határozott idejű munkaviszonyt is jelent legalább minimálbérrel. A fejlesztő foglalkoztatás megvalósításába az intézmény más foglalkoztatót is bevonhat. A jogszabály értelmében szociális intézmény a nappali és a bentlakásos ellátást kínáló intézmények összessége. A munkarehabilitációnak a legfeljebb napi 4, heti 20 órát elérő, fejlesztő, felkészítő foglalkoztatásnak pedig a legfeljebb napi 8, heti 40 órát elérő foglalkoztatás minősül. Ezeket a foglalkoztatási formákat önálló szociális foglalkoztatási támogatás támogatja, a szociális intézményben folyó foglalkoztatás szabályait a 112/2006. (V. 12.) kormányrendelet és a 3/2006 (V. 17.) ICsSzEM-rendelet állapítja meg.

A szociális intézményi foglalkoztatáson belül a fejlesztő felkészítő foglalkoztatás elvileg az integrált foglalkoztatásra való felkészítést is szolgálja. A szabályozásban azonban semmi olyan elem sincs, ami a szociális intézeteket fogyatékossgal élő lakóik integrált foglalkoztatásra való felkészítésében tenné érdekeltté (Pulay, 2009).

64 1993. évi III. törvény 99/B. §. A szociális intézményben folyó foglalkoztatás részletes szabályait a 112/2006. (V. 12.) kormányrendelet és a 3/2006 (V. 17.) IcsSzEM rendelet állapította meg.

3.4.3.6. Rehabilitációs hozzájárulás

A foglalkoztatási törvény (1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról) 41/A. §-a szerint minden 20 főnél több munkavállalót foglalkoztató munkaadó legalább 5%-ban köteles megváltozott munkaképességű munkavállalót foglalkoztatni, ennek hiányában pedig a hiányzó létszámra rehabilitációs hozzájárulást fizetni:

„41/A. § (1) A munkaadó a megváltozott munkaképességű emberek foglalkozási rehabilitációjának elősegítése érdekében rehabilitációs hozzájárulás fizetésére kötelezett, ha az általa foglalkoztatottak létszáma a 20 főt meghaladja, és az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű emberek száma nem éri el a létszám 5 százalékát (kötelező foglalkoztatási szint).

(2) A munkaadó létszámának megállapítása során figyelmen kívül kell hagyni a közhasznú munkavégzés, valamint a közmunka keretében foglalkoztatott munkavállalókat, továbbá a fegyveres szervek hivatásos állományú tagjainak szolgálati viszonyáról szóló törvény, illetve a Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú katonáinak jogállásáról szóló törvény hatálya tartozó munkavállalókat, és azokat a munkavállalókat, akiknek foglalkoztatása az mt. 106. §-a szerinti kirendelés, az mt. 150. §-ának (1) bekezdése alapján más munkáltatónál történő átmeneti munkavégzés, továbbá az mt. 193/C. §-ának a) pontjában meghatározott munkaerő-kölcsönzés keretében történik.

(3) A rehabilitációs hozzájárulás éves összege a kötelező foglalkoztatási szintből hiányzó létszám, valamint az (5) bekezdésben meghatározott rehabilitációs hozzájárulás szorzata.

(4) Az (1)–(3) bekezdés alkalmazásában létszámon a tárgyévi átlagos statisztikai állományi létszámot kell érteni.

(5) A rehabilitációs hozzájárulás mértéke 2004. január 1-jétől 117 600 Ft/fő/év. Az ezt követő időszakban a rehabilitációs hozzájárulás mértéke a tárgyévvel megelőző második év – Központi Statisztikai Hivatal által közzétett – nemzetgazdasági éves bruttó átlagkeresetének 8 százaléka.

(6) A tárgyévi rehabilitációs hozzájárulásnak e törvény szerint meghatározott mértékét a foglalkoztatáspolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium 100 Ft-ra kerekítve a tárgyévvel megelőző augusztus 31-éig a Magyar Közlöny mellékletét képező Hivatalos Értesítőben teszi közzé.”

A kvótából hiányzó létszám után rehabilitációs hozzájárulást kell fizetni, ennek összegei:

- 2007-ben 152 000 Ft/fő/év;
- 2008-ban 164 400 Ft/fő/év;
- 2009-ben 177 600 Ft/fő/év;
- 2010-ben jogszabálmódosítás miatt az összeg jelentősen emelkedik, s a 2009. évi LXXVII. törvény 129. §-a alapján mértéke 964 500 Ft/fő/év.⁶⁵

⁶⁵ 2009. évi LXXVII. Törvény a közteherviselés rendszerének átalakítását célzó törvénymódosításokról. Az eredeti számítás szerinti összeg 191000 Ft lett volna. Ld. az erre vonatkozó KSH adattáblát a http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/tab12_01_25_01i.html oldalon.

2010-re a kormány a rehabilitációs hozzájárulásból származó teljes éves bevétel összegét 62 393 m Ft-ban állapította meg, ami közel 65 000 hiányzó ember után jelenti a hozzájárulás fizetését. Arra vonatkozóan azonban nincs adat, hogy e kötelezettség teljesítése hány megváltozott munkaképességű ember foglalkoztatását jelenti. A rehabilitációs hozzájárulás eddigi mértékei érdemben nem változtattak a megváltozott munkaképességű emberek, köztük a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásán. Az új összeg igen jelentős, s ez immár azokat a munkaadókat is elgondolkoztatja megváltozott munkaképességű emberek alkalmazásán, akik ezt eddig nem tették.

3.4.3.7. A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatása okán igényelhető adókedvezmény

A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatása okán igényelhető adókedvezmény mértéke jelenleg megegyezik a minimálbérrel. Havonta minden, legalább 50%-ban megváltozott munkaképességű alkalmazott miatt a minimálbér összegével csökkenthető az adózás előtti eredmény. A csökkentés mértéke a megváltozott munkaképességű munkavállalónak kifizetett munkabér, de legfeljebb az érvényes minimálbér, feltéve, hogy az adózó által foglalkoztatottak átlagos állományi létszáma az adóévben nem haladja meg a 20 főt.⁶⁶

3.4.3.8. Komplex foglalkozási rehabilitációs szolgáltatás

Az Állami Foglalkoztatási Szolgálat 2009 óta nyújt végez foglalkozási rehabilitációs szolgáltatást megváltozott munkaképességű emberek, köztük fogyatékossgal élő emberek számára. A szolgáltatás legfeljebb 3 évig vehető igénybe az ÁFSZ szerződött partnerei révén. A szolgáltatások célja, hogy a megváltozott munkaképességű és a fogyatékossgal élő emberek újra el tudjanak helyezkedni, s így csökkenjenek az állam által adható szociális transferek. A következő években várhatóan egyre növekszik a komplex rehabilitációs szolgáltatásban részesülő megváltozott munkaképességű emberek száma, s így egy mintegy évi 50-60 000 ember hatékony kiszolgálására képes intézmény- és szolgáltatói rendszer kiépítésére lesz szükség.

3.5. Az Európai Unió foglalkoztatáspolitikai irányelvei

Az Európai Unió fogyatékossgal élő emberekre vonatkozó foglalkoztatáspolitikájának megismeréséhez szükséges mind az általános, mind a fogyatékossgal élő emberekre vonatkozó specifikus folyamatok felvázolása.

⁶⁶ 1996 évi LXXXI tv. 7. § (1) v) pont.

3.5.1. A KÖZÖS FOGLALKOZTATÁSPOLITIKA KIALAKULÁSA

Az Európai Unióban egészen az 1990-es évekig nem volt egységes foglalkoztatási stratégia, hanem a tagállamokra bízta a teljes foglalkoztatás megvalósítását. Az olajár-robbanás, az energiaválság és a gazdasági recesszió következtében azonban a foglalkoztatás már olyan mértékben esett vissza, hogy az egységes kezelést igényelt.⁶⁷ 1993-ban a Jacques Delors-féle Fehér könyv külön fejezetet szentelt a foglalkoztatás kérdésének. Növekedés, versenyképesség, foglalkoztatás címmel, s fontosnak tartotta egy foglalkoztatás-intenzív gazdaság megteremtését az Európai Közösségben. Az 1994-es Esseni irányelvek a szociális Európa megteremtését tűzték ki célul.

Az 1997-es ún. Amszterdami szerződés önálló foglalkoztatáspolitikai fejezetében megfogalmazott célok:

- a foglalkoztatás növelése,
- az élet- és a munkakörülmények javítása,
- a megfelelő szociális védelem,
- a szociális párbeszéd erősítése, valamint
- a humán erőforrás-fejlesztés.

Az Európai Unió foglalkoztatási dimenziójának erősítése, érvényesítése érdekében 1997 novemberében Luxemburgban foglalkoztatási csúcsértekezletet tartottak a tagállamok képviselői, ahol meghatározták az 1998-as irányvonalakat annak érdekében, hogy az ún. nyitott koordináció⁶⁸ eszközével megalkothassák az Európai Unió Foglalkoztatási stratégiája. A csúcson elfogadott alapelvek:

1. a foglalkoztatottság növelése:
 - aktív munkaerő-piaci eszközök alkalmazása,
 - a fiatalok, a pályakezdekők munkanélküliségének megelőzése,
 - a tartós munkanélküliség elleni harc,
 - az aktív öregedés politikája,
 - informatikai és kommunikációs ismeretek fejlesztése,
 - az egész életen át tartó tanulás,
 - a szakmai és a területi mobilitás növelése,
 - diszkrimináció és társadalmi kirekesztődés elleni harc,
2. a vállalkozásfejlesztés:
 - munkahelyteremtés,
 - önfoglalkoztatás,
 - az adminisztrációs terhek csökkentése,

67 Ennek látható jelei: lassú GDP-növekedési ütem (1,5% az 1990-es évek elejére); 5 millió megszűnt munkahely (1992/93); növekvő munkanélküliség (1993: 13%, de fiatalok 20%-a); minden második munkanélküli tartósan az; a foglalkoztatottsági ráta csökkenése (1993: 59%).

68 A nyitott koordináció lényege, hogy az Európai Unió tudomásul veszi, és utólag számon kéri az egyes partnerországok saját mérlegelésük és döntésük alapján meghatározott konkrét hozzájárulását az EU közös céljaihoz. A hozzájárulásokat az uniós tagországok ún. Nemzeti foglalkoztatási akciótervekben rögzítik, amelyek megvalósulásáról folyamatosan tájékoztatják az Európai Bizottságot.

- szolgáltató szektor lehetőségeinek kihasználása,
 - regionális és helyi foglalkoztatás (a szociális gazdaság) támogatása,
 - adóreform.
3. az alkalmazkodóképesség javítása:
- rugalmas munkaerő-piaci alkalmazkodás vállalaton belül,
 - a munkaszervezet modernizálása,
 - rugalmas munkavégzés,
 - munkahelyi egészség és munkabiztonság,
 - a dolgozók továbbképzése,
 - megállapodás a szociális partnerekkel,
4. esélyegyenlőség:
- „mainstreaming”: az esélyegyenlőség érvényesítése a szakpolitikákban,
 - egyenlő munkáért egyenlő bérezés,
 - családbarát intézkedések.

Ezek határozzák meg azóta is az Unió foglalkoztatási stratégiáját. A 2000. márciusi lisszaboni csúcs legfontosabb üzenete az volt, hogy 2010-re az EU váljon a világ legdinamikusabban fejlődő gazdaságává, miközben a társadalmi összetartozás és környezeti fenntarthatóság célkitűzései sem szenvednek kárt. Ennek eszköze a gazdasági növekedés, a munkahelyteremtés (a foglalkoztatottság növelése 57%-ról 70%-ra), a társadalmi befogadás erősítése és a fenntartható fejlődés. Az Európai Unió a Strukturális Alapok és az Európai Szociális Alap forrásainak felhasználásával képzelte el a célok megvalósítását.

A lisszaboni csúcson elfogadott célok teljesülésével kapcsolatban azonban már 2003-ban aggályok fogalmazódtak meg, ezért felkérték Wim Kok korábbi hollandiai miniszterelnököt, hogy készítsen jelentést a témáról. Már a Kok-jelentés címe –Jobs, jobs, jobs – creating more jobs in Europe (Munkát, munkát, munkát – legyen minél több munkalehetőség Európában) – is igencsak sokat elárult a javaslatokról:

1. A munkavállalók és a vállalkozások alkalmazkodóképességének javítása
 - új vállalkozások alapításának ösztönzése,
 - a K+F és az innováció ösztönzése,
 - a munkaerőpiacok rugalmassága a szociális biztonság megőrzésével.
2. A foglalkoztatottság növelése
 - a munkavállalás kifizetődővé tétele,
 - aktív munkaerő-piaci eszközök,
 - a nők munkaerő-piaci részvételének növelése,
 - átfogó stratégia az öregedés kezelésére,
 - a kisebbség és a bevándorlók jobb integrálása.
3. Az emberi erőforrásokba történő beruházások hatékonysága
 - a képzettségi szint emelése,
 - a költségek és a felelősség megosztása a munkaerő-piaci szereplők között,
 - egyénre szabott programok.

4. A foglalkoztatást segítő jobb kormányzás

- mozgósítás a reformok támogatására,
- a reformok végrehajtása,
- az európai uniós források jobb felhasználása.

A munkacsoport jelentése fektette le az Európai Foglalkoztatási Stratégia alapját, amelyet az Európai Bizottság 2004-ben fogadott el (Laky, 2005: 25). A foglalkoztatási stratégiában körvonalazott célok között szerepel ugyan a fogyatékos emberek társadalmi integrációja, de nem kapcsolódnak hozzá olyan konkrét, mérhető célkitűzések, mint az aktivitás esetében. Ugyanígy nem konkrét célként jelenik meg a jóléti ellátórendszerek egyensúlya, amit a megváltozott munkavégző képességű népesség alacsony aktivitása is veszélyeztet. A megváltozott munkaképességű emberek aktivitási vagy foglalkoztatási szintjére sincs konkrét célkitűzés, szemben például az idős munkavállalók (az 55–64 évesek) foglalkoztatására vonatkozó 50 százalékos szinttel. Az integrációra vonatkozó ajánlás arra helyezi a hangsúlyt, hogy a fogyatékoság megnehezítheti a társadalmi beilleszkedést, függetlenül attól, hogy a munkavégző-képesség csökkenésével is együtt jár-e vagy sem. Így általában, minden fogyatékosággal élő ember társadalmi beilleszkedését célozza meg, aminek csak egyik – de legfontosabb – eszköze a foglalkoztatás.

A 2005. márciusi lisszaboni félidős értékelés megállapította, hogy – a kedvező folyamatok ellenére⁶⁹ – elmaradás tapasztalható a korábbi csúcson elfogadott célokhoz képest, ráadásul a 2004-ben csatlakozott új tagállamok (és a 2007-ben csatlakozott további két ország) foglalkoztatási rátái tovább nehezítették a 2000-ben elfogadott célok megvalósulását. A félidős értékelés előírta 3 éves ciklusokra szóló Nemzeti akciótervek készítését, s bevezette az ún. (flexycurity) fogalmát, ami rugalmasságot (flexibility) és biztonságot (security) egyszerre jelent. Az Európai Bizottság döntése szerint – a fenti okok miatt – a kitűzött célok teljesítését az Unió nem adhatja fel, de eltekint a 2010-re kitűzött határidőktől.

A fogyatékosággal élő és a megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci integrációja társadalmi és gazdasági érdekké vált, s a tagállamok foglalkoztatási szintjének emelése elképzelhetetlen az inaktív népességben belül jelentős arányt kitevő fogyatékos emberek foglalkoztatottságának jelentős növekedése nélkül. Az Európai Foglalkoztatási Stratégia hozzájárul, hogy a fogyatékoságspecifikus programoktól egy, a foglalkoztatás fő áramlatához szorosabban kapcsolódó megközelítési mód felé történjen általános elmozdulás.

69 Átlagosan 3%-os GDP-növekedés, javuló (8%) munkanélküliségi ráta, s ezen belül a fiatalok munkanélkülisége is csökkent, javuló foglalkoztatási ráta (64%), az új állások 60%-a a tudás-intenzív ágazatokban.

3.5.2. FINANSZÍROZÁS

A közösségi foglalkoztatáspolitikai megvalósításának legfontosabb pénzügyi eszköze az Európai Szociális Alap (ESZA), aminek megalapítása 1958-ra nyúlik vissza. Létrehozásának célja a foglalkoztatási lehetőségek javítása a befizetett tagállami kvóták segítségével, utófinanszírozással. Legfontosabb elemei:

- humánerőforrás-fejlesztés (oktatás és szakképzés, foglalkoztatási támogatás, kutatások, alternatív foglalkoztatási megoldások, a munkaerő-piaci szolgáltatások javítása, hálózatépítés és a 2004-es reform óta a társadalmi befogadást célzó fejlesztések);
- Közösségi kezdeményezések;
- EQUAL projektek;
- Innovatív akciók (kísérleti projektek),
- PHARE-programok: felkészülés a Strukturális Alapok fogadására a csatlakozásra készülő országok esetében.

3.5.3. AZ INTEGRÁCIÓ SZEREPE⁷⁰

Az 1990-es években komoly szemléletváltás történt a társadalmi hátrányok megítélésében, a segítség céljaiban és formáiban az Európai Unió országaiban is. Az alkalmazkodás helyett egyre inkább a megmaradt képességek hasznosításának igénye, az integráció került előtérbe. A hangsúly minden foglalkoztatási nehézséggel küzdő csoport tekintetében áthelyeződött a már általánosan ismert passzív munkaerő-piaci eszközökről az aktív megoldásokra.

A 2005-ben a 2006–2010-es évekre elfogadott Európai szociálpolitikai menetrend hangsúlyozza minden olyan intézkedés fejlesztését, amelyek célja a fogyatékossgal élő emberek fokozottabb integrációjának megvalósítása az élet minden területén:

- lehetővé kell tenni a sikeres megelőzést és a korai beavatkozást,
- bővíteni kell és változatosabbá kell tenni az aktív munkaerő-piaci intézkedéseket,
- jobb munkahely-teremtési lehetőségeket kell biztosítani,
- eredményesebb felvilágosító és tudatosító munkát kell végezni,
- elő kell mozdítani az új és biztonságosabb munkahelyi kultúrát,
- a tervezésbe és a végrehajtásba be kell vonni a fogyatékossgal élő emberek szervezeteit,
- biztosítani kell az elszámolhatóságot, a hatékony tervezést és a jobb koordinációt,
- javítani kell az egyének foglalkoztathatóságát,
- jobb hozzáférést kell biztosítani az oktatási és a képzési lehetőségekhez,
- lehetővé kell tenni a munkahelyi tapasztalatszerzést,

70 Gere (2005: 5–6) alapján.

- segíteni kell a munkalehetőségek felkutatásában, a felkészítésben és a tanácsadásban,
- ki kell alakítani egy köztes munkaerő-piacot, ahol megszerezhető a nyitott munkaerő-piaci követelményeknek megfelelő jártasság és tapasztalat.

A 2003-as madridi Európai Fogyatékosügyi Kongresszus meghatározta azokat a feladatokat, amelyeket az akkor még csatlakozásra váró országoknak teljesíteniük kellett a fogyatékossgal élő emberek munkaerő-piaci integrációjának elősegítése érdekében:

- az oktatásban, a foglalkoztatásban és a szolgáltatásokban diszkrimináció a megszüntetése,
- az integrációt segítő szolgáltatások és ellátások rendszerének kiépítése,
- a közintézmények akadálymentesítése,
- a munkáltatók ösztönzése a megváltozott munkaképességű és fogyatékos emberek foglalkoztatására.

Mivel a társadalmi befogadás kulcsa, de egyben legkritikusabb tényezője továbbra is a foglalkoztatás, az Európai Bizottság 2003-ban Európai cselekvési tervet állított össze a fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlősége érdekében. A terv az alábbi négy konkrét – foglalkoztatásra vonatkozó – intézkedést tekinti elsődlegesnek:

- a foglalkoztatás elérhetővé tétele és a foglalkoztatásban való megtartás, beleértve a diszkrimináció elleni harcot,
- élethosszig tartó tanulmányok a foglalkoztathatóság, az alkalmazkodóképesség, az egyéni fejlődés és az aktív állampolgári magatartás támogatása és erősítése céljából,
- a fogyatékossgal élő embereket képessé tevő új technológiák, ezáltal a foglalkoztatásban való részvétel megkönnyítése,
- a közintézmények, a nyilvános épített környezet megközelíthetővé tétele, a munkahelyi részvétel és a fokozott gazdasági és társadalmi integráció elősegítése.

Az új megközelítés célja tehát, hogy a fogyatékossgal élő emberek rendelkezzenek a munkához szükséges szaktudással, és a megfelelő támogatással növekedjen a kereslet az ilyen dolgozók iránt. Feladat továbbá – a fogyatékossgal szociális megközelítésének megfelelően – a környezet és a munkafeladatok különböző igényekhez, képességekhez való átalakítása. Az aktív munkaerő-piaci intézkedések magukban foglalják a rehabilitációt, a képzést, a tanácsadást, a foglalkoztatási segélyeket, a csökkent munkaképesség miatti kompenzációt, a munkahely adaptálási költségeinek megtérítését és a közvetlen munkahelyteremtő módszereket. Felhívták egyéb új foglalkoztatási formák lehetőségeit is, többek között az ún. szociális gazdaság területén, ami a szolgáltatási ágazaton belül a társadalmilag hasznos tevékenységek körében történő (főleg helyi) munkaalkalom-teremtés.⁷¹

⁷¹ Ezek olyan tevékenységek, amelyek általában nem helyettesítik a piaci szolgáltatókat, és így közvetlenül nem támasztanak versenyt a magánvállalkozásoknak.

Az információs társadalomba lépés döntő fontosságú a fogyatékosággal élő emberek jövőbeli munkalehetőségei szempontjából. Egyre több országban alapkövetelmény a kommunikációs akadálymentesítés, s benne kiemelkedően az internet akadálymentesítése.

Az európai uniós országok többségében a munkaerő-piaci hátránnyal küzdő emberek reintegrációja az állami hivatalok, a civil szervezetek és a gazdasági szereplők szoros együttműködésén alapul.

3.6. A magyarországi foglalkoztatáspolitikai kapcsolódása az Európai Unió foglalkoztatáspolitikai folyamataihoz

Az ún. nyitott koordináció, folyó együttműködés állomásaként 2001-ben, a teljes jogú tagságra felkészülés során írták alá a magyarországi foglalkoztatáspolitikára vonatkozó első dokumentumot, a Közös értékelést (Joint Assessment of the Employment Policy Priorities of Hungary = JAP). Ebben az Európai Bizottság és a magyar kormány a gazdasági és a munkaerő-piaci helyzet alapján középtávon elérendő célokat határozott meg a magyarországi foglalkoztatáspolitikára számára. Hazánk először 2002 májusában nyújtott be jelentést a Bizottsághoz a közösen meghatározott célok addigi megvalósulásáról. A közös értékelésben kilenc, legfontosabbnak ítélt feladat szerepelt – első helyen a foglalkoztatási ráta növelése. A teljesítésük érdekében tett lépésekről a Bizottság 2002 augusztusában mondott (nem hivatalos) véleményt. 2002 októberében a magyar kormány és a Bizottság képviselői szakmai szemináriumon vitatták meg a teendőket, és közösen fogalmazták meg a további teendőket: ismét kilenc, bár a korábbiaktól némileg eltérő feladatot. A következő ún. követő jelentést 2003 áprilisában nyújtotta be a magyar kormány a Bizottsághoz, számot adva a közös értékelésben vállaltak teljesítéséről (Laky, 2005: 25).

A 2004-ben elkészült és elfogadott Európai foglalkoztatási stratégia alapján elkészült magyarországi nemzeti foglalkoztatási stratégia céljai a következők (Gere, 2005: 4):

- teljes foglalkoztatás,
- a munka minőségének javítása,
- a termelékenység növelése,
- a társadalmi kohézió erősítése,
- a befogadás elősegítése.

A foglalkozási rehabilitációra vonatkozóan Magyarország nem kapott speciális ajánlást. Mindazonáltal két ajánlás vonatkozik közvetlenül erre a feladatra:

- Reformokat kell végrehajtani a szociális juttatások terén, beleértve a betegséggel összefüggő ellátásokat, annak érdekében, hogy megérje munkát vállalni és csökkenjen a bejelentés nélküli munka aránya.
- Meg kell erősíteni a munkanélküliekre és az inaktívakra irányuló megelőző és aktív munkaerő-piaci intézkedéseket, különös tekintettel a leghátrányo-

sabb helyzetű régiókra. Ehhez modern állami foglalkoztatási szolgálatra van szükség, amely ösztönzi a foglalkozási és a földrajzi mobilitást.

A 2004-ben elfogadott akcióterv 2010-re a foglalkoztatottságot 63%-ra kívánta emelni az akkori (és lényegében jelenleg is érvényes) 57%-ról, elsősorban a rendkívül magas (2003-ban 2,7 millió) inaktív népesség munkaerő-piaci reintegrálásával. A társadalmi kohézió erősítését különösen három kiemelt célcsoport – a roma emberek, az idősebb munkavállalók és a megváltozott munkaképességű, köztük a fogyatékossgal élő emberek – vonatkozásában tekintette fontosnak (Gere, 2005: 4). Bár az eredetileg kitűzött foglalkoztatási cél 2010-re minden bizonnyal nem teljesül, a foglalkoztatáspolitikai által az utóbbi években megvalósított változások – köztük a két legfontosabb intézkedés, a rokkantsági nyugdíjazás rendszerének átalakítása és az öregségi nyugdíjkorhatár emelése – mindenképp közelebb visznek a célok megvalósításához.

3.7. Európai uniós források felhasználása a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatási helyzetének javítására

Az Európai Unió által kezdeményezett EQUAL program 2004. évi pályázatát 2004 szeptemberében hirdették meg négy kiemelt területen, amikből egy vonatkozhat a fogyatékossgal élő emberekre. Ennek célja az egész életen át tartó tanulás és olyan befogadó munkahelyi gyakorlatok támogatása, amelyek az álláshoz jutást és a munkában maradást segítik. A célcsoport a megváltozott munkaképességű, az alacsony képzettségű, a hanyatló ágazatokban foglalkoztatott, és az idősebb munkavállalók. Ezen a területen 16 projekt kezdődött, mindegyik 250 ezer euró alatti költségvetéssel. Az EQUAL folytatása, valamint az immár az Új Magyarország Fejlesztési Terv (Nemzeti Fejlesztési Terv – NFT – II.) keretében további lehetőségek nyíltak a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatási helyzetének javítására, beruházások és alternatív kezdeményezések, komplex megoldásokat kínáló (egyedi állapotfelmérés tanácsadással, képzéssel, tranzitfoglalkoztatással, rugalmas foglalkoztatási formákkal, munkába állítással) projektek támogatására.

További fejlesztéseket támogattak az OFA kísérleti programok, pl. a Tranzitfoglalkoztatási program, és az Alternatív munkaerőpiaci szolgáltatások program. Ezek a programok nem kizárólag a fogyatékossgal élő emberek, hanem általában a valamilyen hátrányt szenvedő munkavállalók álláshoz jutását segítik. Az Munkaerő-piaci Alap Rehabilitációs Alaprésze is támogatott rehabilitációs-modellfejlesztéseket. Az OFA által kidolgozott szolgáltatásokat felvállaló nonprofit vállalkozások a Humán Erőforrás-fejlesztés Operatív Programból (HEFOP) kaphattak támogatást.

A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatására fordított európai uniós és hazai források hasznosulására, eredményességére vonatkozóan még csupán részadatok állnak rendelkezésre. Annyi mindenesetre megállapítható, hogy sok esetben a meglévő szolgáltatók részesültek ezekből a forrásokból, s csak ele-

nyésző mértékben jöttek létre valóban új értéket képviselő megoldások, tudások (Pulay, 2009).

3.8. Az EU tagországainak gyakorlata a fogyatékossgal élő emberek alkalmazását illetően

3.8.1. A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK FOGLALKOZTATÁSA TÁMOGATÁSÁNAK ELVEI ÉS GYAKORLATA AZ EU TAGÁLLAMAIBAN⁷²

Bár a foglalkoztatás támogatásának formáira nincs egységes gyakorlat az EU tagállamaiban, a rendező elvek, a prioritások minden országban érvényesülnek. Minden ország számára követendő célkitűzés például:

- az aktív programok ráfordításainak növelése az ellátásokkal szemben,
- az integrált foglalkoztatás támogatásának prioritása,
- a foglalkoztatásvesztés elkerülése,
- az egyén foglalkoztathatóságának növelése,
- a korai rehabilitáció,
- az egyéni igényekre és szükségletekre épített rehabilitációs szolgáltatások,
- a programok hozzáférhetőségének biztosítása.

Az EU tagállamaiban igen sokféle és eltérő finanszírozású program működik, amelyek célja a munkaadók és a munkavállalók ösztönzése, a rehabilitáció elősegítése. Ezek a támogatások általában kettős irányúak, egyrészt a munkaadók, másrészt a munkavállalók ösztönzését célozzák. Kiemelten támogatják azokat a munkáltatókat, amelyeknél a foglalkoztatás ideje alatt következett be a képességváltozás. Az állami beavatkozások mindenekelőtt azt szeretnék elérni, hogy ne kerüljenek ki a tartósan károsodott emberek a foglalkoztatásból. A foglalkoztatási támogatások meghatározó részét – a legtöbb országban – a nyílt munkaerőpiacon működő gazdálkodó szervezetek kapják, s jóval kisebb arányban részesednek ebből a védett szervezetek. A személyre vonatkozó támogatások mindenekelőtt a munkahely megtartását, ezt követően a nyílt foglalkoztatás megvalósítását célozzák, s csak ezek sikertelensége esetén szolgálják a védett foglalkoztatást.

A támogatások nagy része az általános, mindenkire vonatkozó aktív munkaerő-piaci programokon révén realizálódik, ugyanakkor minden országban vannak speciális támogató programok is Ilyenek pl.:

- az alacsonyabb termelékenységet kompenzáló bértámogatás,
- a munkahelyi környezet szükséges ki- és átalakításának támogatása,
- az építészeti akadályok eltávolítása,
- a személyre szabott munkahelyi ügyintézéshez adott támogatások,

72 Gere, 2005: 10-12.

- a munkavállalást, a munkában maradást segítő szolgáltatások, intézkedések támogatása,
- képzések támogatása,
- próbafoglalkoztatás, tranzitfoglalkoztatás,
- speciális foglalkoztatók támogatása,
- az önálló egzisztencia megalapozása, a vállalkozóvá válás támogatása.

A tagállamok egy részénél a pénzügyi támogatások mellett a tartósan akadályozott munkaerő védelmére, illetve a foglalkoztatást vállaló munkáltató ösztönzésére adminisztratív támogatásokat is működtetnek. Ilyen például az

- elbocsátás elleni védelem,
- a határozatlan idejű munkaszerződés támogatása,
- az állami szektor példamutatása a sérült emberek foglalkoztatásában,
- előny biztosítása az üzemen belüli továbbképzéseknél,
- előny a közbeszerzési pályázatoknál stb.

Az 1990-es évek közepe óta folyamatosan nő az aktív foglalkoztatáspolitikai ráfordítások összege és aránya, amelyeknél ugyanakkor szabály az egyenlő versenyfeltételek biztosítása, megtartása.

3.8.2. POZITÍV DISZKRIMINÁCIÓ A FOGLALKOZTATÁS TÁMOGATÁSÁRA

A fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos pozitív intézkedéseknek az Európai Unió tagállamok többségében hosszú történetük van. Az egyik legjelentősebb pozitív diszkriminációs intézkedés a kvótarendszer, amely úgy kívánja bővíteni a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását, hogy kötelezi a munkaadókat bizonyos számú fogyatékossgal élő munkavállaló alkalmazására. Nem teljesítés esetén kompenzációs adót fizet a munkáltató, s ez szolgál forrással bizonyos rehabilitációs tevékenységek finanszírozására.

Sajnos a fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos pozitív diszkrimináció emberi jogi – tehát szemléletbeli – megközelítése még nem elterjedt Európában, ahol továbbra is jogi, adminisztratív eszközök szükségesek a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatására.

3.8.3. KOMPLEX SZEMLÉLET A REHABILITÁCIÓBAN

Az Európai Unióban az aktív megoldások előnyben részesítése kialakította az egyéni igények alapján összeállított, komplex vagy holisztikus módon értelmezett szolgáltatások megvalósulásának körülményeit. Ezek a többfunkciós megközelítési stratégiák egyre több országban kiemelt helyen szerepelnek a döntéshozói szinteken. Céljuk, hogy egyénre szabott tervek alapján segítsék a hátrányos helyzetű – köztük a fogyatékossgal élő – emberek integrációját a társadalmi élet színterein.

Az embert egészében, a maga komplexitásában vizsgáló szemlélet szerint minden társadalmi beavatkozás, szervezett segítség csak akkor lehet sikeres, ha a problémákat összefüggésükben vizsgáljuk. „Az emberek nem egyformák, mások a gondjaik, adottságaik, preferenciáik. A fejlett országokban évek óta nagy hangsúlyt kap az integrációs politikákban a személyi segítség fontossága. Bebizonyosodott, hogy a legfelkészültebb hivatal, a legjobban működő eszközrendszer sem képes minden esetben a többszörös hátránnyal küzdő, az elsődleges munkaerőpiactól évek óta eltávolodott (vagy oda be sem került), tartósan akadályozott munkaerő újrafoglalkoztatását megoldani. Mind a munkavállalást közvetlenül akadályozó tényezők, mind a közvetett (pl. egészségügyi, lakás-, pénzügyi, családi stb.) problémák a legtöbb esetben sajátosak, személyfüggők, így megoldásuk is egyéni kezelést igényel. Ez többnyire speciális felkészültséget, a sajátos nehézségek kezelésére képes ismereteket, magas szintű toleranciát, sok időt, gyakran különleges kommunikációs eszközöket igényel. Egyre több ország alkalmazza azt a gyakorlatot, hogy az egyedi elbánást igénylő munkakeresők elhelyezése érdekében speciális segítő szolgáltatásokat működtet vagy segítő szolgáltatások igénybe vételét támogatja. A fogyatékosággal élő emberek eredményes rehabilitációja, illetve foglalkoztatása iránti megnövekedett, illetve átalakult igények kielégítése az eddigiektől eltérő tartalmú eszközöket és kezelési formákat igényel.” (Gere, 2005: 13)

3.9. Magyarországi tapasztalatok a fogyatékosággal élő emberek alkalmazását illetően

3.9.1. CIVIL KEZDEMÉNYEZÉSEK

Az alternatív, civil kezdeményezések a támogatott foglalkoztatás gyakorlatát terjesztik az országban úgy, hogy ahhoz minden szükséges erőforrást biztosítanak a munkaadók számára. Ilyen például a 4M Program⁷³ (Megoldás Munkaadóknak és Megváltozott Munkaképességű Munkavállalóknak) kezdeményezés, vagy a Salva Vita Alapítványnak az Egyesült Államokból átvett Munkahelyi gyakorlat programja és támogatott foglalkoztatás modellje.⁷⁴ Mindhárom kezdeményezés jellegzetessége, hogy a fogyatékosággal élő emberek munkavállalását külső szervezet alkalmazásában álló segítő, mentor aktív részvételével támogatja, aki mind a fogyatékosággal élő foglalkoztatott emberrel, mind a munkaadóval tartja a kapcsolatot, eloszlatja a foglalkoztatással kapcsolatos féllelmeket, segít az esetleges kezdeti nehézségek áthidalásában, megoldásában. A kezdeti begyakorlási időszak (ami 1-2 héttől akár 1-2 hónapig is terjedhet) után a mentor továbbra is rendszeres jelenlétével követi a fogyatékosággal élő

73 A 4M-ről ld. bővebben a www.megvaltozott.hu oldalt.

74 Mindkét módszerről ld. a www.salvavita.hu/?menu_id=1310&topmenu=1300&oldal_id=1310&oldal_tipus=menu oldalt. A téma kiváló összefoglalóját adta Dávid Andrea a Fogyatékoságtudományi Szabadegyetem 2006-os előadássorozatában (Dávid, 2006).

ember munkavállalásának alakulását mindaddig, amíg erre az érintetteknek szüksége van. Ez akár több hónapig is eltarthat. A tapasztalatok alapján az így támogatott foglalkoztatásban részt vevő fogyatékossgal élő emberek akár tartós ideig is alkalmazásban maradhatnak – akár anélkül is, hogy miattuk a munkaadó bértámogatást igényelne – annak bizonyítékaként, hogy megfelelően előkészített, érzékeny tette munkahelyi környezetben, az egyéni képességeiknek megfelelő munkakörben a fogyatékossgal élő és a megváltozott munkaképességű emberek legalább ugyanolyan jól teljesítenek, mint ép társaik.⁷⁵ Ráadásul ez a foglalkoztatási forma mintegy harmadannyiba kerül, mint a védett munkahelyen történő foglalkoztatás.⁷⁶

A fentiek mellett több olyan foglalkoztatási kezdeményezés is van, amely a jelenlegi támogatási rendszeren belül ad új értelmet a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásának. Egyik szép példája ennek a Bárka Alapítvány által fenntartott Bárka Műhely saját lábára állása, amely társadalmi vállalkozásként igenis lehet fenntartható. A Bárka Műhelyt pályázaton elnyert támogatás során egy piaci vállalkozás egyrészt kezdőtőkével támogatta márkanévének, arculatának kialakításában, másrészt üzleti tapasztalatait is átadta és bevezette a versenyszféra kapcsolati hálózatába. (Kojer, 2008) Az ilyen és ehhez hasonló kezdeményezések nem csak társadalmi hasznot hajtának, hanem piaci alapon is sikeresek lehetnek állami támogatás és jótékonykodás nélkül is.

75 Ld. erről az USA-beli DePaul Egyetem 2008-as vizsgálatát (idézve a www.salvavita.hu oldalról 2009. október 16-án.), amely szerint „... a kiskereskedelmi és a vendéglátó szektorban a fogyatékossgal élő dolgozók tovább álltak alkalmazásban, mint a nem fogyatékossgal dolgozók. A vizsgált valamennyi szektorban a fogyatékossgal élő munkavállalóknak kevesebb tervezett hiányzásuk volt. Emellett a kiskereskedelemben dolgozó fogyatékos emberek esetében a nem tervezett hiányzási napok száma is kevesebb volt. Szektortól független eredmény, hogy a fogyatékos és a nem fogyatékos dolgozók teljesítményértékelése közel azonos volt. A fogyatékossgal élő munkavállalók foglalkoztatása kapcsán adódó pluszkiadások minimálisak voltak, és megtérültek. A fogyatékossgal élő dolgozók foglalkoztatásának előnyei között megjelent, hogy elkötelezett, megbízható munkaerők, és sokszínűbbé válik általuk a munkaerő. Forrás: <http://www.disabilityworks.org/default.asp?contentID=87>” (Salva Vita, 2008).

76 A „Research&Practice for Persons with Severe Disabilities (Kutatás és gyakorlat súlyos fogyatékossgal élő személyek vonatkozásában) című egyesült államokbeli folyóiratban a közelmúltban közölt kutatás összehasonlítja a védett foglalkoztatás és a támogatott foglalkoztatás szolgáltatások költség-hatékonyságát.

Más vizsgálatokkal ellentétben ez a kutatás az egyéneknek kínált 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 foglalkoztatásénál (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 költség-hatékonny előnyeit, amit más kutatások kimutattak.” Forrás: Cimer, R. (2007): Research&Practice for Persons with Severe Disabilities, Vol. 22, No. 4. p. 247 (Salva Vita, 2008b).

3.9.2. A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK FOGLALKOZTATÁSÁT HÁTRÁLTATÓ ELEMEEK

3.9.2.1. A szükséges segítő szolgáltatások hiánya

A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását hátráltató egyik legfontosabb tényező az, hogy nincsenek, vagy nem elérhetők a munkavállalást támogató szolgáltatások. Kevés a támogató szolgálat, sok esetben megoldhatatlan feladat eljutni a munkába mert hiányzik a megfelelő akadálymentes közösségi közlekedés vagy a szállítószolgálat. A munkahelyeken nem áll rendelkezésre az a segítő személyzet, aki a fogyatékossgból származó funkcióbeli hiányosságokat (például a kommunikációs nehézségeket, a munkahelyen belüli közlekedés nehézségeit) kompenzálni tudná. Szintén korlátozott a személyi segítő szolgáltatások igénybevételének lehetősége (pl. a higiénés szükségletek kielégítéséhez, a munkahelyi étkezés megoldásához stb.). Mindezek a szolgáltatások mind a fizikai, mind a szellemi munkát igénylő munkahelyeken szükségesek a fogyatékossgal élő emberek munkavállalása érdekében.

3.9.2.2. A munkavállalást elősegítő alapvető készségek hiánya, a szociális ellátórendszer és a család visszatartó ereje (hospitalizáció)

A munkavállalást sok esetben hátráltatja az alapvető munkavállalási készségek hiánya, köztük a legfontosabb a hospitalizáció. Egy részben intézményekben, nem integrált környezetben felnőtt fogyatékos ember életéből ugyanis hiányoznak olyan bevéődések, amik lehetővé tennék a munkavállalásra való hajlam természetes kialakulását. Ha a fogyatékossgal élő ember – éljen akár családban vagy intézményben – hosszabb távon azt tapasztalja, hogy neki nem szükséges dolgoznia a megélhetésért, hogy szükségleteit minden körülmények között kielégítik, akkor nem akar dolgozni, számára nem lesz kényelmetlen a semmittevéssel eltöltött idő. Ilyen meggyőződés nem csupán az intézményi élet során alakulhat ki, hanem családban is, amikor a szülők annyira óvják gyermekeiket és annyira kielégítik minden szükségleteit, hogy ki sem alakulnak az önállósági készségek, s még azokat a tevékenységeket sem végzik el a fogyatékossgal élő emberek, amiket állapotuk egyébként lehetővé tette. Ennek a szülői, környezeti hozzáállásnak áldozataként eshet a fogyatékos gyermek egyéni képességeinek kifejlődése és később a munkavállalása is, aminek hosszú távon minden érintett számára hátrányos következményei lehetnek. Ez a probléma természetesen nem csupán a fogyatékossgal élő embereket érintheti, ám a fogyatékossg ténye felerősítheti ezeket a kedvezőtlen folyamatokat.

A hospitalizáció mellett – vagy épp annak következményeként – további munkavállalási készségek is hiányozhatnak. Ilyen például a pontosság, a megfelelő munkahelyi megjelenés, a közösséghez és a munkatársakhoz való alkalmazkodás, a precíz munkavégzés stb. Mindezek nem szakmabeli készségek, inkább alapvető emberi tulajdonságokról van szó, s hiányuk természetesen nem csupán a fogyatékossgal élő embereknél jelent nehézségeket a munkavállalásban, hanem mindenkinél.

3.9.2.3. Az életvitelt segítő eszközök biztosításának visszásságai, a munkahelyek adaptálásának hiánya

A fogyatékossgal élő emberek munkavállalásának egyik fontos gátja a megfelelő életvitelt segítő eszközök hiánya, valamint az ezzel szorosan összefüggő adaptált munkaállomások léte vagy hiánya. Az ún. aktív kerekesszék például sokkal könnyebb közlekedést tesz lehetővé, mint a hagyományos „tolószék”, s ezért inkább használható a munkahelyeken. Az állítható munkaasztal a munkaeszközt könnyedén elérhetővé teszi, akár szellemi, akár fizikai munkáról legyen is szó. Ide is tartozik a munkahelyek általános akadálymentesítésének hiánya, a közösségi helyiségek (a mosdók, a teakonyha) elérhetetlensége a fogyatékossgal élő emberek számára. Mindezek az eszközök részben elérhetetlenek, részben pedig nem ismerik ezeket sem a fogyatékossgal élő munkavállalók, sem a munkaadók.

A megfelelő életvitelt segítő eszközök biztosításának rendszere sajnos meglehetősen elavult Magyarországon. Bár az eszközök felírása egyéni alapon, a fogyatékossgal élő emberek szükségleteihez kapcsolódik, sok esetben azonban hiányoznak olyan eszközök a támogatotti listáról, amelyek nagyban segítenék a munkavállalást (pl. állítható asztal, speciális számítógépes kiegészítők, speciálisan kialakított munkaeszközök stb.). Szintén a rendszer hibájának tekinthető, hogy az eszközöket csak megvásárolni lehet kedvezményesen vagy piaci áron, de kölcsönzésük nem lehetséges. Így sok esetben a munkavállaló vagy a munkáltató úgy ítéli meg, hogy számára túl költséges beruházás a munkahely adaptálása egyetlen fogyatékos munkavállaló miatt, s így inkább olyan munkavállalót vesz fel, akinek nincs szüksége erre. Ráadásul a jelenlegi rendszerben csak a fogyatékossgal élő ember kaphat kedvezményes áron életvitelt segítő eszközt, a munkáltatók nem, utóbbiak csupán egyedi pályázati lehetőségekben bízhatnak.

A segédeszközök területén belül külön téma az eszközök egyedi adaptálása. Sok esetben ugyanis nem létezik vagy nincs megfelelő méretben az a segédeszköz, ami tökéletesen illeszkedne a munkavállalóhoz és a munkahelyhez, mivel annyira egyedi eszközök és megoldások kellene, hogy ipari mennyiségben nem érdemes őket gyártani. Épp ezért lenne szükség olyan szolgáltatókra, amik a fogyatékossgal élő ember szükségleteit felmérve és a munkahely adottságait ismerve össze tudnák kötni a kettőt megfelelő, egyedileg kialakított vagy átalakított segédeszközökkel. Az ilyen szolgáltatások nagyban elősegítenék a megváltozott munkaképességű emberek, köztük a fogyatékossgal élő emberek munkavállalását, s vonzóvá tennék őket a munkaadók számára is. Sajnos azonban az ilyen szolgáltatáshoz hiányzik mind a megfelelő szaktudás (egyszerre van szükség akadálymentesítési, ergonómiai, gyógypedagógiai és műszerész ismeretekre, valamint szociális és kommunikációs készségekre a valós szükségletek felderítése érdekében), mind a támogatási rendszer. Jelenleg csupán egyedi engedéllyel, hosszas bürokratikus folyamat után lehet támogatást szerezni egy-egy ilyen átalakításhoz, s fájdalmasan kevés a rendelkezésre álló szolgáltatás. A szolgáltatásra való igényt, a szolgáltatást nem ismerik sem a

munkaadók, sem a szakemberek, sem az ügyfelek, a fogyatékosággal élő emberek.

Pedig már léteznek olyan multifunkcionális segédeszközök, amelyek egyszerre támogatják a munkavégzést és elégítenek ki a testi állapotból adódó szükségleteket (pl. létezik olyan elektromos kerekesszék, amelynek ülőfelülete állítható magasságú, állítógépként és relaxációs fotelként is működik. Alkalmazásával például nem kell személyi segítőt foglalkoztatni a fogyatékosággal élő ember kifizetéséhez, elérhetők a polcokon elhelyezett tárgyak, megoldott az épületen belüli és az utcai közlekedés, s nincs szükség állítható magasságú munkaasztalra sem; mindazonáltal az ilyen eszköz még a leggazdagabb országokban sem elterjedt).

Mindezek a tényezők mind munkavállalói, mind munkaadói oldalról hátráltatják a megváltozott munkaképességű emberek, köztük a fogyatékosággal élő emberek munkavállalását, munkavégzését.

3.9.2.4. A megváltozott munkaképesség felmérésének gyakorlati szakmai hiányosságai

A megváltozott munkaképességű emberek, köztük a fogyatékosággal élő emberek megmaradt képességeit központi szervként az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI, korábbi nevén Országos Orvosszakértői Intézet, OOSZI) szakértői bizottságai állapítják meg. Míg korábban a bizottságok elsősorban a munkaképesség csökkenésének megállapítására összpontosítottak, addig – a szervezet 2006 óta tartó átalakítási folyamatába illeszkedően – ma inkább a megmaradt munkaképességek felmérése és az újbóli munkába álláshoz szükséges tevékenységek, rehabilitációs szolgáltatások megállapítása a cél. A bizottságok munkájában az átalakítást megelőzően korábban csak orvosszakértők vettek részt, ma már tagja egy-egy szociális és foglalkoztatási szakember is.

Egyre inkább alkalmazott módszer az ún. FNO (A funkcióképesség, a fogyatékoság és az egészség nemzetközi osztályozása, angolul International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), ami nem csupán a fogyatékoság személyes tényezőit veszi górcső alá (általános egészségi állapot, fizikai és mentális képességek), hanem az aktuális környezeti hatásokkal és az egyén abban való működésével, lehetőségeivel is számol.⁷⁷ Az FNO felmérés mindig aszerint változik, hogy milyen céllal készül (pl. segédeszköz-felírás, az általános állapot leírása, munkakeresés stb.). Nagy előnye, hogy kódrendszere minden szakember számára ismert, s így egy-egy felmérés eredménye mások számára is információforrást hordoz, s nincs szükség mindig újabb és újabb képességvizsgálatokra.⁷⁸ Ugyanakkor meglehetősen nehézkesen alkalmazható, rész-

77 Az FNO-ról ld. A funkcióképesség, a fogyatékoság és az egészség nemzetközi osztályozása, WHO, 2004.

78 Korábban igen nagy gondot okozott, hogy minden egyes alkalommal, amikor az egyén új szolgáltatást vett igénybe vagy valami egyéb változás állt elő az életében, akkor teljesen új állapotleírást kellett készíteni, mivel a szakemberek nem egységes szempontok alapján jellemezték az illetőt.

ben kidolgozatlan módszerről van szó, amelynek szemlélete és készségszintű elsajátítása a vele dolgozó szakemberek számára igen nagy erőfeszítést igényel.

Mindazonáltal a munkaképesség-felmérés mai gyakorlatában továbbra is számtalan hiányosság tapasztalható:

- A bizottságok tagjainak fele továbbra is orvos-szakértő, ráadásul vélemény-egyenlőség esetén a bizottság elnökének szava dönt, ő pedig kötelezően orvos; ezért továbbra is a fogyatékoság régi, már rég túlhaladott, elsősorban orvosi, egészségügyi szemlélete szerint állapítják meg a fogyatékoságot és a munkaképesség-változást (csökkenést).
- A bizottságok folytatólagos gyakorlata szerint továbbra sincs jelen a szóban forgó személy a bizottsági vélemény, az ítélet megalkotásakor; tehát továbbra sem érvényesül az önrendelkezés egyik alaptézise, a *mindent velünk, semmit nélkülünk* elv; tehát a bizottság kizárólag papírok, korábbi és frissen készített szakértői anyagok alapján alakítja ki álláspontját, anélkül, hogy figyelembe venné az érintett véleményét, személyes hozzáállását.
- A munkaképesség-változásáról szóló végleges állásfoglaláshoz nem kell az érintett személy beleegyezése, véleménye. Ez súlyosan csorbítja az emberi jogokat, ráadásul eleve kétségessé teszi az esetleges rehabilitációs folyamat sikerét.
- A bizottságok munkájában és állásfoglalásaiban érezhető külső behatás: míg korábban szakmailag indokolatlan esetekben is megállapították a teljeskörű munkaképesség-csökkenés tényét,⁷⁹ addig ma, az állami bevételek érezhető csökkenése idején, ez még a teljesen indokolt esetekben sem történik meg. Az időszakos felülvizsgálatok egyik nagy tapasztalata, hogy sokszor még azokban az esetekben is visszaminősítették a súlyos fogyatékosággal élő, megváltozott munkaképességű embert, amikor sem állapotában, sem környezetében semmi javulás nem történt.

A fentiek alapján azt kell mondani, hogy a kedvező folyamatok ellenére alapjaiban megmaradt a munkaképesség-csökkenés és a fogyatékoság megállapításának elavult, orvosi szemlélete. A nagyhatalmú szervezet tehetetlensége és lobbijereje segítségével helyén tudott maradni, s továbbra is egyedüli letéteményese a munkaképesség-változás megállapításának. Csak bízni lehet abban, hogy a folyamatban lévő változások eredményeképp egyre inkább

79 Ma Magyarországon mintegy 800 000 rokkantnyugdíjas él, míg a feleekkora lakosságú Szlovákiában 70 000-en vannak. Kétségtelen tény, hogy ezeknek az embereknek egy része – a szakértői becslések szerint körülbelül az érintettek fele – a munkanélküliség elől menekült a rokkantnyugdíjas létbe, s választotta a biztos, de alacsony szintű létet a bizonytalan, de potenciálisan magasabb jövedelem helyett. Ez a folyamat nem mehetett volna végbe a rokkantnyugdíjazást végző szakértők hathatós közreműködése nélkül. Tekintettel arra, hogy a munkaképesség-vizsgálat rendszere még az említett módosítások ellenére sem változott meg alapvetően, ezért vélelmezhető, hogy a korábbi szakértők továbbra is dolgoznak. Szintén kétségtelen, bár igen nehezen bizonyítható tény, hogy az orvosszakértői bizottságokban részt vevő egészségügyi szakemberek között vannak és voltak jellemzően hivatásukat nem, vagy nem magas szinten gyakorló munkatársak is, akik jelentős befolyással bírtak a rokkantnyugdíjazás és a megváltozott munkaképesség megállapításának hosszú ideig változatlan struktúráj megmaradására.

többszemponúvá és egyre megalapozottabbá, objektívebbé válik ez a sok ember életét igencsak érintő munka.

3.9.2.5. A fogyatékossgal élő emberek alulképzettsége

A fogyatékossgal élő emberek munkavállalásának egyik legfontosabb akadálya az alulképzetség, illetve a megfelelő képzettség hiánya. Erről ld. később, a 4.9. pontban.

3.9.2.6. A fogyatékossgal élő embereket foglalkoztató szervezetek piacra jutási nehézségei

A megváltozott munkaképességű embereket, köztük fogyatékossgal élő embereket foglalkoztató szervezetek részben közhasznú, nem termelő tevékenységeket végeznek, részben pedig termelő jellegű tevékenységet. Az állam termelő vállalkozások esetében támogatásként egyedül a munkakör által megkívánt képzettség (alap-, közép-, vagy felsőfokú végzettség) szerinti minimálbér és járulékai legfeljebb 75%-ának megfelelő hozzájárulást adhatja a leginkább munkaképtelen dolgozók után (valamint a munkához szükséges segítő szak személyzet bérének egy részét), s így azt feltételezi, hogy a legsúlyosabb fogyatékossgal élő emberek munkahatékonysága legalább a negyede ép társaikénak. A támogatás tehát nem függ attól, hogy a munkakörben a dolgozó milyen teljesítményre képes. A bértámogatáson kívül lényegében más adminisztratív vagy jogi eszközzel az állam nem segíti a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását, pedig ez akár még pénzügyileg is indokolt lenne. Az egyedüli további segítség a piacra jutás támogatása úgy, hogy a legalább 50%-ban megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztatók részt vehetnek a közbeszerzési pályázatokon. Be kell látni, hogy a jelenlegi közbeszerzési eljárások alapján ez a valóságban semmilyen előnyt nem jelent.

Figyelembe véve a legfeljebb 75%-os támogatási korlátot, a munkáltatóknak csak akkor éri meg megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása, ha legalább a nekik kifizetett munkabér és járulékai negyedét ki tudják termelni. A megváltozott munkaképességű embereket, benne a fogyatékossgal élő embereket alkalmazó cégek elsősorban kevésbé gépesített, alapvetően kézi munkát igénylő gyártási és összeszerelési tevékenységeket végeznek⁸⁰, mivel a megváltozott munkaképességű emberek túlnyomó többsége alacsony képzettségű, vagy olyan szakmát tanult, amellyel ma már nem lehetne elhelyezkedni a nyílt munkaerőpiacon. Ilyen tevékenységekkel más cégek Magyarországon már alig-alig foglalkoznak, mivel a Távol-Keletről bezúduló – és egyre jobb minőségű – áruk még a nagy távolság ellenére is olcsóbbak. Ezért a megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztató cégeknek nem a hazai, hanem a távol-keleti versenytársakkal kell megküzdeniük, márpedig ez még ilyen, látszólag magas

80 Jellemző megrendelések például a rongytépés, a gyertyaöntés, a csomagolás, egyszerű összeszerelési munkák (pl. csipeszkészítés), a rongyszőnyeg-gyártás, a dobozkészítés stb.

támogatási mérték mellett is igen nehéz, szinte lehetetlen. Mivel egyik cég sem foglalkoztat túl sok embert, ráadásul nem is egy telephelyen, ezért ezek a vállalkozások csak viszonylag kisszériás megrendeléseket tudnak teljesíteni, tehát folyamatosan kell keresniük az új megrendeléseket, s nem biztos a megmaradásuk.

Az alapító okiratban szereplő kiemelt közcélú szolgáltató foglalkoztatás esetén a támogatás továbbra is a munkakör által megkívánt képzettség szerinti minimálbér és járulékai 100%-ának megfelelő hozzájárulást ad a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásáért. Ez a támogatási forma elsősorban a közcélú civil szervezeteknél lendítette fel igen örvendetesen a foglalkoztatást, ugyanakkor az eltérő támogatási mérték és a nem megfelelő ellenőrzés sajnos lehetőséget ad a visszaélésekre, arra, hogy közvetítők által a foglalkoztatás tényleges haszna a termelő vállalkozásoknál csapódjon le.

Összességében tehát megállapítható, hogy a termelő cégeknél jelenleg túlságosan is alacsony mértékű a fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatása, állami támogatása, s kevés céget ösztönöz arra, hogy valóban foglalkoztasson. Indokolt lenne egyéb ösztönzők beépítése a foglalkoztatásba, például olyan, másutt már alkalmazott módszereké, mint a fogyatékosággal élő embereket foglalkoztató, akkreditált cégektől történő vásárlás esetén adókedvezmény lehetősége.⁸¹ Mindamelllett a megváltozott munkaképességű emberek alkalmazása az új támogatási és minősítési rendszer 2006-os bevezetése után jelentősen fellendült, hiszen korábban csak egy alapvetően lobbi jellegű szervezet, a Védett Szervezetek Országos Szövetsége javaslata esetén lehetett bekerülni a támogatotti körbe, elsősorban politikai döntés eredményeként, ami nélkülözötte a szakmai szempontokat. Az új minősítési rendszer más szervezetek előtt is megnyitotta a fogyatékosággal élő emberek támogatott foglalkoztatásának lehetőségét, s elsősorban a civil szféra megerősödését hozta azzal, hogy lehetővé tette tanult, de megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatását is képzettségüknek nagyjából megfelelő munkakörben. A támogatás felhasználása ellenőrzésének hiányosságai – az, hogy az ellenőrzések során a tényleges rehabilitációs foglalkoztatást nem, csupán az arról készült kötelező adminisztrációt nézik az ellenőrök – azonban továbbra is lehetővé teszik a visszaéléseket, a támogatás hasznának lefölözését.

3.9.2.7. A munkahelyek megközelítésének nehézségei

A megváltozott munkaképességű emberek, köztük a fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatásának egyik legnagyobb akadálya az akadálymentesítés hiánya, a munkahelyek megközelíthetlensége. Sajnos sok esetben még a lakóhelyről sem lehet kijutni, nemhogy a munkahelyet megközelíteni. További nehézség, hogy a közösségi közlekedés nem akadálymentes, ezért a fogyatékosággal élő emberek jelentős része szinte kizárólag egyéni közlekedési eszközt vesz igénybe, például saját gépkocsit vagy támogató szolgálatot. A tá-

81 Ilyen módszerrel támogatják például a foglalkoztatást Németországban.

volsági és a helyközi közlekedésben még mindig jelentős szerepet játszó vasúti közlekedés jelenleg csupán egyedi, előzetes kérésre vehető igénybe mozgásukban akadályozott emberek számára, s a busz közlekedés akadálymentes igénybevétele sem megoldott. A helyi, a városi közlekedés Budapest és néhány vidéki nagyváros kivételével szinte teljesen elérhetetlen ezeknek az embereknek a számára.

Mindazonáltal jelentős előrelépések történtek az utóbbi években, s az új járművek beszerzésénél immár szempont a fogyatékossgal élő emberek utazása is. Szintén öröndetes tény apró átalakítások sorozata is, például, hogy a járdák felújításakor azok akadálymentesítése, a gyalogos alul- és felüljárók helyett a szintbeli átkelés egyre több helyen.

A munkahelyek megközelíthetőségét, a munkahely egyedi szempontok szerinti átalakítását csupán kevés munkaadó hajlandó finanszírozni, s ez tovább rontja a fogyatékossgal élő emberek munkavállalási esélyeit. A munkahelyek átalakításánál ráadásul tekintettel kell lenni a közösségi helyiségek (a mellékhelyiségek, az öltözők, a teakonyha) használhatóvá tételére is, ami különösen a régebbi építésű munkahelyeken, középületekben, irodaházakban és kisebb, jellemzően lakóépületekben működő munkahelyeken okoz időnként megoldhatatlan nehézségeket. Léteznek ugyan támogatások a munkahelyek akadálymentesítésére, azonban a túl szigorú akadálymentesítési előírások nem veszik figyelembe a tényleges használat által megkövetelt valós szükségleteket, és sok esetben emiatt nem történik meg az átalakítás.

Gyakran tapasztaljuk, hogy még az új épületeknél sem szempont a fogyatékossgal élő emberek hozzáférése, ezért gyakran még a frissen felhúzott házaknál is szükség van utólagos beavatkozásokra. Ez viszont felveti a megrendelők, a tervezők és az engedélyezők felelősségét, rámutat szemléletbeli hiányosságokra.⁸² A mai magyarországi gyakorlat szerint az épületeket üzemeltetők még gyakran akkor sem hajlandók a minimális átalakításokra, amikor ezt kifejezetten kéri tőlük.⁸³

3.9.2.8. A tranzitfoglalkoztatás hiányosságai

A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásának további nehézsége a megfelelő tranzitmunkahelyek hiánya. Magyarországon a vállalkozások egyre kevésbé engedhetik meg maguknak, hogy betanítással, a fő termelő tevékenységeken kívüli dolgokkal foglalkozzanak, ezért saját maguk nem kezdeményezik fogyatékossgal élő emberek alkalmazását, felvételét sem. Csak a legnagyobb fordítanak energiát arra, hogy dolgozóik képzettsége megfelelő szinten legyen, s folyamatos legyen a munkaerő-utánpótlás. Kevés a szakmát tanulók

82 Sokat emlegetett példa a Budapesten újonnan épülő 4-es metróvonal egyes megállóinál a liftek elhagyása.

83 Friss példa erre egy támbottal járó mozgássérült diák esete, aki egy vidéki város egyetemi oktatási épületébe azért nem tud bejutni, mivel se korlát nincs a lépcsőhöz, se a falnak nem tud támaszkodni, mivel ott két cserepes tuját helyeztek el, amiket esztétikai megfontolásokból nem hajlandók eltávolítani.

gyakorlőhelye, s köztük különösen a fogyatékossggal élő emberek számára szinte lehetetlen az elhelyezkedés, a megtanult tudás készségszintű elsajátítására szolgáló gyakorlő munkahely.

Bár léteznek alternatív megközelítések a fogyatékossggal élő emberek foglalkoztatását illetően, ezek támogatási rendszere nem kidolgozott, s csupán kevesek által elérhető. Hiányosságuk például, hogy a fogyatékossggal élő emberekben belüli legnagyobb célcsoportot, a mozgásukban korlátozott embereket nem érik el egyrészt módszertani okokból, másrészt a lehetséges munkahelyek sokkal korlátozottabb száma miatt. S bár, ahogy említettük, ez a foglalkoztatási forma mintegy harmadannyiba kerül, mint a védett munkahelyen történő foglalkoztatás, jelenleg különböző okok miatt az állami finanszírozása nem megoldott, s ebben vélhetőleg a jelenleg támogatott szervezetek lobbijereje is szerepet játszik.

3.9.2.9. A fogyatékossggal élő emberek foglalkoztatásával kapcsolatos téves elképzelések⁸⁴

A fogyatékossggal élő emberek foglalkoztatásával kapcsolatban számos téves elképzelés van forgalomban, s ezek jelentősen csökkentik ezen munkavállalók alkalmazási esélyeit.

Néhány hangsúlyozottan téves elképzelés:

- A megváltozott munkaképességű emberek mindig betegek.
- A megváltozott munkaképességű emberek lassan dolgoznak.
- A megváltozott munkaképességű emberek csak bizonyos munkákat tudnak elvégezni.
- A vásárlók nem szeretnek megváltozott munkaképességű emberekkel találkozni.
- A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása költséges.

Egy 2005-ös kutatás szerint,⁸⁵ amelyet Franciaországban, Magyarországon és Walesben végeztek, „...a vállalatok 93%-a alkalmazott fogyatékossggal élő személyt és elégedettek voltak, s az alkalmazottak 83%-a találta úgy, hogy egy fogyatékossggal élő személy jelenléte gazdagítja a munkahelyi légkört”.

A kutatások azt mutatják, hogy megváltozott munkaképességű vagy fogyatékossggal élő ember foglalkoztatása az alábbi előnyöket hozza a munkáltató számára:

- motiváció,
- érettség, kiforrottság,
- sokáig nem váltanak munkahelyet, lojalitás, a munka megbecsülése,
- erős és kitartó jellem,
- a munka iránti erős elkötelezettség,

84 A Jó gyakorlat – Good practice guide (2009) alapján.

85 Agefiph, Louis Harris, 2005, idézi a Jó gyakorlat – Good practice guide (2009).

- pontosság,
- kevesebb hiányzás,
- a vállalat jobb társadalmi megítélése,
- a toborzási lehetőségek kiszélesítése,
- pénzügyi előnyök,
- javul a közösségi morál és az elköteleződés, hatékonyabb szolgáltatás.

3.9.2.10. A fogyatékossgal élő emberek munkába állását segítő nem anyagi tényezők

A sok rossz, hátráltató mellett számos olyan nem anyagi jellegű tényező és folyamat is van, amelyik segíti a fogyatékossgal élő emberek munkavállalását.

Ezek egyike a sorstársak jó példája. A fogyatékossgal élő emberek között – ahogy mindenkinél – igen nagy ereje van a jó személyes példának. Az életben sikeres fogyatékos emberek motiválják társaikat arra, hogy integráltan, normalizált körülmények között törekedjenek az előrehaladásra az élet minden területén: a magánéletben, az iskolai tanulmányokban, a munkavállalásban egyaránt.

A munkaadók esetében a legfontosabb a személyes ráhatás: a munkahely vezető esetleges személyes érintettsége (például a családi, a baráti körből) nagyban hozzájárulhat ahhoz, hogy foglalkoztassanak fogyatékossgal élő embereket. A munkaadó személyes hozzáállása egyben segíthet a fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos rossz hiedelmek (ld. korábban) elosztatásában is.

Külföldi tulajdonú (nyugati) cég esetén az esetlegesen meghonosított külföldi vállalati kultúra is jó hatással van a fogyatékossgal élő emberek alkalmazására, s ez már eleve megmutatkozik a munkahely kialakításán: akadálymentes bejutás, mindenki számára hozzáférhető, állítható méretű munkaállomások, megfelelő méretű nyílászárók és közös használatú helyiségek (mosdók, ebédlők, folyosók) jellemzik az ilyen munkahelyeket. A fizikai megjelenésen túl a vállalati kultúra nem tapintható egyéb elemei is árulkodóak lehetnek: rugalmas munkaidő-beosztás, a munkatársak felvételekor elsődlegesen a személyes kvalitások figyelembevétele, a befogadó, elfogadó általános légkör, a kirekesztő viselkedés és hozzáállás leépítése vagy megtiltása.

Ezek mellett természetesen a foglalkoztatást elősegítő civil és állami szervezetek fellépése, az Egyenlő Bánásmód Hatóság működése, s az információk átadása is sokat segít a fogyatékossgal élő emberek munkavállalásán.

3.10. KÖZGAZDASÁGI MEGFONTOLÁSOK

A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK ALKALMAZÁSÁT ILLETŐEN

A vállalkozásoknak, a munkaadóknak általában támogatásra van szükségük ahhoz, hogy a fogyatékossgal élő emberek a nyílt munkaerőpiacon dolgozni tudjanak. A befogadó, integráló, a fogyatékos embereket alapvetően egyenran-

gúnak tekintő társadalomban nincs szükség a munkaadók külön ösztönzésére a fogyatékossgal élő emberek befogadására a munkahelyekre; a pozitív diszkriminációs kötelezettség alapján a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatottsága közelít a többiekéhez.⁸⁶

Léteznek olyan munkahelyek, ahol a fogyatékossgal élő emberek teljesítménye semmiben nem marad el a többiekétől:

- Mozgássérült emberek esetében jellemzően ilyenek a szellemi munkát igénylő foglalkozások (ha megoldott a munkavégzés – elsősorban fizikai jellegű – akadálymentessége).
- Látássérült és hallássérült emberek esetében szintén a szellemi munkák (ha megoldott a munkavégzés elsősorban kommunikációs jellegű akadálymentessége).
- Intellektuális fogyatékossgal és autizmussal élő emberek esetében jellemzően a monoton munkák.

Ilyen esetekben tehát elméletileg nincs szükség a munkavégzés támogatására, csupán a munkahely megfelelő, az egyedi adottságokhoz és képességekhez illő kialakítására.

Sok esetben azonban a munkakör által megkívánt képességek nem felelnek meg a fogyatékossgal élő emberek képességeinek, adottságainak. Ilyenkor mindenképp kisebb a munkahatékonyaság az ideálshoz képest, és indokolt a munkavégzés támogatása. A támogatást kaphatja közvetlenül a munkaadó, vagy a munkavállaló.

- Ha közvetlenül a munkaadó kapja a támogatást, akkor lehetőség van arra, hogy a munkaadó azt ne adja tovább a munkavállalónak, hanem a foglalkoztatás többletköltségeire fordítsa. Ez történik például a védett szervezetek esetében, amikor a rehabilitációs költségkompenzáció keretében a többletköltségek 80%-ának megfelelő mértékig támogatásban részesülhet a munkaadó. E megoldás hiányossága egy elszámolási kérdés: nehéz megállapítani egy-egy költségtételről, hogy azt valóban a fogyatékossgal élő és/vagy a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása tette-e szükségessé, avagy egyébként is fizetendő volna. A másik hiányossága ennek a támogatási formának, hogy nem motiválja a munkavállalót a munkavállalásra, hiszen azt látja, hogy ugyanannyi munkaóráért jóval kisebb munkabért kap, mint ép munkatársai. Figyelembe véve a fogyatékossgából adódó többletköltségeit kompenzálni hivatott egyéb szociális transzfereket, megtörténhet, hogy inkább nem dolgozik, de szabadon rendelkezik idejével.
- Szintén a munkaadónak adott transzfernek tekinthető (és a közösség egészét terhelő) az állammal szembeni kötelezettségek mérséklése. Ilyen például az adókból és a járulékokból adott kedvezmény, vagy épp a piaci előny kötelezettsége közösségi beszerzéseknél. A pozitív diszkrimináció jogi kötelezésé-

⁸⁶ Az integrált, befogadó társadalmakban a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatottsági rátája 40-60% körül van, tehát érdemben nem tér el másokétól.

nek akár kvótarendszerrel⁸⁷ (a hazánkban alkalmazott rehabilitációshozzájárulás-fizetési kötelezettség tulajdonképpen a kvótarendszer megszegésének szankcionálása), akár bármiféle pénzmozgás nélkül, szintén van költsége (például a hatékonyságcsökkenésben), ami a munkaadó mellett megjelenik a közösségnél, az államnál is. Mindazonáltal mindezek a tényezők – a többi támogatási formával egyetemben – megjelennek a hazai foglalkoztatás-támogatási rendszerben is.

- A foglalkoztatás hatékonyságcsökkenését kompenzálni hivatott támogatást kaphatja közvetve vagy közvetlenül a munkavállaló is. Ha közvetlenül ő kapja, akkor lényegét tekintve a támogatás szociális transzferként működik, ami szintén nem ösztönöz a képességeknek megfelelő munkavállalásra. Ezt a megoldást ezért nagyon ritkán alkalmazzák. Gyakrabban történik, hogy a támogatást a munkaadónak adják, és kötelezően továbbítania kell munkabér formájában a fogyatékossgal élő munkavállalónak. Ez annyiban különbözik a közvetlen támogatástól, hogy mindenképp kapcsolatot feltételez a munkavállaló és a munkaadó között, tehát a munkavállalónak dolgoznia, teljesítenie kell.

A gyakorlatban általában a fenti három támogatási forma mindegyike megjelenik a megváltozott munkaképességű és a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásának támogatásában. Mindazonáltal megállapítható, hogy nagyon nehéz pontosan meghatározni azt a mértéket, amennyivel indokolt a megváltozott munkaképességű és a fogyatékossgal élő emberek munkavállalásának támogatása.

Létezik azonban még egy megoldás, amely általánosságban, a fogyatékossgal élő ember egész életviteléhez ad támogatást. Az elsősorban a skandináv országokban használt támogatási rendszer elve szerint a fogyatékossgal élő emberek életének szerves része a munka – ahogy a magánélet, és a közösségi élet is. Ez a rendszer felméri a fogyatékossgal élő ember képességeit és lehetőségeit, s ezek megvalósításához ad szinte teljeskörű anyagi támogatást. Ha indokolt, akkor akár 24 órás személyi segítségre is lehetőséget ad (természetesen nem egyazon személyi segítő közreműködésével). A kapott igen jelentős, az életvitelhez adott támogatás segítségével a fogyatékossgal élő emberek a piacon vásárolják meg a normalizált, integrált életvitelükhöz szükséges eszközöket, szolgáltatásokat: személyi segítséget, speciális életvitelt segítő technikai eszközöket, lakhatási lehetőséget saját vagy bérelt lakásban, avagy épp az akadálymentes közlekedés lehetőségét. Ebben a rendszerben tehát nem a munkaadótól ered a munkavégzéshez szükséges személyi segítség, hanem a munkavállaló életében – igényei és szükségletei szerint – állandóan jelen van. A munkahely akadálymentes kialakítása, a munkavégzés tárgyi feltételeinek kialakítása természetesen a munkaadó felelőssége.

87 A kvótarendszerrel szemben több ellenérv is megfogalmazódott. Az egyik, hogy a munkáltatók formálisan teljesítik ugyan a kötelező kvótát, de érdemi rehabilitáció nem történik. Egy másik ellenvetés, hogy minden ilyen beavatkozás stigmatizál, vagyis erősíti a fogyatékos emberekkel szemben amúgy is meglévő munkáltatói előítéleteket. (Gere, 2005: 10)

A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásának támogatása elméletben úgy a legigazságosabb és összességét tekintve a leginkább hatékony, ha egyedileg képesek vagyunk mérni a munkahelyen és a munkakörben a munkavállaló munkahatékonyságának változását. Ennek módszertani kidolgozása a szükséges munkafunkciók teljeskörű felméréseivel elvileg az FNO-val (A funkcióképesség és a fogyatékossg nemzetközi osztályozásával) lehetséges lesz, de az FNO igen nehézkesen alkalmazható (bizonyos helyzetekre, célokra van csupán kidolgozott FNO-kérdéssor, s egyébként is nagyon sok FNO-felmérésre lenne szükség), s emiatt egyelőre még nem történt meg. Ezért a világon mindenütt egy-egy becsült mértéket határoznak meg a munkahatékonyság-változás mértékeként (jellemzően 75–90%), s ehhez igazítják a foglalkoztatással megszolgált támogatás mértékét. Emellett szerepet játszhatnak a munkakörben szokásos piaci bérezés mértéke, a felek közti tárgyalásokon született megegyezés, a korábbi támogatási mértékek, valamint természetesen politikai szempontok is. Ezek azonban már kívül vannak a piac és a szigorúan vett közgazdaságtan hatókörén.

A hazai támogatási rendszerrel kapcsolatban Scharle (2005) véleménye szerint „... az információk, illetve a forráselosztás államilag szervezett, centralizált adminisztrációjának további növelése helyett a visszacsatolási mechanizmusok (például rehabilitációs hozzájárulás helyett biztosítási rendszer) kiépítése és erősítése, az adminisztratív előírások és szabályozások helyett a pénzügyi ösztönzők alkalmazása lenne hatékonyabb eszköz a rehabilitáció elősegítésére. Ezek az ösztönzők nagyobb rugalmasságot biztosítanak, és engedik, hogy a piaci szereplők a szakmailag és pénzügyileg is legjobb megoldásokat alkalmazzák a kormányzat által kijelölt cél elérésére. További előnyük, hogy kifinomult (és költséges) ellenőrző rendszer nélkül is képesek a vállalatokat a céloknak megfelelő működésre ösztönözni.” (Scharle, 2005: 200)

Összességében megállapítható, hogy a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásának támogatása nem egyszerű kérdés, s az ezt megállapítani hivatott módszertanok a közeljövőben minden bizonnyal sokat fognak változni, s vélhetőleg egyre kifinomultabbak lesznek.

4. Nyitott területek, dilemmák, kérdések

4.1. A fogyatékossgügy meghatározása, megfelelő besorolása, s az ebből fakadó gyakorlati problémák

Bármennyire is kezdenek kirajzolódni a jogi garanciák, a gyakorlatban még mindig meglehetősen bizonytalanság övezi a fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos speciális szolgáltatások elhelyezkedését. Az egyes szakpolitikák ugyanis saját szakterületükből indulnak ki, s nem gondolnak arra, hogy speciális szaktudásra lenne szükség a fogyatékossgal élő klienscsoport számára történő szolgáltatáshoz. Ezért – hasonlóan például a cigány kisebbséghez – a fogyatékossgal élő embereknél sem feltétlenül érik el ugyanazt a kívánt ered-

ményt, mivel a szolgáltatók nem veszik figyelembe a klienscsoport speciális igényeit, szükségleteit. Sajnos Magyarországon az általános emberi jogok figyelembe vétele – mint horizontális, mindent átható szempont – a szolgáltatáskor még nem annyira elterjedt, mint máshol a világban. A fogyatékossgal élő embereknek sokkal aktívabban kell érvényesíteniük jogos érdekeiket, mivel még olyan területeken sem találkoznak szempontjaik érvényesülésével, ahol egyébként elvárható lenne. Ezért aztán szükség van például

- speciális oktatásra,
- akadálymentes közlekedésre,
- akadálymentes épületekre és általában akadálymentesítésre,
- speciális egészségügyi és szociális szolgáltatásokra,
- akadálymentes lakóhelyekre,
- megváltozott munkaképességű, köztük fogyatékos emberek számára létesített munkahelyekre.

A szokásos esetben ezek mindegyikét igénybe lehetne venni az ép embereknek létesített szolgáltatóhelyeken, de mivel a fogyatékossg, mint horizontális szempont nem érvényesül, ezért a közösség – jellemzően az állam – kénytelen erre külön ügyelni, s sok pénzért szegregált intézményrendszereket létrehozni azért, hogy az integráció, a normalizált élethez való jog megvalósulhasson.

Valóban integráló, integrált társadalomban a kisebbségek jogos szempontjai természetesen, a többség által is elfogadottan érvényesülnek, hiszen azok nem csorbítják a többség jogait a köz- és a magánjavak élvezetében. S ezért, mivel a közjavak mindenki számára hozzáférhetők, valójában az integráció a közösség egésze számára olcsóbb, mintha két külön intézményrendszert kellene kiépíteni és fenntartani. Ilyen társadalomban nincs szükség külön fogyatékossgügyre, mivel a másság, köztük a fogyatékossg elfogadása mindenki számára magától értetődő. Ilyen értelemben tehát végső soron nem feltétlenül a fogyatékossgügy megerősítésére, hanem inkább a fogyatékos emberek speciális szempontjai figyelembe vételére lenne szükség. Ez azonban szemléletváltást tenne szükségessé, ami sajnos mindig nagyobb és hosszabb távú feladat, mint egy-egy kapacitás csupán rövid távon eredményes létrehozása.

4.2. A fogyatékossgal élő emberek valódi igényeinek és szükségleteinek felmérése

További nyitott, az utóbbi években megoldatlan kérdés a fogyatékossgal élő emberek valódi szükségleteinek felmérése, amelyek hiányában aligha lehetséges bármiféle ésszerű tervezés és gazdálkodás a közösség rendelkezésére álló erőforrásokkal. Bár egyes területeken megvalósultak kutatások bizonyos szükségletek felderítése céljából,⁸⁸ átfogó, akár egy-egy résztémára vagy az egy területen élők

88 Lásd például a Kézenfogva Alapítvány jelentését a súlyos, halmozott fogyatékossgal élő emberek helyzetéről (Kézenfogva, 2004), vagy az ÁSZKI kutatását a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási lehetőségeiről (Pulay, 2009).

összességére vonatkozó kutatás nem készült a szolgáltatási szükségletekről, illetve a fogyatékosággal élő emberek helyzetéről. A legfrissebb és a leginkább idézett anyag ma is a KSH 2001-ben végzett népszámlálása, amely több területen részletesen is foglalkozott a fogyatékosággal élő emberek helyzetével, s amely ugyanakkor részben már elavultnak tekinthető az azóta eltelt közel 9 év történései miatt. Részletes, a megváltozott munkaképességű és a fogyatékosággal élő emberek számosságára, foglalkoztatottsági mutatóikra, szolgáltatási szükségleteikre vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre, csupán becslésekre lehet támaszkodni. Sajnos sem a helyi önkormányzatok, sem a szociális szolgáltatók nincsenek tisztában az igényekkel. Ennek oka részben az is, hogy gyakran meg sem fogalmazódik az érintettekben a szolgáltatási igény, mivel az őket körülvevő támogató közösség és saját maguk is tájékozatlanok a lehetőségeket illetően. A szolgáltatók részéről meg nincs semmiféle érdemi ösztönző arra, hogy felkeressék és megtalálják a potenciális klienseket, hiszen eleve teljes kapacitáson működnek, s így nem érdekeltek új ügyfelek szerzésében és a várólistán szereplő igénylőkkel való előkészítő munkában.

Mindazonáltal ezt az áldatlan állapotot felismerve a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet elkezdte feltérképezni az egyes földrajzi területeken működő szociális szolgáltatókat, s az érdekvédelmi szervezetekkel és az önkormányzatokkal együttműködve felmérni a valós szolgáltatási szükségleteket. Amíg ez a munka teljes körűen be nem fejeződik, addig nem várható a szükségletekhez illeszkedő szolgáltatási szerkezet kialakulása, s megmaradnak a területi minőségi és mennyiségi eltérések a fogyatékos emberek számára biztosított szolgáltatásokat illetően, imígyen konzerválva a kliensek esélyegyenlőségi hiányát.

4.3. Feladatmegosztás a központi kormányzat, az önkormányzatok és más, nem állami szolgáltatók között

Magyarországon meglehetősen régóta folyik diskurzus arról, hogy mi számít a társadalom egésze, a közösség (az állam vagy az önkormányzat) által elvégzendő közfeladatnak (s a belőlük eredményként előállított közjavaknak), és mi tartozik a magánszolgáltatások, a magánjavak közé. Szintén nem eldöntött kérdés, hogy e javak tényleges előállítása a közösség feladata-e, avagy inkább csupán a közjavakhoz való hozzájutás megszervezése és finanszírozása az.

E két kérdés tisztázása nélkül nem lehet tovább menni a harmadik kérdéshez, ami az, hogy a közösség melyik szintjének kell megszerveznie, finanszíroznia vagy ellátnia a korábban meghatározott közfeladatokat?⁸⁹ Szerveződési szint lehet például a központi kormányzat, a statisztikai régió, a megye, a kistérség, avagy a lakóhely szerinti helyi önkormányzat.

89 Vannak országok, ahol az önkormányzatokat is érdekeltté teszik az aktív foglalkoztatáspolitikai eszközök alkalmazásában. Dániában például a „rugalmas állás program” azokra vonatkozik, akiknél a rehabilitációs program időtartama már kimerült, de nem alkalmasak a nyílt munkaerőpiacon történő elhelyezkedésre. Ha az önkormányzat ezeknek az embereknek biztosít olyan foglalkoztatást, amiben a munkát hozzá igazítja az illető képességeihez, akkor 100%-os bértámogatást kap az államtól (ha ehelyett rokkantsági segélyt folyósítana, akkor annak 65%-át a helyi önkormányzatnak kellene állnia).

Sajnos ez a bizonytalanság igencsak tetten érhető a fogyatékossgal élő embereknek végzett szolgáltatásokban is. Elégé érthetetlenül határozták meg a különféle szolgáltatásokra (vagy azok megszervezésére) köteles területi szerveződési szinteket, hiszen alapvetően a lakosságszámhoz kötődnek a fogyatékos embereknek kötelezően adandó (szociális) szolgáltatások fajtái, s egyáltalán nem veszik figyelembe sem az ott élők valós szükségleteit, sem azt a tény, hogy bizonyos szolgáltatás (például a higiénés szükségletek kielégítése) alapvető emberi jog. Ezért aztán leginkább a kistelepüléseken fogyatékossgal élő emberek nem tudnak szinte semmilyen szolgáltatást igénybe venni, hiszen azt az adott önkormányzatnak még csak meg se kell szerveznie, pláne nem biztosítania.

Szintén hazai sajátosság, hogy az egyes elismert közfeladatok ellátásáért adható központi finanszírozás nem veszi figyelembe a szolgáltatás tényleges és jogos költségeit, amit így a helyi önkormányzatnak vagy más fenntartónak saját magának kell a forrásokat kiegészítenie.

Ezek a tisztázatlan kérdések vezetnek el oda, hogy egyrészt a fenntartók nem szívesen vágnak bele nagyívű és előremutató fejlesztésekbe, hiszen kérdéses, hogy a szolgáltatások hosszú távon támogatandók-e a központi kormányzat részéről, másrészt elképzelhető, hogy a valós szükségletektől függetlenül alakulnak ki és születnek – vagy éppen nem születnek - kapacitások.

A fogyatékossgal élő emberek valós emberi (jogi) szükségleteinek kielégítése tehát jellemzően az önkormányzat ún. szociális (és nem emberi) elhivatottságától függ, s ezeknek az alkotmányos jogoknak az érvényesítése egyáltalán nem megoldott Magyarországon. Nincs ugyanis semmiféle hatásos jogi vagy pénzügyi jellegű szankció arra vonatkozóan, ha egy önkormányzat nem teljesíti feladatát, s nem biztosítja akár saját, akár más szolgáltatója által a jogszabályban előírt közszolgáltatásokat.

Mindezeknek a tényezőknek az eredményeképp alapvető szükségletei maradnak kielégítetlenek a fogyatékossgal élő embereknek, köztük különösen azoknak, akik külső személyi segítségre szorulnak, s így válik lehetetlenné számukra a társadalomban való aktív, értékteremtő részvétel, mely mindannyiunk kárára (elmaradt hasznára) van.

A területiség mint rendező, szervező elv mellett fontos kérdés a feladatok ellátásában a hatékonyság. Ugyanis ahhoz, hogy kielégítsék a valós a szükségleteket, szükség van azok megfelelő felmérésére és közvetítésére az ellátásra kötelezett (ön)kormányzati szinthez. Nyilvánvaló, hogy minél nagyobb a fizikai és a hierarchiabeli távolság az igénybevevők és a szolgáltatásról döntők között, annál kevésbé valósul meg a valós szükségletek kielégítése akár mennyiségileg, akár minőségben. Indokolt lenne tehát a szolgáltatások decentralizálása arra a szintre, amelyen azok még szakszerűen elláthatók. Ez egyáltalán nem jelenti a mai önkormányzatok szintjét, hiszen azok többsége igen kicsi, s nem rendelkezik a szolgáltatáshoz szükséges tárgyi és emberi infrastruktúrával. Meg kell határozni az egyes szolgáltatások ellátásához szükséges optimális üzemgazdasági méreteket, s ezekbe csatornázni az igényeket. A tapasztalatok alapján megállapítható, hogy ez körülbelül a mai kistérségek szintjének felel meg, tehát a fo-

gyatékossággal élő emberek számára szükséges legtöbb szolgáltatást ezen a szinten érdemes megszervezni és fenntartani. Sajnálatos tény azonban, hogy a kistérségi szolgáltatások szervezésekor nem konszenzusos, tehát mindegyik érdekelt fél (helyi önkormányzat) jogos érdekeit figyelembe vevő döntést hoznak, hanem a lakosságszámon alapuló többségi szavazásos mechanizmus alapján alakulnak ki ezek a szolgálatok, amelyek így épp a leghátrányosabb helyzetben lévő kistélepülések speciális szükségleteit nem veszik figyelembe. Tehát ezen ok miatt sem érvényesül a leghátrányosabb területeken fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlősége.

Amint ezen a példán is látszik, a fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlőségének kérdése és a fogyatékoságügy egésze is igencsak rendszereken átívelő, az egyes szakrendszerek határán levő terület, s a vele való foglalatosság átfigó kezelési, beavatkozási módokat igényel.

4.4. A piac szerepe és létjogosultsága a szociál- és a foglalkoztatáspolitikai szolgáltatásokban

Az egyik legalapvetőbb és legérdekesebb kérdés ma Magyarországon a szabadpiaci részvétel a közszolgáltatásban. Abban nagyjából konszenzus alakult ki, hogy az állami, az önkormányzati források belátható időn belül nem lesznek elegendő színvonalas és elegendő mennyiségű szolgáltatás létrehozására és fenntartására. Épp ezért szükség van a magánforrásokra a közszolgáltatások területén is. Arról viszont már meglehetősen nagy vita van, hogy milyen mértékben és milyen feltételekkel, korlátozásokkal vehetnek részt a piaci szereplők a szolgáltatásban.⁹⁰

A nyitás mellett állók érvei:

- A piaci szereplők képesek hatékonyan és eredményesen működtetni a közszolgáltatásokat; az eredmények mérhetők, összehasonlíthatók,
- csökken a korrupció.
- A szükségleteket messzemenően figyelembe veszik, képesek differenciáltan és rugalmasan, személyre szabottan szolgáltatni.
- A munkatársak megfelelő bérezésben részesülnek.
- A munkatársak számára sokkal inkább lehetőség van az egyéni kvalitások megmutatására.
- A munkatársak belső erőforrásai megmozdulnak.
- Megfelelő szabályozással sikerülhet, hogy az esetleges nyereség visszakerüljön a szolgáltatásba.
- Érdekeltek a legújabb szakmai és irányítási módszerek alkalmazásában.

⁹⁰ Ld. például László Csaba volt pénzügyminiszter Tépett vitorlák c. könyvét, vagy az aktuális polémiákat például a kórházak üzemeltetésének magánkézbe adásáról.

- A piaci szereplők távoltartása mellett állók érvei:
- Csak a nagy nyereségben érdekeltek, s nem a szolgáltatások minőségének javításában, a kliensérdekek szükségleteinek kielégítésében.
 - Mivel minél nagyobb bevételt szeretnének, ezért épp a legrászorultabb klienscsoportok kiszorulnak a szolgáltatásokból.
 - Nem érdekeltek ott szolgáltatni, ahol kevés a fizetőképes kereslet (pl. kistéleplések stb.).
 - Az e piacra lépők elsősorban a rövid távú nyereségben érdekeltek.
 - Kizsákmányolják a dolgozókat.
 - A tulajdonosok profitérdekeltsége felülírja a szakmai szabályok betartását és a kliensérdekeket.
 - A rövid távú nyereség vágya háttérbe szorítja a szolgáltatások működtetéséhez szükséges tárgyi infrastruktúra fejlesztését, a beruházásokat:
 - Ha egy korábban állami, önkormányzati fenntartású szolgáltatóról van szó, akkor gyakran támad a gyanú, hogy az új fenntartót vagy tulajdonost elsősorban az olcsón megszerzett ingatlan, mintsem a szolgáltatás hosszú távú fenntartása és fejlesztése érdekli.

Természetesen mindkét érvelésben van igazság. Sajnos meglehetősen élő emlék az a fájó tapasztalat, amikor az 1990-es évek elején a piaci lehetőségek hirtelen kitágulásával csak azért vettek meg szolgáltatókat, hogy a korábbi megállapodásokat megszegve azokat fokozatosan leépítve teljesen más célra hasznosítsák az ingatlant. De általánosságban is tapasztalunk egyfajta gyanakvást a vállalkozók, a magánszektor iránt, amit csupán tetéz az utóbbi évtizedek és az azt megelőző évszázadok paternalisztikus, az állam (és a „király”) mindenhatóságába vetett hite. De számos olyan hazai és külföldi példával találkozunk, amikor a magánszektor ellenőrizetlen garázdálkodása a közszolgáltatások területén végül is azok minőségének csökkenéséhez, esetleg bezárásához vezetett.⁹¹ Sok területen viszont épp a magánbefektetők belépésének és a piaci szemlélet elterjedésének köszönhető az állami szereplők kínálta közszolgáltatások színvonalának javulása.⁹²

91 Ld. például az angol vasútrendszer privatizációját az 1980-as években, ami után a magántulajdonosok elhanyagolták a szükséges beruházásokat, s így megbízhatatlanná vált a szolgáltatás; hasonló példa az erőművek magántulajdona Kaliforniában, ami mostanra gyakori áramhiányhoz vezetett, mivel hasonlóképp elmaradtak a szükséges fejlesztések. Szintén példa a Hospinvest magánbefektető cég sikertelen próbálkozása bizonyos hazai kórházak működtetésében. Az egyesült államokbeli magánegészségügyi rendszer sajátos működtetése, a társadalombiztosítás ottani hiánya révén mintegy 40 millió ember nem jut egészségügyi ellátáshoz. Itthon kevésbé ismert tény, hogy amióta bizonyos laborvizsgálatok és a dialíziskezelések szinte teljesen magánkézbe kerültek, azóta – a megfelelő lobbitevékenység „eredményeképp” e két területre (amely egyébként minőségi szolgáltatást nyújt) arányaiban sokkal többet költ az állam, mint korábban, tehát végső soron az egész társadalom számára többre kerül. De számos egyéb példát lehetne mondani.

92 Például a közép- és a felsőfokú oktatás területén tapasztalhatunk bizonyos kedvező fejleményeket; a civil szektor – mely szintén magánjellegűnek tekinthető – erőteljesebb részvétele a szociális szolgáltatások területén is hozott minőségi javulást.

A jelenlegi szabályozás alapvetően szektorsemlegesnek mondható, hiszen ha egy szolgáltatási hely megfelel bizonyos tárgyi és személyi feltételeknek, akkor ki kell adni számára a működési engedélyt. Mindazonáltal a finanszírozásban és a gyakorlatban eltérések mutatkoznak a különféle szektorok (állami, önkormányzati, egyházi, civil és vállalkozói) által fenntartott intézmények szabályozása között. A helyzetet bonyolítja a szociális szolgáltatások finanszírozása, amiben egyaránt megtalálható a feladatfinanszírozás (pl. a támogató szolgálatok ma), az intézményfinanszírozás (a családsegítés, a falugondnoki szolgáltatás és korábban a támogató szolgáltatás) és a fejkvótás, a normatív alapú finanszírozás (bentlakásos és nappali ellátás stb.), s amelyben szintén találhatók a szektorsemlegeségnek ellentmondó elemek. Tekintettel a közfinanszírozás korlátosságára, a piaci szereplők nyíltan alapvetően csak olyan területeken létesítenek új szociális szolgáltatásokat, ahol lehetőség van jelentős saját bevételek elérésére. Ilyen például a bentlakásos idősgondozás.⁹³

A foglalkoztatáspolitikai terén jelenleg még elenyésző a nem állami, köztük a piaci szereplők jelenléte. Ennek oka, hogy a munkaerő-piaci szolgáltatások finanszírozása jelenleg még nem megoldott, ráadásul egyetlen szereplő, az Állami Foglalkoztatási Szolgálat által működtetett munkaügyi központok dominálnak ezen a téren. Mindazonáltal például a munkaerő-közvetítés és egyes humánszolgáltatások területén már megjelentek a piaci szolgáltatók. Ezek a szolgáltatók azonban fogyatékosággal élő emberek számára jelenleg még csupán ritkán relevánsak.

Mindazonáltal belátható, hogy a piaci, a magánjavak előállításánál alkalmazott módszerek térhódítására igenis szükség van a közszolgáltatások területén:

- kialakul a valódi teljesítménymérés,
- megvalósul a cél szerinti működés,
- érvényesül a költséghatékonyság a szolgáltatás területén;
- vannak olyan területei a működésnek, ahol a nem szakmai szempontok az elsődlegesek: humánerőforrás-gazdálkodás, PR, beszerzések, infrastruktúra üzemeltetése, beruházások lebonyolítása, általános menedzsment, szervezeti felépítés, projektek lebonyolítása, költségvetés-készítés, kontrolling, tervezés, stratégia-kialakítás, minőségmenedzsment, finanszírozás, adminisztráció stb.;
- a fogyasztói szemlélet elterjedése a közszolgáltatások területén: a fogyasztóknak vannak jogaik, amiket érvényesíteni lehet;
- a közszolgáltatásokban a más, nem szakmai szemléletnek már önmagában is ereje van, hiszen olyan kérdések vetődnek fel, amilyenre szakmabeli emberek nem képesek; szintén elképzelhető, hogy bizonyos esetekben nem szakmai megoldásokkal is eredményt lehet elérni szakmai kérdésekben.

A fentieken túl a érdemes foglalkozni a piacra jutás lehetőségeivel, korlátaival is. Jelenleg szociális szolgáltató és szociális intézmény – a 188/1999. (XII. 16.)

⁹³ Mindazonáltal elképzelhető, hogy egyes civil szervezetek mögött alapvetően piaci érdekeltségek állnak, amelyek a civil szervezeti formát kihasználva, „abba bújva” működtetnek alapvetően piaci jelleggel szociális szolgáltatásokat. Természetesen ez csupán feltevés, ami nehezen bizonyítható.

kormányrendelet 2. § (1) szerint – „csak működési engedéllyel, a jogszabályokban és a működési engedélyben meghatározott feltételek szerint működtethető.” Ez tehát azt jelenti, hogy étkeztetést, házi segítséget, jelzőrendszeres házi segítséget, falu- és tanyagondnoki szolgáltatást, családsegítést, közösségi ellátásokat, valamint nappali- és bentlakásos intézményi ellátást csak működési engedéllyel, a vonatkozó jogszabályok maradéktalan betartásával lehet végezni függetlenül attól, hogy az e szolgáltatásokat fenntartó szervezet részesül-e állami normatív támogatásban a szolgáltatásért, vagy nem. Mivel a működési engedély kiadásához bizonyítottan meg kell felelni többek között az 1/2000 (I/7.) SZCSM-rendeletben foglalt, a személyi és a tárgyi feltételekre vonatkozó, igen kemény minimumfeltételeknek, e szabályozás tehát igencsak megnehezíti, ha nem teszi lehetővé piaci alapon működő szolgáltatások felbukkanását. A jogszabályból egyben az is következik, hogy ezeket az alap- és szakosított szolgáltatásokat csak ezen módon és máshogy nem lehet végezni. Tehát nincs lehetőség arra, hogy a törvény betűjétől eltérve a szolgáltatás tartalmát maradéktalanul ellátva történjen szolgáltatás annak ellenére sem, hogy az esetleg jobban megfelel a klienscsoport szükségleteinek, mint ahogy azt a jogszabály elképzei.

A magánjavak (termékek, szolgáltatások) előállításában az egyes (piaci) szolgáltatók közötti különbséget épp az adja, hogy mindenki másképp, más (humán- és tárgyi infrastruktúra valamint pénztőke) erőforrásokat igénybe véve és más módszerekkel dolgozva éri el ugyanazt a célt, s nyújtja lényegében ugyanazt az anyagi vagy szellemi jellegű szolgáltatást. Az idézett jogszabályok épp ezt teszik lehetővé, hiszen minden szolgáltató számára ugyanazon minimális erőforrások meglétét írják elő, s a jogalkotók nem is feltételezik, hogy ugyanazon tartalmú célt, szociális szolgáltatást másképp is el lehet érni. S mivel nem csupán a szolgáltatás beindításához szükséges minimumfeltételeknek kell folyamatosan megfelelni, hanem a jogszabály szabályozza (felülről korlátozza) az egyes szolgáltatásokért kérhető szolgáltatási díjat (amit *térítési díjnek*⁹⁴ hív, tehát már megfogalmazásában is feltételezi, s rögtön elő is írja,⁹⁵ hogy az nem fedezheti a szolgáltatás önköltségét), ezért a gyakorlatban teljesen lehetővé válik, hogy az egyes szolgáltatók között markáns különbségek jöj-

94 A szociális törvény a következőképp rendelkezik: „114. § (1) Ha e törvény másként nem rendelkezik, a személyes gondoskodást nyújtó ellátásokért térítési díjat kell fizetni.”

95 A szociális törvény szerint: „115. § (1) A személyes gondoskodás körébe tartozó szociális ellátások térítési díja (a továbbiakban: intézményi térítési díj) a szolgáltatási önköltség és a normatív állami hozzájárulás, támogató szolgáltatás esetén a szolgáltatási önköltség és a szolgáltatás külön jogszabály szerinti költségvetési támogatásának különbözete. Ha az ellátásra a mindenkori költségvetési törvény differenciált összegű normatív állami hozzájárulást határoz meg, az intézményi térítési díjat valamennyi normatívakategóriára külön meg kell határozni. Az intézményi térítési díjat integrált intézmény esetében is szolgáltatásonként kell meghatározni, a közös költségelemek szolgáltatásonkénti közvetlen költségeinek arányában történő megosztásával. Emelt színvonalú bentlakásos ellátás esetében az intézményi térítési díjat az előző évben ténylegesen igénybe vett normatív állami hozzájárulással kell számítani. (2) A kötelezett által fizetendő térítési díj összegét (a továbbiakban: személyi térítési díj) az intézményvezető konkrét összegben állapítja meg és arról az ellátást igénylőt az ellátás igénybevétele megkezdése előtt írásban tájékoztatja. A személyi térítési díj nem haladhatja meg az intézményi térítési díj összegét, kivéve, ha az intézményi térítési díj számítása nem eredményez pozitív számot. Ebben az esetben külön jogszabályban meghatározott összegű személyi térítési díjat kell fizetni.”

jenek létre. Piaci szereplők és a magántőke megjelenése márpedig aligha várható egy annyira szabályozott (köz)szolgáltatási piacon, hogy az egyes szolgáltatások közötti különbségtétel csupán az egyéni tapasztalatok szintjén lehetséges, de a működés feltételeit és módszereit tekintve nem. Ráadásul a szolgáltatás – legalábbis a jogalkotók szándéka szerint – csak veszteséges, tehát pótlólagos külső erőforrásokat szinte kötelezően igénybe vevő lehet.⁹⁶

A szociális alapszolgáltatásokban kevés esetben (a házi és jelzőrendszeres házi segítség területén), s a szakosított ellátások területén is csupán azokna területeken (a már többször említett idős és fogyatékossgal élő emberek bentlakásos gondozása, valamint egyes bentlakásos közösségi ellátások) jelentek meg nyereségérdekelte piaci szereplők, ahol van lehetőség arra, hogy a befektetett tőke megtérüljön. Annyira egységesítettek és merev szabályok szerint működtethetők a szociális szolgáltatások, hogy – vélhetően a jogalkotók akarata ellenére is – a gyakorlatban lehetetlenné vált az állam által elismert és támogatott új típusú szolgáltatások létrehozása, s ezzel lényegében konzerválódott a szociális törvény 1993-as megalkotása idején létező szolgáltatáshiány mind minőségben, mind mennyiségben. Hiánygazdaságban márpedig aligha lehetséges minőségi szolgáltatás, hiszen az egyes szolgáltatók nincsenek rákényszerülve arra, hogy versenyezzenek a fogyasztókért, hanem sokkal inkább a fogyasztóknak kell versenyezniük a szolgáltatók kegyeiért (Kornai, 1982).

Összességében tehát a fogyatékossgal élő embereknek végzett szociális szolgáltatások piaca erősen korlátozott piac, ahol néhány kivételtől eltekintve egyáltalán nem kifizetődő új kapacitások létrehozása, annak ellenére, hogy erre a jelenleg meghatározott szociális szolgáltatások többségében (elsősorban az alapellátások és a kiscsoportos bentlakásos ellátások tekintetében) jogos szükséglet mutatkozik. A korlátozott állami finanszírozási keretek mellett ennek oka lehet az is, hogy a meglévő állami-önkormányzati fenntartóknak nem érdeke más szolgáltatók és másfajta szolgáltatások megjelenése, hiszen az veszélybe sodorhatja saját, szolgáltatásaikat gyakran fejleszteni nem képes intézményeik létét.

Mindezek fényében belátható, hogy új szolgáltatások létrehozása a jelenlegi jogszabályi keretek között aligha várható a közeljövőben, még akkor sem, ha esetleg jelentősen javulna az ország gazdasági teljesítménye. Az állami és nem állami gazdasági szereplők számára pedig csak ott van lehetőség új kapacitások létrehozására, amelyek nem szerepelnek az említett jogszabályokban. Ilyenek például az egészségügy és a szociális ágazat határterületeként működő, az életvitelt segítő eszközök, technológiák forgalmazása és az ezzel kapcsolatos szolgáltatás, avagy a fogyatékossgal élő emberek számára szánt szabadidős programok. S bár e két területen például számos jó, innovatív kezdeményezés jött létre az utóbbi években,⁹⁷ a fogyatékossgal élő emberek mindennapjait

96 A szociális törvény meghatározza a szolgáltatásokért kérhető legmagasabb díjat, azaz az intézményi térítési díjat. Ennek összege nem lehet több, mint a szolgáltatás önköltsége és a kapott állami normatív támogatás különbségének egységnyi (például bentlakásos intézményi ellátás esetén egy főre és egy hónapra vagy napra jutó) része.

97 Lásd például a Bátor tábor vagy a Túlélőtúra keréken és lábon c. kezdeményezéseket az egyik, és a Guruló műhelyek hálózatát a másik területen.

leginkább meghatározó, a szociális törvény által lefedett területeken sajnos nem történt érdemi előrelépés. Annak ellenére sem, hogy az ország több, nagy elvi jelentőségű vállalat, lépést is megtett.

4.5. Hiányzó szolgáltatások a szociális törvényből

A szociális törvényből számos szolgáltatás hiányzik, amire valóban szükségük lenne a fogyatékossgal élő embereknek. Új szolgáltatásokat lehet ugyan kínálni a jelenlegi jogszabályok alapján (a működési engedély megszerzésének kényszere csak a szociális törvényben szereplő szolgáltatásokra vonatkozik), ezekre azonban az állam támogatást nem ad, s ezért hiányoznak is. Hiányzó vagy a gyakorlatban elérhetetlen szolgáltatások például a következők:

- Komplex rehabilitáció (nappali vagy bentlakásos): bár a szolgáltatás létezik mindkét formában, a jelenlegi kapacitások nagyon csekélyek és nem elérhetőek Budapesten kívül; a szolgáltatás szakmai tartalma nem kidolgozott, ezért a néhány létező szolgáltató eltérően értelmezi a szolgáltatás tényleges tartalmát.
- Nappali ellátás súlyosan-halmozottan fogyatékos emberek részére: a szolgáltatás elvi lehetősége szintén megvan a fogyatékosok nappali intézménye keretében, a valóságban azonban kevés ilyen létezik, mivel a jelenlegi szabályozás az intellektuális fogyatékossgal élő emberek számára preferálja e szolgáltatások létrehozását; a nappali intézményi férőhely nagyon kevés, s jellemzően nem tudnak személyi segítést adni.
- Foglalkozási rehabilitáció, a munkaerőpiacra való visszatérés lehetősége: a szolgáltatás jelenleg nincs megnevezve a szociális törvényben, bár több szervezet is kínál ilyet; a szolgáltatás szakmai tartalmáról jelenleg még nincs egyetértés a szakemberek között, s emiatt a támogatása is eseti.
- Speciális képzési szolgáltatások: részképesség-fejlesztés, sorstársi tanácsadás stb. E szolgáltatások csak speciális egyéni szolgáltatóknál érhetőek el (pl. logopédia, augmentatív kommunikáció), s nincs rájuk általános támogatás.
- Hivatalos ügyek intézése azok számára, akik nem tudnak kimozdulni otthonról: sokan vannak (nem csupán fogyatékossgal élő emberek), akik számára megoldhatatlan hivatalos ügyeik intézése, mivel nem tudnak kimozdulni otthonról, s nem megoldható ügyeik meghatalmazással történő elintézése; indokolt lenne utazó szolgáltatás kialakítása.
- Naprakész, egységes adatbázis a fogyatékossga élő emberek számára leginkább fontos információkról: szociális szolgáltatók, akadálymentesítés, támogatások stb.
- A segédeszköz-szükséglet felmérése és megfelelően adaptált segédeszköz kínálata (ki kéne venni az „egészségügyi körből”, a segédeszköz nem első sorban egészségi kategória, hanem életviteli): bár ez a szolgáltatás a valóságban már létezik, sokan nem tudnak róla, s támogatása sem megoldott.
- Támogatott lakhatás, akadálymentes bérlakás, félutasház: fogyatékossgal élő sok ember számára nem megoldás a tartós intézményi bentlakás (a lakóotthon vagy a bentlakásos szociális intézmény), mivel csorbítja önállóságát.

kat, s nagyon sok kötöttséggel jár, ugyanakkor lakhatásukat és jogos szükségleteiket magánúton kielégíteni nem tudják; indokolt lenne – ahogy azt külföldön sok helyütt tapasztaljuk – olyan lakhatási formák kialakítása, ahol akadálymentes környezetben kedvezményes áron van lehetőség szükség szerint személyi segítségre.

- Munkaidőn kívül is elérhető támogató szolgálat.

4.6. A fogyatékossgal élő embereknek kínált szolgáltatások finanszírozási kérdései

A fogyatékossgal élő embereknek kínált szolgáltatások finanszírozása alapvetően nem különbözik más közszolgáltatások finanszírozásától. Annyiban azonban mégis eltérés mutatkozik más szolgáltatásokhoz képest, hogy a szolgáltatási szükséglet – és annak költségei – jelentősen eltérnek az egyes elismert fogyatékossgai típusok között.

4.6.1. NORMATÍV FINANSZÍROZÁS

Jelenleg elsősorban az ún. normatív állami támogatás módszerével finanszírozza az állam a közszolgáltatásokat, ami azt jelenti, hogy a közszolgáltatást jogosan és igazoltan igénybe vevők létszámához igazítja a finanszírozást. Ezzel párhuzamosan megállapít bizonyos minimumfeltételeket mind a szolgáltatók végzettsége és száma, mind a szolgáltatási hely felszereltségére vonatkozóan, s ezeket a tényleges igénybe vevők után teljesíteni kell. A minimumfeltételeket sávosan, az igénybevevők számához mérten kell teljesíteni.

A normatív finanszírozás előnyei:

- Kiszámítható, tervezhető a szolgáltató intézmények számára.
- Egyszerű, s viszonylag kevés adminisztrációval jár mind a pénzmozgásokat, mind az elszámolást tekintve mindhárom szereplő: az igénybe vevő, az állam és a szolgáltató számára egyaránt.
- Az igénybevevőnek nem kell pénzzel foglalkoznia.

A normatív finanszírozás hátrányai:

- A finanszírozó számára nem kiszámítható, hiszen adminisztratív korlátozások híján bármikor „beeshet” nem tervezett finanszírozási igény.
- A szolgáltató nem érdekelt a minőségi szolgáltatásban, hiszen a finanszírozás nem kötődik a minőséghez és az eredményességhez.
- Különösen a szociális szolgáltatások esetében igaz, hogy az igénybe vevő nem tudja befolyásolni a szolgáltatás minőségét, hiszen nehézkes a szolgáltatóváltás a szűkös kapacitások miatt, s nem fog kapni máshol szolgáltatást.
- A finanszírozás elválk a szolgáltatástól.

- Az igénybe vevő egyéni szolgáltatási igénye nem jelenik meg a finanszírozásban, tehát nincs differenciált, az egyéni szükségletekhez igazodó finanszírozás.⁹⁸
- A normatíva feltételezi, hogy az országban mindenhol ugyanannyiba kerül a szolgáltatás, tehát nincs tekintettel a költségek területi eltéréseire.⁹⁹
- Nem tisztázott a közszolgáltatások szakmai tartalma, tehát nem lehet tudni, pontosan milyen tevékenységeket kell végrehajtani azért, hogy jogosult legyen a normatívára, tehát nem tisztázottak a szolgáltatás szakmai szabályai, csak az adminisztratív teendők.
- Nem veszi figyelembe, hogy a költségek nem állnak egyenes arányban az igénybe vevők számával.
- Általános tapasztalat, hogy az utólagos normatívaellenőrzések szinte kizárólag az adminisztrációval foglalkoznak, s nem tekintik a feladatvégrehajtás valódi tartalmát; gyenge a szakmai, a minőségi kontroll és támogatás a szolgáltatásokkal kapcsolatban.
- Alapvetően intézményfinanszírozást jelent, hiszen a jogszabály csak bizonyos paraméterű intézmények számára teszi lehetővé a szolgáltatást, s nem a feladatvégrehajtás minőségét nézi.
- A normatív támogatás összege nem veszi figyelembe a szolgáltatás tényleges költségét.
- A normatíva összege csupán támogatás, amit a fenntartók (jellemzően az önkormányzatok) saját bevételeikből egészítenek ki; nem tisztázott tehát, hogy ki felelős a feladat tényleges ellátásáért; a vegyes finanszírozásból az tűnik ki, hogy az állam és a fenntartó közösen, viszont ezt semmilyen jogszabály nem rögzíti, másrészt igencsak nehéz szankcionálni a nem megfelelő (vagy adott területeken egyáltalán nem is létező) feladatellátást.
- Nem ösztönöz a teljesítményre és a végzett feladat mérhetőségére.
- Ösztönöz ugyan költséghatékonyságra, viszont ez gyakran a minőség rovására megy, ami nem befolyásolja a finanszírozás mértékét.
- Összejátszásra, korrupcióra ad okot a szolgáltató és az igénybevevők között a finanszírozóval szemben.

A normatív támogatás tehát szakmailag és pénzügyileg egyaránt erősen vitatható, de mindazonáltal egyszerűsége és már csupán a hagyományok miatt is meglehetősen elfogadott módszer a közszolgáltatások, köztük a fogyatékossgal élő embereknek szánt szolgáltatások finanszírozására. Ugyanakkor fontos megállapítani, hogy a normatív támogatások reálértéke erősen csökkent az

98 Ez elsősorban a szociális szolgáltatásokra igaz, mivel például az oktatás területén már megjelent a differenciált finanszírozás épp a fogyatékossgal élő emberek oktatásában, akik után „sajátos nevelési igényű” diákként pótlólagos, az eredetinek akár többszörösét is kitevő normatív támogatás igényelhető, ezzel is ösztönözve az oktatási intézményeket a fogyatékos diákok integrált oktatására.

99 A budapesti megélhetési költségek jellemzően 30-50%-kal magasabbak, mint az ország más területein, viszont a normatív támogatás ugyanannyi.

utóbbi években, tehát a központi állam egyre kevesebb részt vállal a közszolgáltatások finanszírozásában.¹⁰⁰

A szociális szolgáltatások finanszírozásában többeknek szúr szemet az egyházi kiegészítő normatív támogatás.¹⁰¹ Az 1997-ben a Vatikánnal kötött államközi megállapodás és annak a többi bejegyzett egyházra való kiterjesztése¹⁰² alapján az egyházi fenntartók az állam által adott normatív támogatáson felül ún. egyházi kiegészítő támogatásra jogosultak a normatív alapon finanszírozott közszolgáltatások alapján. Ennek elvi alapja az, hogy az állam így kompenzálja azt a hátrányt, amit e fenntartók és intézményeik kénytelenek elviselni amiatt, hogy az egyházi fenntartóknak, azaz maguknak az egyházaknak, saját bevételeik nincsenek (hiszen az 1940-es évek végén az államosítások során az egyházi vagyont szinte teljesen elvették), illetve azok erősen korlátozottak. E bevételek szükségesek ahhoz, hogy az egyházak mint fenntartók hozzá tudjanak járulni a fenntartott intézményeik működési költségeihez, mivel az állami normatíva csupán azok 50-60%-ára adna fedezetet.¹⁰³ Ez a tény egyben egyfajta elismerése is annak, hogy jelenleg állami szinten nincs átgondolva sem az állam teherviselő képességének megfelelő közszolgáltatási paletta (ami azért nem csupán magyar sajátosság), sem az egyes szolgáltatások – köztük a szociális szolgáltatások – végzéséhez szükséges minimumfeltételek, melyek egyébként nem veszik figyelembe az egyes klienscsoportok sajátos szolgáltatási szükségleteit.¹⁰⁴

100 Függelék, 1. sz. táblázat.

101 Erős kritikát fogalmaz meg például Polónyi István (Polónyi, 2006).

102 A Magyar Köztársaság és az Apostoli Szentsek között a Katolikus Egyház magyarországi közszolgálati és hitéleti tevékenységének finanszírozásáról, valamint néhány vagyoni természetű kérdéssel 1997. június 20-án, Vatikánvárosban aláírt Megállapodás kihirdetéséről szóló 1999. évi LXX. törvény, valamint a 1997. évi CXXIV. törvény az egyházak hitéleti és közcélú tevékenységének anyagi feltételeiről.

103 Az egyházi kiegészítő támogatás mértékét a mindenkori költségvetési törvény állapítja meg annak alapján, hogy a tárgyévet megelőző 2. évben mennyi volt átlagosan az önkormányzati fenntartók kiegészítő támogatása a normatívakon felül. A gyakorlatban ennek mértéke szolgáltatásonként eltérő mértékben 30-45% között volt az elmúlt években, tehát igen jelentős összeget képviselt. Ez a támogatási forma igen sokat kritikát kapott – elsősorban a civil szféra részéről – amiatt, hogy így az egyházi fenntartók által működtetett közszolgáltatások, elsősorban iskolák és szociális szolgáltatások, aránytalanul magas támogatásban részesülnek, s így jobb szolgáltatással magukhoz vonzzák a tehetősebb ügyfeleket, klienseket. Az egyházak válasza erre jellemzően az, hogy az állam által kötelezően nyújtandó, s az egyházak által nyújtott közszolgáltatások valós költségeit nem fedezik az állami normatívák, s az egyházaknak nincs más bevételeik a pótlólagos költségek fedezetére, szemben az önkormányzatokkal (adóbevételeikből), vagy a civil fenntartókkal (adományok, pályázati lehetőségek, vállalkozási tevékenység).

Bár a valóságban az egyházak érvelése valamelyest sántít, hiszen a civil szervezetek forrásbevonási képessége – néhány példától eltekintve – erősen korlátozott, s messze nem éri el a szükséges mértéket, annyiban mégiscsak rávilágít arra a tényre, hogy az állami támogatás valóban nem finanszírozza a közszolgáltatásokat akkora mértékben, hogy azok megfeleljenek a jogszabályokban lefektetett minimumfeltételeknek.

104 Az állam például ugyanannyi normatív kiegészítő támogatásban részesíti az enyhe értelmi fogyatékos embereknek otthont nyújtó intézményeket, mint a 24 órás személyi segítséget igénylő súlyosan-halmozottan mozgássérült emberek bentlakásos intézményeit annak ellenére, hogy ez utóbbi klienscsoportnak lényegesen nagyobb szolgáltatási szükséglete van. Nem is csoda, hogy alig-alig találni ilyen intézményt, szolgáltatót.

4.6.2. TELJESÍTMÉNYFINANSZÍROZÁS

A normatív finanszírozás alternatívája a teljesítményfinanszírozás. Ezt azt jelenti, az állam a közszolgáltatás bizonyos paramétereit méri, annak függvényében támogat, s nem veszi figyelembe a szolgáltatók tárgyi, személyi erőforrásokkal való ellátottságát. A teljesítmény-finanszírozás előnyei:

- Ha valóban jól felépített finanszírozási rendszerről van szó, akkor megvan a lehetőség valóban minőségi szolgáltatások létrejöttére.
- Ösztönöz a teljesítményre, a hatékonyságra;
- Differenciált finanszírozást tesz lehetővé;
- Az intézmények finanszírozása helyett a valós szolgáltatást támogatja;
- Ösztönzi a szolgáltatókat a rugalmas, az igényeknek megfelelő szolgáltatásra.

Hátrányok:

- Kevésbé tervezhető a finanszírozó állam számára.¹⁰⁵
- Jóval nehezebb és kevésbé ellenőrizhető az adminisztrációja.
- Pótlólagos adminisztrációt tesz szükségessé a szolgáltatási szükséglet meghatározása.
- Ha nem kapcsolódik be a kliens a finanszírozásba, akkor felesleges teljesítményekre ösztönzi a szolgáltatót.
- A rosszul megválasztott teljesítményösztönző rossz minőséget eredményezhet, hiszen a teljesítménykényszer a minőség rovására mehet.
- Összejátszásra, korrupcióra ad okot a szolgáltató és az igénybevevők között a finanszírozóval szemben.

4.6.3. PÁLYÁZATI RENDSZER

A teljesítményfinanszírozáshoz lényegét tekintve nagyon közel áll a pályázati rendszer, amint azt például ma Magyarországon a támogató szolgáltatóknál, a közösségi ellátásoknál és várhatóan más szolgáltatásoknál (például a szociális foglalkoztatásnál) is alkalmazott finanszírozási módszer.

A pályázati rendszer előnyei:

- Kiszámítható finanszírozást biztosít több éven át.
- Megfelelő előregondolkodást, a szakmai munka átgondolását jelenti.
- Versenyhelyzetet teremt a szolgáltatók között.
- Interdiszciplináris, többszemponú munkát feltételez egy pályázat alapos megírása, ami a szervezet egészére jó hatással lehet.
- Az állam számára kiszámítható, tervezhető kiadás.

¹⁰⁵ Ez a megállapítás pályázati rendszerénél nem állja meg a helyét, hiszen akkor az állam tulajdonképp megversenyezteti a különböző szolgáltatókat, s a pályázati anyagok alapján választja ki azt, amellyel szerződést köt. Mivel ismert a pályázaton kiosztható, a pályázók rendelkezésére álló teljes keret, ezért a valóságban inkább attól kevesebb pénz felhasználására lehet számítani, ez viszont a szerződő szolgáltatóknak nem érdeke.

Hátrányai:

- Nehéz új szolgáltatóként bekerülni a támogatási körbe, mivel a pályázatokat rendszerint 2-3 évre előre kiírják.
- Nem tudja követni a változó szükségleteket.
- Nagyon sok múlik a pályázat megfelelő kiírásán: fontos, hogy ne legyen részrehajló, bizonyos pályázókat jogosulatlan előnyben részesítő a kiírás.
- Rosszul megírt pályázat esetén olyan szolgáltatók is kieshetnek a támogatott körből, amelyek egyébként szakmailag megfelelő munkát végeznek; ez számukra valódi anyagi krízishelyzetet jelenthet, akár az intézmény és fenntartója anyagi csődjéhez is vezethet, amit valahogyan kezelni kell.
- Nem megfelelően megfogalmazott teljesítménykritériumok esetében eltorzíthatja a szakmai munkát.

A pályázat által támogatott időszak lejárta után a fenntarthatóság kérdéses.

4.6.4. EGYÉNI FINANSZÍROZÁS

A fogyatékossgal élő emberek esetében Nyugat-Európában egyre több helyen alkalmazott finanszírozási módszer az egyéni finanszírozás. Ezt azt jelenti, hogy személyre szabott objektív szükségletmegállapítás után az egyén kap bizonyos pénzüsszeget (akár vócsér, szolgáltatásra feljogosító igazolás formájában), amit aztán szabadon használhat fel szolgáltatások vásárlására.¹⁰⁶

Ennek előnyei:

- Versenyre ösztönzi a szolgáltatókat.
- Teljesítményre ösztönöz.
- Nincsenek felesleges adminisztratív piacra lépési korlátok.
- Egyéni teljesítmények értékelése.
- Nincs szükség központi ellenőrzési apparátusra se a finanszírozás, se a minőség tekintetében, hiszen mindezen feladatokat „ellátják” maguk a kliensek.
- Könnyen tervezhető a finanszírozó számára.
- Lehetőség van új szolgáltatások kialakítására, ebben nincsenek bürokratikus korlátok.
- Vásárló szabadon dönt a piacon (önrendelkezés)

Hátrányai, nehézségek:

- Nehéz bevezetni, komoly előkészületekre van szükség az átálláshoz.
- Feltételezi a fogyasztói tudatosságot az igénybe vevők részéről.

¹⁰⁶ Dániában például nem csupán a fogyatékossg tényét és súlyosságát, hanem a képzettséget és más egyéni adottságokat és szükségleteket figyelembe vesznek annak megállapításakor, hogy milyen szolgáltatásokra jogosul az adott fogyatékos ember. Hasonló, az egyén fogyasztói tudatára épülő rendszer működik Hollandiában is.

- Komoly támogató és információs rendszer kialakítására van szükség a megfelelő döntések meghozatalához.
- Komoly pénzügyi adminisztrációt jelent.
- Szükség van az igénybevevők szükségletei folyamatos felülvizsgálatára a felesleges finanszírozás elkerülése érdekében.
- A rossz minőséget hozó szolgáltatók esetében csődvészély (főleg az átmenet idején).

4.6.5. EGYEDI DÖNTÉSEN ALAPULÓ FINANSZÍROZÁS

A fenti, alapvetően minden szolgáltató által hozzáférhető finanszírozási mód-szereken kívül természetesen létezik még az egyedi döntésen alapuló, diszkrecionális jellegű finanszírozás. Ez a módszer szintén alkalmazott Magyarországon néhány kiemelt, speciális területen működő szociális intézmény esetében. E finanszírozási módszer előnyei:

- Könnyen tervezhető a finanszírozó számára.
- Lehetőség van speciális, a normatív támogatások által le nem fedett szolgáltatások finanszírozására.
- Rugalmas felhasználás, könnyű elszámolás.
- Mivel általában kevés intézmény esetében alkalmazott módszer, ezért könnyen ellenőrizhető a szolgáltatás
- lehetőség van kísérletezni, új szolgáltatásokat létrehozni

Hátrányok:

- Nem ösztönöz a teljesítményre, s nem is mérhető a teljesítmény.
- Ha nincs megfelelő finanszírozói kontroll, akkor könnyen elfolyik a pénz.
- Az így finanszírozott intézmények nincsenek versenyhelyzetben a kliensekért.
- Az intézmények működése nem összehasonlítható más szolgáltatókéval, így nem állapítható meg a relatív hatékonyság.
- Elképzelhető, hogy az intézmény inkább a hagyomány, mintsem a tényleges teljesítménye alapján finanszírozódik kiemelt módon;
- Mivel nehezen mérhető a teljesítmény, ezért az egyedi döntés évről évre változhat, s az egyedi döntéshozó politikai jellegű alkuja során alakul ki a tényleges finanszírozás;

4.6.6. A FINANSZÍROZÁS FORRÁSA

A finanszírozás rendszere mellett a másik nagy kérdés az, hogy kitől érkezik a pénz? Ma Magyarországon alapvetően a központi állam finanszírozza az összes közszolgáltatást, köztük a fogyatékossgal élő embereknek szánt speciális szolgáltatásokat. Emellett van szerepük a saját bevételekkel rendelkező fenntartóknak is (jellemzően önkormányzatok), de az ő saját bevételeik mértéke erősen korlátozott, s alapvetően a központi állam által meghatározott. Mindazo-

nálta! egyes módosabb önkormányzatok esetében – ahol megfelelő mennyiségű iparúzési adóbevétel keletkezik – igenis lehet önálló, független gazdálkodásról beszélni. Sajnos ma Magyarországon nem tisztázottak az állam és az önkormányzatok feladatai és felelősségei a területükön élő emberek jóléte tekintetében. Ezért – s ennek történelmi hagyománya is van – az emberek elsősorban a központi államtól várják problémáik megoldását annak ellenére, hogy a hozzájuk sokkal közelebb álló önkormányzatok jobban ismerik a területen élők valós szükségleteit. Az önkormányzatok működése és feladatellátása feletti állami kontroll hiányosságai miatt az önkormányzatok inkább afelé hajlanak, hogy más lássa el kötelező feladataikat, s inkább magasabb önkormányzati szinten – lehetőleg a központi állam segítségével – oldódjanak meg a helyi közösség problémái. Ezzel, s a szociális szolgáltatások merev, rugalmatlan szabályozásával elvész az a speciális tudás, ami kifejezetten a helyben élő igényjogosultak számára tenné lehetővé a szolgáltatást s javíthatna jelentősen életminőségükön.

Az állami, önkormányzati finanszírozás mellett Magyarországon még elenyésző a piaci alapon szerveződött magánfinanszírozók szerepe, ami alapvetően magánbiztosítói formában létezik.¹⁰⁷ A biztosítók és a fogyatékosággal élő emberek számára közös találkozási pontot, fontos potenciális piacot jelenthetnek a rehabilitációval kapcsolatos biztosítások, hiszen ebben az esetben létezik leginkább egy meghatározható „biztosítási esemény” (a többi szociális szolgáltatásnál nincs mihez kötni a biztosítást, nincs olyan bekövetkező esemény „amire” fizessen a biztosító). A megváltozott munkaképességű emberek rehabilitációjának elősegítésében potenciálisan leginkább szerepet játszó biztosítási ágazatok a balesetbiztosítás, a betegségbiztosítás, illetve a felelősségbiztosítás. Az első kettő megkötése általában fakultatív, míg az utóbbi megkötését a jogalkotó kötelezővé teheti. S bár „a piacon található biztosítási termékek rendkívül mostohán kezelik a rehabilitációt” (Pulay, 2009: 73), s a magánbiztosítások által kínált módok sem kapcsolódnak a társadalombiztosítás keretében végzett szolgáltatásokhoz, „a rehabilitáció mögött meghúzódó társadalmi érdek kapcsán – célszerű lenne a magánbiztosítást intézményesen is bekapcsolni a rehabilitáció finanszírozásába” (Pulay, 2009: 75). Ennek egyik formája lehet annak végig gondolása, hogy „melyek azok a rehabilitációs szolgáltatások, amelyeket az állam csak bizonyos értékhatárig esetszámgig tud finanszírozni, és e felett célszerűnek és méltányosnak tartja a magánbiztosítók szerepvállalását” (Pulay, 2009: 75). Emellett a magánbiztosítók szemlélete is megfontolandó lehet minden szolgáltató számára: mivel a biztosító jóléte a biztosítottak által befizetett tagdíjaktól függ, ezért a biztosítók elemi érdeke ügyfeleik szükségleteinek minél teljesebb kielégítése, érdekeik képviselete. Ezért e piaci szereplők olyan szolgáltatások vásárlásában érdekeltek ügyfeleik számára, amelyek a lehető leghatékonyabban elérhetőek a célok, miközben elfogadható áron megvá-

107 Köszönet Péteri Jánosnak, hogy gondolataival segítette a jegyzet e részének megírását.

sárolhatók a biztosítók számára.¹⁰⁸ S bár természetesen vannak ellenérzések a biztosítók gátlástalan profithajhászásával, az ügyfelek közti önkényes szelekcióval szemben,¹⁰⁹ mégis szükség lenne a biztosítók gazdasági hatékonysági szemléletének megjelenésére a fogyatékossgal élő embereknek végzett szolgáltatásokban is.

Sajnos jelenleg még nem igazán elterjedt a magánbiztosítók szolgáltatásainak igénybevétele, s a megfelelő minőségű szolgáltatói háttér is hiányzik. Ráadásul a magánbiztosítón révén megjelenő kliensek ugyanúgy jogosultak a meglévő szolgáltatói hálózat szolgáltatásainak igénybevételére a társadalmi általános szolidaritás keretein belül,¹¹⁰ mint mások, s így nem térnek el a többi igénybevevőtől, s a biztosító sem érvényesíti érdekeiket.¹¹¹ Mindazonáltal szükség van egy a kliens érdekeit nagyon jól ismerő és aktívan szolgáló finanszírozóra, hiszen az általa alkalmazott módszerek jelentősen növelhetik a jelenlegi szolgáltatórendszer hatékonyságát.¹¹² A hatékony társadalombiztosító témája egyben felveti a társadalombiztosítás részleges államtalanításának kérdését, illetve – a (kiegészítő) nyugdíjbiztosításhoz hasonlóan – magánbiztosítók megjelenését az általános egészségbiztosítás területén.¹¹³ E nagyon izgalmas témák kifejtése viszont messze meghaladja e jegyzet kereteit.

108 Balesetbiztosítás esetében például a szolgáltatók érdekeltek abban, hogy az ügyfél minél gyorsabban, minél inkább felépüljön, s életminősége lehetőség szerint minél inkább megközelítse a korábbi szintet. Ehhez a biztosító – a vele szerződött szolgáltatók révén – biztosítja a megfelelő orvosi és rehabilitációs szolgáltatásokat, valamint az életvitelhez szükséges korszerű eszközöket. A biztosító mint finanszírozó tehát egyértelműen érdekelt a hatékony és eredményes szolgáltatásban.

109 Elég csak az egyesült államokbeli magán-egészségügyi biztosítók túlkapasaira gondolnunk.

110 Mivel finanszírozása nem a társadalombiztosításon át történik, ezért jelenleg a fogyatékossgal élő embereknek számtalan szociális szolgáltatásukhoz való hozzáférés nem kötődik társadalombiztosítási jogviszony meglétéhez, s a vele szoros kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatásokkal. Tehát anélkül lehetséges ezek igénybe vétele, hogy az illető bármi deklarált módon hozzájárulna azok közös költségeihez. Számos nyugat-európai országban a kettő összefügg, s a szociális szolgáltatásokat a állami egészségbiztosítók révén finanszírozzák anélkül, hogy ezeket egészségügyi kiadásoknak tekintnék.

111 A kérdés egyben felveti a társadalombiztosításon belül egy elkülönült balesetbiztosítási részleg létrehozását annak érdekében, hogy a balesetben igényjogosulttá vált ügyfelek érdekei minél gyorsabban és hatékonyabban érvényesüljenek. Erre számtalan kísérlet történt az 1990-es években, s jelentős hazai történelmi előzményekkel is bír ezen témakör. I. OEP, 2009.

112 S egyben adódik az a kérdés is, hogy a jelenlegi társadalombiztosítás, s benne az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) mennyire működik valódi biztosítóként, s mennyire nem. Véleményem szerint sajnos inkább ez utóbbi a helyzet, mivel biztosítói oldalról nem nagyon tapasztalható az ügyfelek érdekeinek képviselete a szolgáltatókkal szemben, amik szintén inkább atyáskodva kezelik a betegeket, semmint partnernek, ügyfélnek tekintenek. Ráadásul az OEP felett – a rövid életű társadalombiztosítási önkormányzatok 1998-as megszüntetése óta – semmiféle szervezet, testület nincs, amelyik megállapítaná, hogy valóban az ügyfelek érdekeit képviseli-e vagy nem. Jelenleg az OEP főigazgatója az egészségügyi miniszter felügyelete alá tartozik, ami azt is jelenti, hogy az OEP elsősorban a mindenkori politikai hatalom eszköze, s csak másodlagos a biztosítottak, a befizetők hatékony érdekvédelme.

113 A társadalombiztosítási önkormányzatok alternatívájaként foghatók fel a magánbiztosítók, illetve általánosságban is e gondolat felvetése a társadalombiztosítás területén. Sajnos azonban e szakmai kérdés túlságosan átpolitikálódott ahhoz, hogy érdemben lehessen vele foglalkozni. Pedig – ahogy látható és tapasztalható – igencsak szükség lenne az értelmes párbeszédre. A témáról bővebben I. Novák (2006).

4.6.7. A SZOLGÁLTATÁSOK MÉRÉSE¹¹⁴

A finanszírozással kapcsolatban végül szintén fontos kérdés annak megválaszolása, hogy valójában mit is mérek. eltérő mértékben ugyan, de bármely fajta finanszírozásnál megfogalmazódik ugyanis a minőség kérdése, tehát annak meghatározása, hogy pontosan milyen tevékenységet vagy intézményt is támogat a finanszírozó, s az ennek keretében folyó munkának mi az eredménye, hogyan állapítható meg a szolgáltatás minősége. A minőség megállapításához márpedig mérési rendszerek megalkotására és tényleges mérésre van szükség.

A közszolgáltatások, „a nagy ellátórendszerek”, s benne a fogyatékossgal élő emberek részére végzett szociális- és foglalkoztatáspolitikai szolgáltatások hatékonysága és teljesítménye mérésének kérdése nem újkeletű felvetés. Mindazonáltal, amíg az oktatás és az egészségügy területén már rutinszerűen alkalmaznak bizonyos mérési módszereket, addig a szociális területen ezek kialakítása is gyerekcipőben jár, nemhogy az alkalmazásuk. A legfontosabb ezzel kapcsolatos kezdeményezés a szociális szolgáltatások sztenderdizációja néven beindított projekt volt 2005-ben a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet jogelődje, a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézetben, amely először – a Szociális Minőségügyi Műhely keretében – egyáltalán magát a szociális szolgáltatások szakmai tartalmát kívánta meghatározni abból a célból, hogy a jó gyakorlatokhoz lehessen viszonyítani az egyes szolgáltatók tényleges gyakorlatát.¹¹⁵ A projekt eredményeképp elkészült több, különböző szakemberek által eltérő szemléletben megfogalmazott anyag. Sajnos azonban jelen állás szerint a tényleges sztenderdizációs folyamat 2007-ben elakadt, s az egyelőre még csak nyers formában létező szabályozó anyagok bevezetése nem látható előre. Ennek legfontosabb oka, hogy a bevezetéshez szükség lenne a szociális szolgáltatásokat szabályozó jogszabályok átfogó átalakítására, ehhez azonban nincs meg a megfelelő politikai akarat. Hosszú távon a sztenderdek bevezetése és gyakorlati alkalmazása elvezethet odáig, hogy megvalósul a szolgáltatások és maguk a szolgáltatók minőségbiztosítása, ami garantálhatja a minőséget és a hatékony munkavégzést egyaránt. Az eredménymutatók alkalmazása alapul szolgálhat az egyes, ugyanazon területeken működő szolgáltatók és szolgáltatásai összehasonlítására.¹¹⁶

A teljesítménymérés és a szolgáltatók átlátható működése ugyanakkor nem csupán az ügyfelek, hanem a maguk a szolgáltatók elemi érdeke is, nekik egyre inkább meg kell küzdeniük egyre öntudatosabb fogyasztóvá váló klienseik ke-

114 A téma fontosságának megvilágításában nagy szerepe volt Dr. Hajnal Miklós Pálnak, aki részese volt a a szociális szolgáltatások sztenderdizációja projektnek, s köszönettel tartozom édesapámnak, Andor Györgynek, aki fizikusként a mérésügyben alkotott maradandót, s akitől a szemléletet örököltem a világban tapasztalható folyamatok kritikus vizsgálatához.

115 A sztenderdizációs projekt eredményei, az elkészült sztenderdek tervezetei az SZMI honlapján található meg: http://www.szmi.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=313&Itemid=147; sajnos ezek az anyagok még csupán tervezetek.

116 Az eredménymutatók maguk nem készültek el, csupán a keretrendszert dolgozták ki tervezet formájában a sztenderdizációs projekt kapcsán. Ez ügyben l. a SZER sztenderdet az SZMI honlapján: http://www.szmi.hu/images/dok/sztenderd/szer_rev.pdf.

gyeiért. Szerencsére vannak úttörő jellegű önkéntes kezdeményezések is e téren.¹¹⁷

A szolgáltatások egyes mérhető paraméterei számtalan értékes információt adhatnak a végzett tevékenységekről. A szakirodalom alapján ezeket input-, output- és folyamat-indikátorokként határozzuk meg. Ilyenek például a következők:

- az egyes szolgáltatások tényleges önköltsége,
- az egyes szolgáltatásokhoz valóban szükséges erőforrások,
- buktatók, kritikus pontok az egyes tevékenységek végzése során,
- a szolgáltatások várható eredménye, a végzett tevékenységek által elért változás (vagy elkerült állapotromlás) mértéke és értéke,
- az ellátottak száma,
- az igénybevevők és más érintettek érzékelése a szolgáltatás milyenségét illetően.¹¹⁸

4.7. A szociális törvény tarthatatlansága

A fogyatékossgal élő embereknek végzett szociális szolgáltatásokat elsődlegesen az 1993. évi III., ún. szociális törvény szabályozza. A törvény közel két évtizeddel ezelőtti létrejötte megteremtette a közösség egészének támogatására szoruló emberek, köztük a fogyatékos emberek számára nyújtott szociális ellátások rendszerét. A jogszabály és a hozzá kapcsolódó végrehajtási rendeletek, közülük kiemelten az 1/2000 (I. 7.) SZCSM-rendelet, hosszú évek bizonytalansága után rendszerbe foglalták a szociális szolgáltatásokat, meghatározták a szolgáltatások igénybevételét, finanszírozását és végzésének feltételeit, s nem utolsósorban hozzájárultak egy új tudomány és szakma fejlődéséhez.

Bár az elmúlt évek során sok változtatáson ment át, mégis elmondható, hogy a szociális szolgáltatások jelenlegi szabályozása meglehetősen elavult, eredendően az állam kizárólagos szolgáltatói szerepvállalására épülő intézményi szemléletet tükröz. Csupán nyomokban érhetők tetten az elsősorban a fogyatékossgal élő emberek mozgalmi által indukált emberi jogi szemléletbeli és gyakorlati változások. És akkor még nem esett szó a közösség-egyéni szerepvállalás megváltozott arányairól, a szolgáltatások és a tudomány fejlődéséről. Ezek a folyamatok nem épültek be szervesen a szociális szolgáltatások szabályozásába, hanem inkább külön jogszabályok formájában (1998. évi XXVI. ún. esélyegyenlőségi törvény, Országos Fogyatékosügyi Program, az ENSZ fogyatékossgügyi egyezménye stb.) öltöttek testet. Mindez azt eredményezte, hogy új

117 Jó példa a Mozgássérült Emberek Rehabilitációs Központja (MEREK, a volt Mozgássérültek Állami Intézete, MÁI) kezdeményezése, amely az ISO 9001-es minősítés megszerzésére irányult (a tanúsítvány megszerzése jelen írás keletkezésekor folyamatban van), s aminek keretében többszempontú vizsgálat kezdődött az intézmény tényleges szakmai munkáját illetően. Az interdiszciplináris gondolkodás során megfogalmazódtak a MEREK működésének mérhető teljesítménymutatói is. A folyamatról hamarosan bővebb tájékoztatás olvasható a MEREK honlapján a www.merek.hu oldalon.

118 A teljesítménymérésnek egyik leginkább kidolgozott – és a fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatások esetében valamennyire már alkalmazott – területe a kliens- és dolgozói elégedettségmérés.

szemléletben igyekszünk szabályozni egy alapvetően elavult rendszerben működő szociális szolgáltatási infrastruktúrát.

A következőkben a fogyatékosággal élő embereknek végzett szociális szolgáltatások jelenlegi szabályozásának kérdéses pontjairól lesz szó.

4.7.1. JOGALKOTÁS, JOGREND

A szociális törvény egyik legnagyobb szemléletbeli hiányossága, hogy valójában elsősorban intézményekben gondolkodik, azokat határozza meg, s csak másodsorban foglalkozik az általuk végzett szolgáltatásokkal. Az újonnan belépő szolgáltatóknak tehát egy elképzelt intézményt kell létrehozni a tényleges szociális szolgáltatások helyett ahhoz, hogy működési engedélyt – s vele állami támogatást – kapjon. Az elképzelt intézmény feltételeit megfelelően szabályozza a jogszabály, de a szakmai tartalomról és az ott folyó folyamatokról nem tesz említést, nem követeli meg a minőséget és annak biztosítását.

A jogbiztonságot és a törvény használhatóságát veszélyezteti, hogy az egyes szolgáltatásokra vonatkozó kiegészítő szabályok más-más jogszabályokban szerepelnek, nem létezik egy mindenre kiterjedő összefoglalása a szabályoknak. Emiatt indokolatlanul körülményes a szolgáltatások működtetése. A szociális törvénynek és végrehajtási rendeleteinek tartalmi elemei nem tisztázottak: vannak olyan témák, amelyek a törvényben, és vannak, amelyek a végrehajtási rendeletekben szerepelnek, pedig esetleg nem ott kéne. Ugyanakkor sok fontos elem egyáltalán nem szabályozott; ilyen például a szakmai tartalom.

Szintén problémákat okoz, hogy nem lehet éles határvonalat húzni a szociális és az egészségügyi szolgáltatások között (pl. a házi segítség tekinthető egészségügyi tevékenységnek is, s hasonlóan nem egyértelműen szociális jellegű a rehabilitáció, illetve a súlyos fogyatékosággal élő emberek tartós bentlakásos ellátása), ezért egyes ugyanazon tartalmú szolgáltatásokra pusztán a szolgáltató intézmény szociális vagy egészségügyi jellege miatt teljesen eltérő szociális, vagy egészségügyi szabályok vonatkoznak.

4.7.2. A SZOLGÁLTATÁSOK SZAKMAI TARTALMA

A szolgáltatások tartalmi elemeit tekintve megállapítható, hogy a jogszabály leginkább „étlapot” mutat, hogy milyen szociális szolgáltatások vehetők igénybe, anélkül, hogy tovább menve preferenciákat, szemléletet is adna. Fontos lenne tehát, hogy a szabályozásban is megjelenjenek a modern szemléletet tükröző ösztönzők (pl. integrált otthoni ellátás elsődlegessége a tartós bentlakással szemben, a rehabilitáció fontossága stb.). Természetesen szükség van minél többfajta szolgáltatásra, de nem a jelenlegi arányban.

Szintén fontos változtatási igény, hogy a szociális törvény a szolgáltatásokat további kliencsoportonként, fogyatékoságonként határozza meg a jelenlegi, erősen leegyszerűsített „hajléktalan, pszichiátriai beteg, fogyatékosággal élő” felosztás helyett: egészen más szükségletei (és támogatási igényei) vannak például egy mozgássérült, mint egy intellektuális fogyatékosággal élő embernek;

szintén „vízválasztó” a súlyos-halmazott és az enyhe fokú fogyatékoság. A fogyatékosági ágak közti különbségek figyelembe nem vétele ugyanakkor több esetben nem jelenti, hogy sikerülne általános, minden fogyatékosra kiterjeszhető regulákat alkotni az egyes szolgáltatások szabályozásánál. Ilyen eset például a nappali szolgáltatások szabályozása, amely – kimondatlanul is – alapvetően intellektuális fogyatékosággal élő emberek számára hozta létre ezt az intézménytípust, s nem gondolt a más fogyatékosággal élő, például mozgássérült emberekre.¹¹⁹ Márpedig az ő esetükben is indokolt a nappali szolgáltatás különösen annak fényében, hogy – eltérően az intellektuális fogyatékosággal élő igénybevevők többségétől – esetükben mérhető állapotjavulás érhető el a szolgáltatások eredményeképp, sikeresen (vissza)vezethetők a nyílt munkaerőpiacra, s ekképp csupán átmenetileg veszik, vennék igénybe a szolgáltatást.

A szolgáltatás egyes alapszolgáltatások (nappali ellátás, támogató szolgáltatás) esetében nem igazodik a szükségletekhez: nem, vagy csak drágán megoldott a munkaidőn kívüli és a hétvégi szolgáltatás.

Ugyanakkor több szolgáltatás nehezen különböztethető meg egymástól, többekre lassacskán nem is lesz szükség. Néhány példa:

- A támogató szolgáltatásban a személyi segítség erősen hasonlít a házi segítséghöz, indokolt a kettő összevonása.
- Nehéz különbséget tenni az átmeneti és a tartós bentlakás között.
- A közösségi közlekedés akadálymentesítésének előrehaladtával egyre kevésbé lesz szükség a speciális szállítószerkezetre.
- Az akadálymentes internet és a számítógép-használat elterjedése okafogyottá teszi az informálást (természetesen csak akkor, ha valóban létrejön megfelelő adatbázis, ld. fent).

A szabályozókból fájdalmasan hiányoznak a szolgáltatások eredményességének (nem megtörténtének!) mérőszámai, valamint azok a szakmai sztenderdek és protokollok, amelyek az eredményes szolgáltatáshoz vezetnek.

Rosszak a teljesítményöszönzők: nem az a fontos, hogy milyen bemeneti (tárgyi és személyi) feltételek állnak rendelkezésre a szolgáltatáshoz, hanem az, hogy milyen eredményeket produkál, milyen változást sikerül elérni a kliensek életében (tehát az inputok helyett az outputokat kellene mérni, és ehhez igazítani a finanszírozást).

119 Például kötelező szolgáltatásként megköveteli a csoportos foglalkozásokat, az étkezést és a szabadidő eltöltését, ami mozgássérült emberek esetében gyakran ellentétes a fejlesztési céllal. A jogi szabályozás nem hangsúlyozza a szakmai munka fontosságát, hanem inkább az intézményben eltöltött időre helyezi a hangsúlyt, nem tekinti céljának a nyílt munkaerő-piacra való visszavezetést. Homogén klienscsoportnak tekinti az igénybe vevőket, ami mozgássérült emberek esetében értelmezhetetlen az eltérő diagnózisok miatt. A szociális törvény végrehajtási rendelete a tárgyi feltételek meghatározásakor nem tér ki a megfelelő eszközellátottságra és az akadálymentes megközelítés követelményére. A jogszabály kifejezetten tiltja azon kliensek felvételét, akik orvosi ellátást és állandó ápolást igényelnek, pedig mozgássérült emberek esetén gyakran ez a helyzet. A nyújtandó szolgáltatásokból teljesen kimarad a fizikai-egészségi állapot fenntartása és javítása, a mozgásterápia. Hasonlóképp nem érvényesülnek a látás- és hallássérült emberek speciális szempontjai.

A szociális munkakörökben kötelező továbbképzések elvégzése nem könnyű, ráadásul nehéz eldönteni, hogy a munkafeladatok végzéséhez mely továbbképzések adnak valódi segítséget, s melyek kevésbé; a minőségi szolgáltatást elsősorban a mindennapi gyakorlat során feltáruló általános emberi kvalitások, mintsem a tételesen ismert tananyag biztosítja.

Elég szerencsétlen, a kor által már túlhaladott az egyes szociális szolgáltatásokat végző intézmények számára kötelező személyi összetétel meghatározása; manapság például szinte mindenkinek van B kategóriás jogosítványa, ezért felesleges külön sofőr alkalmazása a támogató szolgáltatóknál. Ugyanakkor bizonyos szakemberek hiányoznak a szolgáltatásokból. A foglalkoztatottak szakma szerinti összetételének inkább a vállalt feladatokhoz és a kliensszámhoz kellene rugalmasan igazodnia.

A szolgáltatások célcsoportjának meghatározása meglehetősen merev. A jelenlegihez képest sokkal rugalmasabban kellene eljárni, nyitni az idős és a tartósan beteg, egészségkárosodott emberek felé, s inkább azt vizsgálni, hogy a szolgáltatás várhatóan eredményre vezet-e, azaz lényegesen javít-e az ember életminőségén. Fenntarthatatlan az a gyakorlat, hogy akinek van papírja a fogyatékoságról, az igénybe veheti a szolgáltatást, akinek meg nincs, az nem, miközben normalizált életvitele szempontjából ugyanannyira szükséges számára a szolgáltatás!

4.7.3. FINANSZÍROZÁS, SZOLGÁLTATÁSSZERVEZÉS

Bár a törvényben szerepel, a valóságban nem létezik az önkormányzati felelősség: a megfelelő színvonalú és mennyiségű szolgáltatás hiányát nem szankcionálja senki és semmi.

Nincs ellátási kötelezettség: a szolgáltató bármiféle (mondvacsinált) okra hivatkozva el tudja utasítani a kérelmet: a szolgáltatásba való belépés előtt nem érvényesül a szükséglet elve.

Nehézkes a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, azaz meglehetősen sok papírt kell beszerezni a szolgáltatáshoz. Indokolt lenne, ha az igénybevétel jogosultságát a szolgáltató tudná ellenőrizni „egyablakos ügyintézővel”, pl. az interneten, mint az egészségügyi szolgáltatások hozzáférése esetén, akár a jelenlegi TAJ-számot vagy a korábbi személyi számot mint azonosítót felhasználva.

Nagyon sok adminisztrációval jár a szolgáltatás, ami a teljesítmény (a mennyiség és a minőség) rovására megy! Elismerve, hogy minderre minőségbiztosítási okokból szükség van/lehet, indokolt lenne kialakítani egy kötelezően használandó ingyenes, „bolondbiztos” szoftvert (akár a mostani házi orvos szoftver mintájára vagy azt átalakítva) a megfelelő minőségű szolgáltatás dokumentálására.

A finanszírozásban nincs differenciálás a kliensek között: ugyanannyi támogatás jár a súlyos, halmozott fogyatékosággal élő embernek végzett szolgáltatásokért, mint az „egyszerűbb” esetekért; így aztán épp a leginkább rászorultak maradnak ki a szolgáltatásokból!

A versenyfutás nem a kliensek, hanem a finanszírozó kegyeiért folyik, mert nem a kliensnél van a pénz, hanem egy harmadik félnél.

Egészséges versenyhelyzet kéne a kliensek kegyeiért: ehhez egyszerűsíteni kell a piacra való szolgáltatói belépési korlátokat. Sokkal több szolgáltatóra van szükség, hogy valóban a minőség döntsön a szolgáltatás során; s a minőségbe beletartozik az is, ki milyen szolgáltatási formákat tud kínálni (pl. kiegészítő szolgáltatások, speciális klienscsoportok stb.).

Mivel Magyarországon nincsenek érdemi eltérések a szociális szolgáltatások iránti szükségleteket illetően, ezért indokolatlan az a megkötés, hogy egy-egy szolgáltató csak a működési engedélye szerinti területen élők számára szolgáltatathat. Ehelyett minden szolgálat kínálhassa minden kliens számára szolgáltatásait, de a helyileg illetékes szolgálatnak legyen kötelező ellátnia az ott élő klienseket!

A jelenleg alkalmazott teljesítményösztönzők gyakran torzulást okoznak a szolgáltatások arányát illetően (ld. pl. személyi segítség vs. szállítás a támogató szolgálatnál), s ez visszaélésekhez vezethet.

Változtatni kell azon a bebetonozott helyzeten, amely szerint a szociális szolgáltatásokban dolgozók közalkalmazotti státuszban vannak, legalábbis (civil és egyházi szervezeteknél) a bérezést tekintve. Változnak a kliensszükségletek, ezért változniuk kell, rugalmasabbá kell válniuk a szolgáltatásoknak is; ennek egyik legnagyobb akadálya a foglalkoztatottak rugalmatlan munkajogi státusza. Mind a szolgáltató, mind a kliens számára könnyebbséget jelentene, ha rugalmas munkajogi formákban – de számonkérhetően – lennének végezhetőek a szociális szolgáltatások.

Az egyéni nyugdíj- és más folyószámlákhoz hasonlóan be kellene vezetni az egyéni szükségletek szerint meghatározott egyedi szociális támogatási rendszert. A szolgáltatásokért fizetendő díj teljes összegét a szolgáltató közvetlenül a klientsől kapná meg, aki meg az államtól az egyéni számláján át. Ennek alternatívája, hogy ha hosszabb távon is fennmarad a szolgáltatók közvetlen finanszírozása, akkor széleskörűen differenciált normatívákat érdemes bevezetni az egyes szolgáltatások támogatására.

4.7.4. EGY PÉLDA: A MEREK FORMÁLIS HELYE A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK ELLÁTÓRENDSZERÉBEN

A Mozgássérült Emberek Rehabilitációs Központja (MEREK, korábbi nevén Mozgássérültek Állami Intézete, MÁI) egészségügyi intézményként egészen az 1980-as évekig elsősorban a mozgássérült emberek ápolására, gondozására fektette a hangsúlyt, s a szociális segítségen kívül – az akkori szakmai szabályoknak megfelelően – különösebben nem végzett rehabilitációs tevékenységet. Csupán az 1980-as években kezdett fontossá válni az ápoláson, a gondozáson túl az aktív rehabilitációs vagy fejlesztő célú szolgáltatás. Először a mozgásterápia, a mentálhigiénés és a szociális segítség. Az 1990-es évek elején indult be a fogyatékossggal élő emberek képzése, amikor alapítványi formában sikerült egy iskolát létesíteni a Marczibányi téri központi telephelyen, s ebben az időszakban váltak rendszeressé a szervezett szabadidős programok, részben önkéntesek részvételével. Immár az új évezredben kezdődtek el az iskolarendsze-

ren kívüli pedagógiai oktatások, képzések, fejlesztések. Az intézetben élő mozgássérült emberek számára bedolgozói jellegű munkahelyek is rendelkezésre álltak már az 1980-as évek elejétől, azonban az aktív foglalkozási rehabilitációs szolgáltatás csupán néhány éve működik.

Miközben a MEREK/MÁI működését az 1990-es évekig az egészségügyi jogszabályok, majd 1993-tól a szociális törvény szabályozta, s míg folyamatosan alakultak ki az új szolgáltatások a minisztériumi fenntartó jóváhagyásával, addig jogszabályi szinten nem változott semmi. A szociális törvény kötelező szolgáltatásként továbbra is csupán általánosságban beszél a családi és a lakóhelyi környezetbe való visszatérésről,¹²⁰ s említést sem tesz a rehabilitáció fogalmáról, a rehabilitációs intézmény által végzett szolgáltatásokról. A törvény végrehajtási rendelete is e homályosan megfogalmazott feladatokhoz rendeli a minimális tárgyi és személyi feltételeket, s nem veszi figyelembe az egyes fogyatékosági típusok rehabilitációja által megkívánt speciális szükségleteket. S mivel ugyanez a két jogszabály határozza meg például az idős emberek számára bentlakásos ellátást kínáló intézmények működését, ezért – talán gondolván, hogy hasonló szervezetekről van szó – ugyanezeknek az alapfeltételeknek kell megfelelniük a rehabilitációs szolgáltatóknak is. Az intézményben működő iskolát az oktatási törvény szabályozza, mivel a szociális törvény nem említi a képzés lehetőségét, s nem is rendel hozzá erőforrásokat. Mindkét törvény számára csak tiszta profilú intézmények képzelhetők el, ezért szemléletmódjukban, a célok gyakorlati megvalósításában, valamint egyes pontokban is ütköznek egymással. A munkaerőpiaci szolgáltatások szintén egyre fontosabbak a fogyatékosággal élő emberek rehabilitációja szempontjából, a társadalmi integráció előrehaladtával pedig újra előtérbe került a súlyosan-halmozottan mozgássérült emberek rehabilitációja, aminek szerves része az önellátás, a megfelelő egészségi állapot megtartása. Ez leginkább egészségügyi tevékenység.

Mindezek alapján valóban adódik a kérdés: miért a Szociális és Munkaügyi Minisztérium a fenntartója ennek az országos illetékességű, tehát az állam által elismerten fontos közfeladatot ellátó szervezetnek? Ha a fogyatékosok tudományában már valóban lezajlott a szemléletváltás, ami magához a tudomány kialakulásához is vezetett, akkor mindenképp indokolt a rehabilitációs szolgáltatás szemléletváltása is esélyegyenlőségi, emberi jogi irányba. Ehhez azonban szükséges az esélyegyenlőség elméleti konstrukciójának gyakorlatba történő átfordítása.

Hasonló szemléletbeli nehézségekkel találkozunk más, az esélyegyenlőség szempontjából fontos szolgáltatásoknál is.

120 1993. évi III. törvény csupán a következőket mondja a rehabilitációról: „72. § (1) A rehabilitációs intézmény a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja.

74. § (1) A fogyatékosok rehabilitációs intézménye azoknak a fogyatékos, valamint mozgás-, illetve látássérült személyeknek az elhelyezését szolgálja, akiknek oktatása, képzése, átképzése és rehabilitációs célú foglalkoztatása csak intézményi keretek között valósítható meg.

(2) A fogyatékosok rehabilitációs intézménye előkészíti az ott élők családi és lakóhelyi környezetbe történő visszatérését, valamint megszervezi az intézményi ellátás megszűnését követő utógondozást.”

4.7.5. PÉLDA: A TÁMOGATÓ SZOLGÁLATOK¹²¹

A Magyarországon létrejött támogató szolgálatok tevékenységei a következő, az önálló, önrendelkező életvitelt segítő szolgáltatásokat foglalják magukban:

- informálás,
- szállítás,
- segítség saját otthonban,
- segítség ügyintézésben,
- jelnyelvi tolmácsolás.

Hazánkban a személyi segítő és szállító szolgáltatások az 1990-es évek elején kezdődtek, elsősorban az akkori önálló életvitel központok keretében. Az önálló élet központokat többek között a Soros Alapítvány támogatásával, kísérleti jelleggel, egyesült államokbeli mintára hozták létre azzal a céllal, hogy egy helyen érhető el az összes, a fogyatékossgal élő emberek számára szükséges életvitelt, életminőséget fenntartó és rehabilitációs célú szolgáltatás.¹²² A szolgálatok – későbbi nevén támogató szolgálatok – igen kis létszámú, elsősorban súlyosan mozgássérült ember bevonásával kezdték meg munkájukat nonprofit szervezeti formában. Elsőként a Motiváció Alapítvány indította be a szolgáltatását, majd tapasztalatai figyelembevételével indított hasonló szolgáltatást egyesületi keretek között több más, mozgássérülteket segítő szervezet is.

A szolgáltatások következetesen alkalmazták az önálló életvitel alapelveit. A szolgáltatást igénybe vevők többsége tudatosan vállalta fel az elveket és valósította meg mindennapi élete során. Az igénybevevők mindegyike önrendelkező életet élt, tanult, dolgozott, s magasabb szintű életminőségük elérése érdekében használta fel a szolgáltatások lehetőségeit, gyakran súlyosan fogyatékos állapotuk ellenére.

A kísérleti szakaszban a finanszírozást pályázatok biztosították. Ezáltal modellezhetővé váltak a tevékenységek, az idők és a segítői ismeretek.

121 Itt tartozom köszönettel Zalabai Péternének, a Motiváció Alapítvány egyik vezetőjének, a támogató szolgálatok hazai meghonosítójának, hogy gondolatait megosztotta velem.

122 Az 1960-as években a kaliforniai Berkeley Egyetemről elindult nemzetközi önálló élet mozgalom (Independent Living Movement) elveit röviden abban lehet összefoglalni, hogy elveti azt a fajta, a súlyos fogyatékossgal élő emberre rákényszerített paternalista szociális, egészségügyi stb. gondoskodást, amely figyelmen kívül hagyja az egyén szabad akaratát – sok esetben emberi jogait – és a könnyebb megoldást választva az egyént kívánja társadalmi, fizikai stb. környezetéhez igazítani. Ezzel a szemléletmóddal szemben az önálló élet filozófia a fogyatékossgal élő embert fogyasztónak tekint, aki saját belátása szerint felelősen tud dönteni a társadalmi, gazdasági kereteken belül őt emberi, állampolgári jogon megillető ellátások számára legmegfelelőbb felhasználásáról. Az Egyesült Államokban kialakult szokások szerint az önálló élet központ olyan komplex szervezet, amely a hozzá forduló fogyatékossgal élő embert tanácsadással, sokoldalú szolgáltatások kínálatával segíti hozzá az önrendelkezésen alapuló önálló élet mind jobb megvalósításához. Ld. <http://www.ilusa.com/links/ilcenters.htm>. www.independentliving.org. Sajnos a hazai jogi szabályozás az önálló élet központok helyett szegregált, elkülönített intézményekben látta a legmegfelelőbbnek a fogyatékos embereket segítő szolgáltatások megvalósulását, nem kis mértékben köszönhetően az akkori szociális intézmények „sikeresebb” lobbitevékenységének. Ez is hozzájárult a mai meglehetősen fragmentált szociális szolgáltató- (avagy inkább intézmény-) rendszer kialakulásához.

1998. évi XXVI., a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény megfogalmazásához nagymértékben járultak hozzá a szolgáltatásoknál nyert tapasztalatok. A kerettörvény egyértelműen rendelkezett a személyi segítség, a szállító szolgáltatás, a jelnyelvi tolmácsolás szükségességéről. A törvény elismerte azt, hogy a fogyatékossgal élő ember állapotából adódóan hátrányos helyzetben van a társadalom nem fogyatékos tagjaihoz képest, és ezt a hátrányt anyagilag is kompenzálni kell. A törvény rendelkezik a súlyos fogyatékossgal élő személyek fogyatékossgai támogatásáról, ami lehetővé teszi az érintettek számára, hogy a szükségleteik kielégítését biztosító szolgáltatásokat – mint a személyi segítséget, a szállító szolgáltatást – igénybe vegye és meg is tudja fizetni.

A szolgáltatások igénybevevői elsősorban aktív korú, súlyosan mozgássérült személyek voltak. Igényeik a szolgáltatásokra rendkívül szerteágazóak voltak, bevásárlást, kísérést, személyük körüli teendőket, szállítást vettek igénybe elsősorban. Emellett jellemző volt még, hogy a kulturális rendezvényeken, konferenciákon, szakmai találkozókra való részvételhez kértek személyi segítséget. Lehetőség volt arra is, hogy két mozgássérült szülővel együtt ment a segítő nyaralni, hogy gyermekeik ellátása megoldott legyen. A szolgáltatás emellett nagy súlyt fektetett arra, hogy a környezet befogadó legyen, ezért például egy középiskolába, járó kerekesszéket használó lány osztálytársait képezte ki a Motiváció Alapítvány a szakszerű segítségre. A kedvező visszajelzések, sikerek újabb lendületet adtak ahhoz, hogy szakmailag is rendezett legyen a szolgáltatás, a tevékenységcsoportok és azokat alkotó feladatok feltérképezésével és mellérendelt kódokkal, lehetővé vált a szolgáltatás adminisztrációja. Nyomon követhetővé vált, hogy kinél milyen feladatokat mikor, milyen időtartamban végezték el a munkatársak.

4.7.6. A TÁMOGATÓ SZOLGÁLTATÁS BEEMELÉSE A SZOCIÁLIS TÖRVÉNYBE

A Szociális és Családügyi Minisztérium 2001-ben beemelte a szociális törvény kötelező alapellátási feladatai közé a támogató szolgáltatást. 1993. évi III. tv 65/c pontjában. 2003. januári hatálybalépéssel. A törvénybe bekerült feltételek és szabályok minden addigi működő szolgáltatás egyetértésével találkozott. Sajnos ahhoz, hogy normatív támogatottá válhasson a szolgáltatás, bele kellett illeszteni a már normatívával működő egyéb szociális szolgáltatások rendszerébe. Rögzíteni kellett, hogy hány, milyen végzettséggel rendelkező személy és tárgyi feltétel teljesülése esetén jogosult a szervezet a működési engedélyre és a szolgáltatásra. A probléma a létszámmal volt, az ellátottak és az ellátók arányával, hiszen a miniszteri rendelet 10 ezer lakosonként 1 vezető, 2 személyi segítő, 1 gépkocsivezető egységet határozott meg, ami a gyakorlattal nem volt összhangban: több személyi segítőre lett volna szükség, míg a másik két munkakörre tervezett létszám túlzónak bizonyult. A finanszírozásra szánt eredetileg 12 millió forint szervezeti egység támogatás a gyakorlatban kevés volt.

Így előállt az a helyzet, hogy a rég áhított biztos finanszírozás elérésével párhuzamosan az igénybevevők igényei a szabályozás miatt nem lettek kielé-

gíthetők, az addigi személyközpontú szolgáltatást felváltotta a kvóták teljesítésének kényszere. Csökkent az egy emberre fordítható idő, így csökkent a szolgáltatások köre.

A döntéshozók észlelve a problémát, először a normatívát csökkentették, majd szigorították az ellenőrzést, később a működési engedélyek kiadásának feltételeit is. Szigorodtak a bekerülés feltételei, a térítési feltételek, az adminisztráció, az elszámolás, de nem változott az igénybevevők és a segítő személyek létszámának aránya. Mindez azt eredményezte, hogy már nem a súlyos fogyatékossgal élő ember igényeit figyelembe vevő, rugalmas szolgáltatás lett a támogató szolgálat, hanem az állami feltételek megfelelésére „szakosodott”, önmaga fenntartásáért küzdő szervezet.

A támogató szolgáltatás finanszírozásának 2009. évtől hatályos átalakítása előtt számtalan hiányosság mutatkozott a működésben:

- Túlzott adminisztráció, ami során elveszett a valódi tevékenység, s a hangsúly a „leadminisztrálásra” tevődött át.
- A bekerülés feltétele a fogyatékossgai támogatás lett, amivel nem minden súlyos fogyatékossgal élő személy rendelkezett vagy rendelkezik.
- A végzettségek előírása és megkövetelése súlyosan beszorította a szervezeteket abba, hogy a munkaerő kiválasztásánál a végzettséget és ne az alkalmasságot vizsgálják;
- A vezetők munkaidejének csak egy részét töltötte ki a feladat, ezért szabad kapacitásai lekötéséhez a jogi szabályozás következtében lehetősége nyílt arra a fenntartónak, hogy más szociális alap vagy szakellátási intézmény vezetői feladatát is ellássa, integrált vezetői státuszban a támogató szolgálatok hátrányára;
- Nagyon kevés volt a 2 személyi segítői létszám, miközben túlzó (és gyakran felesleges) az 1 fő teljes állású gépkocsivezető alkalmazásának kötelezettsége.
- A szolgáltatások a legtöbb esetben – a vonatkozó munkaügyi előírások miatt – 8–16 – ig működtek, s csak munkanapokon, ami nem igazodik az igénybevevők szükségleteihez.
- A szolgáltatóknak lehetőségük volt (és van is) a sok szolgáltatást igénylő, ugyanakkor kevésbé fizetőképes – jellemzően súlyos fogyatékossgal élő – ügyfelek igényeinek elutasítására.
- Az előírt indikátorok teljesítése abba az irányba sodorta a szolgáltatókat, hogy rövid ideig szóló szolgáltatást nyújtsanak minél több személynek. Ez is befolyásolta a befogadott igényeket.

A szolgáltatás finanszírozásának pályázati rendszerbe történő átalakításával nagyobb mozgásteret lett a szolgáltatásoknak a létszám tekintetében, s feladatfinanszírozás váltotta fel az eddigi intézményfinanszírozást. Mindazonáltal a teljesítményfinanszírozás nem oldotta meg az összes problémát, hiszen – bár területileg némileg kiegyenlítettebb módon – de továbbra is általánosságban nagyon kevés az elérhető szolgáltatás.

A támogató szolgáltatások szabályozási rendszere is jó példa arra, hogy a jelenlegi szociális törvény mennyire nem szolgálja a szociális szolgáltatások iránti valós szükségleteket, hanem helyette elsősorban a tevékenységeket végző szervezetek, valamint az azoknak működési kereteket biztosító állam védelmére szolgál. Az esélyegyenlőség jogos érvényesítése során előkerülő számtalan élethelyzet adekvát kezelésére nem alkalmas egy olyan szabályozási és finanszírozási rendszer, amely tételesen sorolja fel a szolgáltatások, a végezhető tevékenységek körét.

4.8. A képzés hiányosságai, dilemmák

A fogyatékossgal élő emberek társadalmi integrációjának egyik legfontosabb akadálya az érintettek alulképzettsége, aminek több oka is van.

Az egyik ok az oktatási- és a képző intézmények megközelíthetlensége, ami gyakran arra kényszeríti az érintetteket, hogy vagy magánúton, vagy szegregált intézményekben végezzék kötelező tanulmányaikat, szerezzenek képesítést. Szintén gondot jelent – akadálymentes közösségi közlekedés hiányában – az iskolába való eljutás, a megfelelő napközbeni támogató szolgáltatások hiánya (pl. személyi segítség). Gyakran maguk a pedagógusok sincsenek felkészülve az ún. sajátos nevelési igényű (SNI) diákok tanítására, egyéni szükségleteik figyelembe vételére, s így az iskolák jellemzően eleve elutasítják a fogyatékossgal élő emberek felvételét. Ennek eredményeképp gyakran a fogyatékossgal élő emberek akkor is később fejezik be általános- és középiskolai tanulmányaikat, ha egyébként minden más feltétel adott lenne ehhez. Megfelelő helyi szolgáltatások híján a fogyatékos gyermeket nevelő családok jellemzően nem tudják megoldani a fogyatékos családtag napközbeni ellátását, ezért az egyik szülőnek általában fel kell adnia állását, ami tovább rontja a család anyagi helyzetét. Szintén nagy hiányosság a felsőfokú oktatási intézmények és a kollégiumok nem akadálymentes kialakítása, valamint az ottani támogató szolgáltatások hiánya.

Mindezek eredményeképp viszonylag szűk az a réteg, amely képes tudatosan képviselni fogyasztói érdekeit, és kiharcolni jogos emberi szükségletei ki-elégítését az állammal és a szolgáltatókkal szemben.

4.9. A fogyatékossgal élő emberek érdekvédelmi szervezetei

A fogyatékossgügy egyik nagy, érdekes dilemmája maga a fogyatékossgügyben dolgozó érdekvédelmi szervezetek állapota. Ezek között több típus különböztethető meg:

- országos hatáskörű, a fogyatékossg típusa szerint szerveződő érdekvédelmi szervezetek,
- független civil alapítású országos szervezetek,
- a fogyatékossgal élő emberek saját alapítású helyi szervezetei,
- a fogyatékossgügyben dolgozó szakemberek szervezetei.

A ma működő nagy érdekvédelmi szervezetek¹²³ alapvetően még a rendszerváltás ideje előtt keletkeztek, amikor egyáltalán az érdekvédelem mint olyan meglehetősen torz tartalommal bírt, s emellett egy új szervezet alapítása is erősen politikafüggő volt. Tehát a mai nagy, a fogyatékoság típusa szerint szerveződő érdekvédelmi szervezetek többsége, az Autisták Országos Szövetsége kivételével, olyan világban kezdett el működni, amikor klasszikus érdekvédelmi funkcióikat nyíltan nem gyakorolhatták, inkább klubszerű működést folytattak, s elsősorban saját sorstársi ügyeikkel foglalkoztak. Mivel alapításuk és működésük az akkori diktatórikus hatalom akaratától függött, ezért érdemi alternatívákat kifejező, akár konfrontatív jellegű, a döntéshozókat a problémákkal valóban szembesítő érdekvédelmi szerepet nem játszhattak.

Be kell látni, hogy ez ma sincs másképp. Továbbra is fennáll az a furcsa helyzet, hogy úgy kellene valóban képviselni az adott klienscsoport érdekeit, hogy közben az érdekvédők egzisztenciájukban függenek a velük szemben álló hatalomtól, hiszen a szervezetek bevételeinek döntő hányada, elegendő egyéb forrás híján mintegy 60-80%-a, még mindig magától az államtól érkezik. S az állam, a hatalom, ha akarja, meg tudja mutatni erejét.¹²⁴ Nem tekinthetők tehát független érdekvédelmi szakembereknek, s ez a szervezetek munkáján is megmutatkozik. Nem alakultak ki a megfelelő módszerek, nincs hatékony lobbitevékenység, nem érvényesül a szervezetek véleménye a szakmai jellegű döntésekben, s nem képesek megakadályozni a fogyatékosággal élő embereket hátrányosan érintő döntéseket.

A szervezetek működése erősen vegyes jelleget mutat: talán anyagi okokból, talán saját fontosságuk hangsúlyozása miatt is, de egyszerre végeznek klasszikus érdekvédelmi munkát, sok esetben ellátnak köztestületi feladatokat,¹²⁵ s igen gyakran intézmények fenntartóiként, tehát szolgáltatások nyújtóiként is megjelennek. E három szerepkör gyakran hozza valóban megoldhatatlan helyzetbe ezen szervezeteket: érdekvédőként például alapvetően kritikusán kell(ene) hozzáállni a mindenkori hatalomhoz, ez azonban nem szerencsés a közhatalmi funkciók ellátásakor. Közhatalmi szerepben semlegesnek kellene viselkedniük, ezt viszont nyilvánvalóan nehéz megtenni a saját intézmények ügyei intézésekor. Intézmények, szolgáltatások fenntartóiként meg gyakran kerülnek konfliktusba saját klienseikkel, akiknek érdekeit is ők maguk hivatottak képviselni. Talán a nem letisztázott szerepek miatt is tekinthetők meglehetősen alacsony hatékonyságúaknak a nagy fogyatékoságügyi érdekvédelmi szervezetek, amelyek forrásteremtési képessége is viszonylag kicsi.

123 A négy nagy szervezet a következő: Mozgássérültek Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ), Értelmi Fogyatékosok és Segítőik Országos Szövetsége (ÉFOÉSZ), Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége (SINOSZ), Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (MVGYOSZ). Ezek együttesen alkotják a Fogyatékos Emberek Szervezeteinek Tanácsát (FESZT). Országos fogyatékoságügyi szervezet még az Autisták Országos Szövetsége (AOSZ) is, de mivel ő viszonylag friss alapítású, ezért nem sorolható be a régi nagy országos szervezetek közé.

124 2009. októberéig például az MVGYOSZ éves megítélt állami támogatásának csupán 20%-ához jutott hozzá, s – egyéb forrás hiányában – emiatt nem tud működni.

125 Például a MEOSZ a lakásátalakítási támogatások elbírálója is egyben.

Külön kategóriát képeznek a független országos jelentőségű szervezetek,¹²⁶ amik letisztult profillal, jelentős szakmai háttérrel és megfelelő anyagi bázissal rendelkeznek, s elsősorban az érdekvédelemhez kötődő tevékenységeket végeznek, például kutatásokat, lobbitevékenységet, szakértői munkát, oktatást-képzést, valamint speciális, projektszerű tevékenységeket. A tapasztalatok alapján e szervezetek jóval inkább képesek bevonni adományozói forrásokat működésükbe, mint a nagy fogyatékosügyi szervezetek, s ezért inkább tekinthetők függetlennek is.

A fogyatékosággal élő emberek saját alapítású helyi szervezetei az új, innovatív szolgáltatási gyakorlatok meghonosításában és megvalósításában tudnak felmutatni követendő példákat.¹²⁷ Elsősorban helyi szinten foglalkoznak érdekvédelemmel, a jogszabályok módosításában és az ebben való szakértői munkában kevésbé vesznek részt, talán a fővárostól való távolság okán is. Elsősorban tehát szolgáltatóként, intézmények fenntartóiként működnek, működésük anyagi bázisa a nagy országos szervezetekhez hasonlóan több forrásból tevődik össze: szolgáltatásokért kapott állami támogatás, működési- és programpályázatok, helyi adományozói kör támogatása, szolgáltatásokért kapott bevétel, esetleg tagdíj.

A fogyatékosügyben dolgozó szakemberek szervezetei¹²⁸ elsősorban Budapesten működnek, s a különféle szakmai vélemények artikulálóiaként, független lobbiszervezetként jelennek meg. Véleményükkel, állásfoglalásaikkal támogatják a fogyatékos embereket érintő szabályozás megfelelő irányba történő módosítását.

5. Zárszó

Amint az az eddigi néhány oldalból is látszik, a fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlőségének megteremtése mind a szociál-, mind a foglalkoztatáspolitikai eszközeivel igen kialakulatlan, ahogy maga a szociálpolitika vagy a foglalkoztatáspolitikai (s áttételesen: minden társadalomtudomány) sem rendelkezik kialakult, biztos válaszokkal tárgyát illetően. Amellett, hogy – Krémer Balázs keresetlen szavaival élve – „minden bizonytalan, a fene se tudja” (Krémer, 2009: 519), az biztos, hogy a fogyatékos emberek integrációjához vezető út még igen hosszú és izgalmas intellektuális és fizikai kihívás, nagy kaland az élet szinte minden területén. Csak bátorítani tudok mindenkit az ebben való részvételre, elkötelezettségre, elhivatottságra.

126 Mint például a Kézénfogva Alapítvány, vagy a De Jure Alapítvány.

127 Szegedi Mozgássérültek Alternatív Egyesülete, Fény Felé Alapítvány, Napra-Forgó Kht. stb.

128 Kifejezetten a fogyatékosügyben dolgozók szervezetével még nem találkoztam, de több általános szociális szakmai szerveződés is létezik: Szociális Szakmai Szövetség, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Társaság stb.

6. Függelék

3. TÁBLÁZAT
A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK MAGYARORSZÁGON
A KSH 2001-ES NÉPSZÁMLÁLÁSA SZERINT

Korcsoport (év)	Összesen	Mozgássérült	Alsó, felső végtag hiánya	Egyéb testi fogyatékossgal él	Gyengénlátó	Egyik szemére nem lát	Vak	Intellektuális fogyatékossgal él	Nagyothalló	Siket, siketnéma, néma	Beszédeben akadályozott	Egyéb
0–4	4 077	585	73	306	251	65	81	986	170	74	115	1 371
5–9	10 584	1 260	90	394	966	144	135	3 543	587	278	634	2 553
10–14	14 142	1 475	104	377	1 514	229	118	6 021	805	340	493	2 666
15–19	13 882	1 657	123	401	2 051	299	161	5 505	791	349	333	2 212
20–24	16 162	2 304	180	687	2 532	360	233	5 309	939	409	393	2 816
25–29	16 754	2 898	247	830	1 993	453	184	5 126	935	428	381	3 279
30–34	17 486	3 698	317	904	1 793	507	190	4 455	908	493	366	3 855
35–39	20 010	5 091	465	1 104	1 810	564	225	3 691	1 027	596	388	5 049
40–44	32 347	10 268	689	2 081	2 536	843	329	3 881	1 300	579	455	9 386
45–49	51 988	18 695	1 215	3 114	3 609	1 267	510	3 958	2 057	728	571	16 264
50–54	61 795	23 194	1 421	3 527	4 080	1 441	594	3 128	2 806	709	584	20 311
55–59	59 105	24 180	1 606	3 235	4 122	1 558	632	2 531	3 010	656	501	17 074
60–64	49 860	22 099	1 871	2 349	4 131	1 664	774	2 257	3 307	745	468	10 195
65–69	52 312	24 513	2 041	2 094	4 855	1 920	889	1 920	4 417	557	526	8 580
70–74	54 083	25 723	1 947	2 001	5 449	2 238	1 088	1 630	5 319	594	468	7 626
75–79	50 589	23 082	1 457	1 742	5 911	2 319	1 154	1 501	6 342	572	365	6 144
80–84	26 398	10 946	745	840	3 517	1 290	848	706	4 217	321	145	2 823
85–X	25 432	8 263	460	592	3 995	1 321	1 298	815	5 742	458	114	2 374
Összesen	577 006	209 931	15 051	26 578	55 115	18 482	9 443	56 963	44 679	8 886	7 300	124 578
Ebből:												
0–14	28 803	3 320	267	1 077	2 731	438	334	10 550	1 562	692	1 242	6 590
15–39	84 294	15 648	1 332	3 926	10 179	2 183	993	24 086	4 600	2 275	1 861	17 211
40–59	205 235	76 337	4 931	11 957	14 347	5 109	2 065	13 498	9 173	2 672	2 111	63 035
60–X	258 674	114 626	8 521	9 618	27 858	10 752	6 051	8 829	29 344	3 247	2 086	37 742
Átlagos életkor	55,1	60,3	59,8	53	56	60,5	62,9	35,4	63,5	49,6	43,1	51,4

Forrás: KSH Népszámlálás, 2001.

4. TÁBLÁZAT

FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK AZ EURÓPAI UNIÓ RÉGI TAGÁLLAMAIBAN (2001)

	Súlyos fogyatékos-sággal élő emberek		Enyhe fogyatékos-sággal élő emberek		Nem fogyatékos emberek		Össznépesség (> 16 év)	
	Száma	%-ban	Száma	%-ban	száma	%-ban	száma	%-ban
Írország	130545	4,4	353758	12,0	2453339	83,5	2937642	100,0
Olaszország	2191123	4,5	3273778	6,7	43055071	88,7	48519972	100,0
Ausztria	343155	5,3	737650	11,3	5451398	83,5	6532203	100,0
Belgium	458628	5,6	783144	9,6	6943372	84,8	8185144	100,0
Spanyolország	1913553	5,8	3145465	9,6	27687726	84,6	32746744	100,0
Dánia	256557	6,0	719588	16,7	3323348	77,3	4299493	100,0
Görögország	645238	7,5	760610	8,8	7251311	83,8	8657159	100,0
Hollandia	1085814	8,6	2009869	15,9	9508366	75,4	12604049	100,0
Portugália	726829	8,9	1113472	13,6	6358460	77,6	8198761	100,0
Finnország	392680	9,5	879887	21,3	2849024	69,1	4121591	100,0
Németország	7012325	10,2	20273527	29,5	41371291	60,3	68657143	100,0
Franciaország	4892204	10,4	6263131	13,4	35663728	76,2	46819063	100,0
Nagy-Britannia	7696669	16,4	–	–	39374330	83,6	47070999	100,0
EU13	27745320	9,3	40313879	13,5	231290764	77,3	299349963	100,0

(Maschke, 2007: 67)

5. TÁBLÁZAT

A FOGYATÉKOSSÁG MEGHATÁROZÁSAI AZ EURÓPAI UNIÓ RÉGI TAGÁLLAMAIBAN (2003)

Ország	Meghatározás
Belgium	Mindazok, akiknek a tényleges munkaereje legalább 30%-kal (testi fogyatékos-ság esetén), illetve legalább 20%-kal (intellektuális fogyatékos-ság esetén) csökkent. Súlyos fogyatékos-sággal élő emberek: a fogyatékos-ság mértéke legalább 60%.
Dánia	Nincs definíció. Mindazok azonban, akiknek szakmai képességeik fejlesztése vagy visszanyerése céljából támogatásra, továbbá ápolásra vagy specifikus kezelésre van szükségük, segítséget kapnak. Ez magában foglalja a testi, az intellektuális, a lelki és a szociális fogyatékos-ságokat.
Németország	Minden olyan ember, akinek a testi funkciója, szellemi képessége vagy lelki egészsége nagy valószínűséggel hat hónapnál hosszabb ideig eltér az életkorára jellemző állapottól, és így csak korlátozottan képes részt venni a társadalom életében. Súlyos fogyatékos-sággal élő emberek: a fogyatékos-ság mértéke legalább 50%.
Finnország	Általánosságban (a fogyatékos-sággal élő emberekről szóló törvény, 1987): azok a személyek, akik fogyatékos-ságuk vagy betegségük miatt huzamosan nem tudják gyakorolni a normális napi funkciókat. A társadalombiztosítás intézményei számára az a személy fogyatékos, akinek a munka- és a keresőképessége döntő mértékben csökkent.
Franciaország	Mindazok, akiknek a munkahely megszerzésére vagy megtartására vonatkozó lehetőségei testi vagy szellemi képességeik hiányában vagy csökkenése folytán ténylegesen korlátozottak.
Görögország	Azok a 15 és 65 év közötti személyek, akiknek tartós megbetegedés, testi vagy intellektuális korlátozottság miatt csak korlátozottan van lehetőségük szakmai tevékenységük gyakorlására.
Nagy-Britannia	Mindazok, akiknek valamilyen korlátozottság, betegség vagy veleszületett fogyatékos-ság miatt lényegesen korlátozottak a lehetőségeik az életkoruknak, a tapasztalatuknak és a képzettségüknek megfelelő munkahely megszerzésére vagy megtartására.
Írország	Mindazok, akiket korlátozottság vagy rokkantság akadályoz a számukra normális szerep betöltésében. A korlátozottság lelki vagy testi funkciókat érint.

Olaszország	Mindazok, akiknek munkaképessége testi, pszichikai vagy érzékszervi fogyatékoság miatt tartósan korlátozott.
Luxemburg	Munkahelyi balesetek áldozatai, hadirokkantak és azok a személyek, akik testileg, intellektuálisan vagy lelkiileg korlátozottak. A munkaképesség korlátozottságának legalább 30%-osnak kell lennie.
Hollandia	Mindazok, akik rokkantsági nyugdíjat kapnak, valamint azok a személyek, akik tevékenységük gyakorlásához különleges intézkedések keretében támogatást kapnak.
Ausztria	Minden olyan EU- és EGT-polgár, valamint menekült, akinek legalább 50%-os korlátozottsága van.
Portugália	Mindazok, akik veleszületett vagy szerzett korlátozottság, fejlődési rendellenesség vagy fogyatékoság miatt tartósan csökkent képességekkel rendelkeznek szakmai tevékenység gyakorlásához, továbbá azok, akiknek fogyatékoságuk miatt nehézséget okoz, hogy megfelelő munkahelyhez jussanak.
Svédország	Mindazok, akik sérülés vagy betegség következtében testileg, lelkiileg vagy intellektuálisan tartósan korlátozottak funkcionális képességeikben, függetlenül attól, hogy a korlátozottság veleszületett, szerzett vagy előre jelzett okra vezethető-e vissza.
Spanyolország	Mindazok, akik testi, intellektuális vagy érzékszervi képességeik veleszületett vagy szerzett tartós korlátozottsága miatt csak korlátozottan tudnak részt venni a képzésben, a szakmai életben és a társadalom életében általában.

(Maschke, 2007: 37)

6. TÁBLÁZAT

AZ EGYENLŐ BÁNÁSMÓDRÁ ÉS AZ ANTIDISZKRIMINÁCIÓRA IRÁNYULÓ JOGI SZABÁLYOZÁS AZ EURÓPAI UNIÓ RÉGI TAGÁLLAMAIBAN (2005)

Belgium	Törvény a diszkrimináció elleni küzdelemről a szövetségi állam szintjén (2003); a tartományokban egyéb kiegészítő dekrétumok (2002)
Dánia	Törvény az életkoron és fogyatékoságon alapuló közvetlen és közvetett diszkrimináció tilalmáról (2004)
Németország	A fogyatékosággal élő embereket illető egyenlő bánásmód törvénye(2002); Az antidiszkriminációs törvény tervezés alatt
Finnország	Egyenlőbánásmód-törvény (2003); Megkülönböztetés-mentesség törvény (2004)
Franciaország	Nem történtek változtatások
Görögország	Törvény az egyenlő elbánás alapelveinek használatáról (2005)
Nagy-Britannia	Az 1995-ös DDA kibővítése (2004)
Írország	2004-ben egyenlőségi törvény az 1998-as, a munka területe egyenlőségi törvényének kibővítése és 2000-ben az egyenlő bánásmód törvény
Olaszország	2003-ban határozat a 2000/78 irányelv átültetéséről
Luxemburg	Nem történtek változtatások
Hollandia	2003-ban egyenlőbánásmód-törvény a fogyatékoságra vonatkozóan
Ausztria	2004-ben egyenlőbánásmód-törvény
Portugália	2004-ben törvény a fogyatékosággal élő emberek részvételére és visszaintegrálására irányuló intézkedésekről
Svédország	2003-ban esélyegyenlőségi törvény, megkülönböztetésmentesség és általános hozzáférés a fogyatékosággal élő emberek részére
Spanyolország	2003-ban az 1999-es antidiszkriminációs törvény hatókörének kitérítése a szövetségek, az áruk, a szolgáltatások és a lakóterületekre

(Maschke, 2007: 252)

7. TÁBLÁZAT
FOGYATÉKOS GYERMEKET NEVELŐ CSALÁDOK KIEGÉSZÍTŐ TÁMOGATÁSA
NÉHÁNY ORSZÁGBAN (2001)

Ország	Jogosult gyermekek	Ellátások
Belgium	21 év alatt és min. 66%-os fogyatékossgal.	Kiegészítő támogatások havi 314 és 367 € között.
Dánia	–	Az ápolási kockázat biztosítása keretében a fogyatékos gyermeket nevelő családok is kaphatnak ellátásokat.
Németország	Min. 50%-os fogyatékossgal.	Életkori korlátozás nélkül családi pótlékot fizetnek azon háztartások számára, amelyekben fogyatékos gyermekek élnek (lásd ápolási ellátások).
Finnország	17 év alatt, súlyos fogyatékossgal vagy krónikus betegséggel.	Jövedelemtől független havi gyermekgondozási segély 74, 173 vagy 322 € a család terheitől függően.
Franciaország	21 év alatt, min. 50%-os fogyatékossgal.	Jövedelemtől független, havi 107 € nevelési segély. További pótlékok (82 € vagy és 241 € magas kiadások vagy harmadik személy általi gondozás és min. 80%-os fogyatékossgal esetén. Az egyik szülő szakmai tevékenységének beszüntetése esetén legfeljebb 897 € max. egy évig.
Görögország	18 év alatt, fogyatékossgal.	Jövedelemtől független havi 4 € segély fogyatékos gyermekként. Családi pótlék életkori korlátozás nélkül, ha a fogyatékossgalot a 18. életév előtt állapították meg.
Nagy-Britannia	–	Ápolási ellátások a fogyatékos gyermekeket nevelő családoknak is, a gyermekgondozás költségei az adóból leírhatók (a költségek 70%-a max. heti 216 €-ig egy gyermek esetében, vagy 319 €-ig legalább két gyermek esetében)
Írország	17 év alatt, fogyatékossgal.	Házi ápolási pótlék (a rászorultságot vizsgálják) nagyon magas ápolási és gondozási költségek esetében max. 149 €-ig. A családi pótlék meghosszabbítása 3 évvel.
Olaszország	18 év alatt, fogyatékossgal.	A jövedelem alapján lépcsőzetesen felépített családi pótlék családjövedelem-határa minden fogyatékos családtag után évi 7230 €-val emelkedik. A családi pótlékot súlyos fogyatékossgal esetén a 18. életév betöltését követően meghosszabbítják.
Luxemburg	18 év alatt, min. 50%-os életkor szerinti képességek korlátozással.	140 € kiegészítő ellátás. Lehetőség van az ellátások rászorultságtól függő és a családi pótlék rászorultságtól független továbbfizetésére a 18. életév betöltését követően.
Hollandia	18 év alatt, fogyatékossgal.	Az életkor és a létszám szerint lépcsőzetesen felépített családi pótlék (havi 27 és 59 € között) kétszerese jár. Fiatal felnőttek a 18. életév betöltését követően adott esetben igényjogosultak rokkantsági biztosításra.
Ausztria	18 év alatt, min. 50%-os fogyatékossgal.	Pótlék emelt családi segély formájában: havi 131 € a 18. életév betöltését követően is lehetséges, ha a keresőképesség a 21. életév betöltése előtt következik be.

Portugália	25 év alatt, fogyatékossgal.	Kiegészítő segélyek életkortól függően (14 éves korig havi 46 €, 14–18 év között 68 €, 18–24 év között 91 €). Ezenkívül jövedelemtől függő pótlékok gyógypedagógiai iskolák látogatása és külső segítség esetén. A családi pótlék három évvel meghosszabbítható.
Svédország	15 év feletti életkor és rokkantság.	A népnegyedrendszer rokkantsági nyugdíja 16 éves kortól havi 311 €. Kiegészítő fogyatékossgai támogatás külön segítségekre vagy rendkívüli kiadások ellensúlyozására: havi 239 €
Spanyolország	18 év alatt, min. 33%-os fogyatékossgal.	Kiegészítő segély az életkortól és a fogyatékossg fokától függően. 18 év alatti gyerekek legalább 33%-os fogyatékossgal 48 €, 18 év feletti fiatal felnőttek legalább 65%-os fogyatékossgal 244 €, ha a fogyatékossg legalább 75%-os, és külső segítség szükséges 377 €/havonta.

(Maschke, 2007: 122)

8. TÁBLÁZAT PÉNZBELI ELLÁTÁSOK FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐS EMBEREK SZÁMÁRA NÉHÁNY ORSZÁGBAN (2001)

	Keresőképtelennek minősülnek	A nyugdíj mértékének meghatározása a következők alapján történik
Belgium	Munkavállalók, akik betegség vagy fogyatékossg következtében hozzájuk hasonló munkavállalók legfeljebb 1/3-ára tehetnek szert.	Járulékalapú és nem járulékalapú ellátások, a családi helyzettől függően a kieső jövedelem 40–65%-a (számítási határ 95 €/nap); minimum járadék 25–34 €/nap.
Dánia	Minden 18–65 év között személy, akinek munkaképessége fogyatékossg miatt 50%-kal csökkent.	Nem járulékalapú ellátások, a keresőképtelenség foka min. 50% és szociális okok, különböző összegekből tevődik össze; minimum 10 075 €/év.
Németország	Munkavállalók és keresőképtelen fogyatékos személyek, akik betegség vagy fogyatékossg miatt tartósan napi 3 órát sem tudnak a munkaerőpiacon keresőtevékenységgel tölteni (részben csökkent keresőképesség: 6 óra). Kiegészítésként az 1961 előtt születettek számára megváltozott munkaképesség esetére járó nyugdíj.	Járulékalapú ellátások, résznyugdíjak (50%) lehetségesek, a teljes biztosítási élet alatt befizetett járulékokkal biztosított jövedelmek mértéke; nincs minimum- és maximum nyugdíj.
Görögország	Munkavállalók, akik betegség vagy fogyatékossg következtében hozzájuk hasonló munkavállalók legfeljebb 1/5-ére tehetnek szert; legfeljebb 1/3 esetén = a nyugdíj 75%-a; 1/2 esetén = a nyugdíj 50%-a.	Járulékalapú ellátások, az utolsó 5 év jövedelmének mértéke, a keresőképtelenség foka min. 50%; minimumnyugdíj havi 199 € illetve 364 € maximumnyugdíj havi 2065 €

Spanyolország	Munkavállalók, akik egy kezelést követően objektíven megállapítható és előreláthatólag végleges testi vagy funkcionális zavarral élnek, ami munkaképességüket részben vagy teljesen korlátozza.	Járulékalapú és nem járulékalapú ellátások, a rokkantság foka és az utolsó 8 év referenciajövedelmének összege (a számítási határig); minimumnyugdíj havi 375 € illetve 441 € maximumnyugdíj havi 1902 €
Franciaország	Munkavállalók, akik betegség vagy fogyatékoság miatt bármely szakmában a hozzájuk hasonló munkavállalók bevételeinek legfeljebb 1/3-ára tehetnek szert.	Járulékalapú és nem járulékalapú ellátások, a legjobb 10 biztosítási év (adott esetben rövidebb időszak) átlagjövedelmének legalább 30%-a; a minimumnyugdíj (rászorultsági vizsgálattal) évi 3938 € a maximumnyugdíj évi 13675 € További pótlékok ápolás esetén lehetségesek.
Írország	Kevés kivétellel minden olyan munkavállaló, aki egy év táppénzt követően tartósan munkaképtelenné válik.	Járulékalapú ellátás, életkortól függő általányellátás heti 103 és 128 € között, pótlékok házastársak részére 68 € és gyerekek részére 19 €
Olaszország	Munkavállalók a magánszférában, akik betegség vagy fogyatékoság miatt tartósan nem tudnak keresőtevékenységet folytatni (keresőkép-telenségi nyugdíj), ha a hozzájuk hasonló munkavállalók bevételeinek legfeljebb 1/3-ára tudnak csak szert tenni (rokkantsági segély).	Járulékalapú és nem járulékalapú ellátások, a referencijövedelem és a biztosítási évek száma; rászorultsági vizsgálat után a minimumnyugdíj évi 4961 €
Luxemburg:	Minden keresőtevékenységet folytató és önkéntesen biztosított személy, aki betegség vagy fogyatékoság miatt tartósan nem tudja gyakorolni az utoljára gyakorolt vagy a képességeinek megfelelő más szakmát.	Járulékalapú ellátások, a biztosítási évek száma és a beszámított idők, a biztosított jövedelmek összege; a minimumnyugdíj 40 járulékfizetési év után: 1081 € a maximumnyugdíj 5005 €
Hollandia	Minden munkavállaló (WAO) és önálló vállalkozó (WAZ) és 17 éves korig keresőképtelenné vált személy (Wajong), aki betegség vagy fogyatékoság (munkahelyi baleset) miatt nem tud ugyanazokra a jövedelmekre szert tenni, mint a hozzá hasonló munkavállalók.	Járulékalapú és nem járulékalapú ellátások, a keresőképesség csökkenésének foka legalább 15% (illetve WAZ és Wajong esetében 25%) WAO kezdeti ellátás függ az utolsó munkából szerzett jövedelemtől és az életkortól; folytonos ellátások: általány alapösszeg + életkortól függő összeg. WAZ és Wajong: a minimálbér aránya. Mindenkire érvényes: nincs minimumnyugdíj.

Ausztria	Munkavállalók és önkéntes biztosítottak, akik testi vagy szellemi állapotuk miatt (a) bármilyen tevékenységgel a szokásos jövedelem kevesebb mint 50%-át tudják megkeresni – keresőképtelenség; (b) szakmájukban a hozzájuk hasonló munkavállalók munkaképességének 50%-ával rendelkeznek – megváltozott munkaképesség; (c) nem tudnak többé az elmúlt 15 évben legtöbbet gyakorolt szakmájukban dolgozni és 57 évnél idősebbek – rokkantság.	Járulékalapú ellátások, a jövedelem mértéke és a biztosítás időtartama; rászorultsági vizsgálatról függő minimumnyugdíj 613 € valamint pótlékok házastársak részére 262 € és gyerekek számára 65 €, maximumnyugdíj 2261 €
Portugália	Biztosított munkavállalók, akik betegség vagy baleset (de nem munkahelyi baleset vagy foglalkozási betegség) miatt a normális bevételek maximum 1/3-ára tudnak szert tenni.	Járulékalapú és nem járulékalapú ellátások, a biztosítás időtartama és az átlagos havi kereset az utolsó 15 év legjobb 10 évében; a minimumnyugdíj a referencijövedelem 30%-a vagy 180 €, a maximumnyugdíj a referencijövedelem 80%-a.
Finnország	Minden 16–65 év közötti személy, aki betegség miatt tartósan csökkent munkaképességgel rendelkezik.	Nem járulékalapú ellátások, általánynyugdíj a családi állapottól függően 390–464 € levonások külföldön töltött időre. Járulékalapú ellátások nyugdíjra a keresőtevékenység alapján: kivetített öregségi nyugdíj beleértve a rokkantság kezdete és a nyugdíjazási életkor között beszámított éveket; részleges rokkantsági nyugdíjak lehetségesek.
Svédország	Minden olyan 64 év alatti lakos, akinek munkaképessége tartósan legalább 25%-kal csökkent, valamint a fogyatékosággal élő 16 év alatti gyermekek.	Járulékalapú és nem járulékalapú ellátások, a keresőképeség csökkenésének fokától függő átalányellátások, 100%-nál havi 311 € a népnegyedrendszerből és legalább 3 év járulékköteles jövedelem esetén havi 1349 € a kiegészítő nyugdíjrendszerből.
Nagy-Britannia	Keresőtevékenységet folytató vagy munkanélküli személyek, akik betegség vagy fogyatékoság miatt tartósan teljesen keresőképtelenné váltak (az <i>all work test</i> rögzíti a munkatevékenységek spektrumát).	Járulékalapú keresőképtelenségi átalánynyugdíj heti 107 €-tól valamint életkori pótlékok, amennyiben a rokkantság a 35. életév előtt következik be 22 €, a 44. életév előtt 11 € Nem járulékalapú segély súlyos fogyatékoság esetén legalább 80%-os fogyatékoságnál 65 €+ életkori pótlékok heti 7–22 €

(Maschke, 2007: 128)

9. TÁBLÁZAT
FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREKNEK NYÚJTOTT SPECIÁLIS ELLÁTÁSOK
NÉHÁNY EURÓPAI ORSZÁGBAN (2001)

Ország	Jogosultak	Ellátások
Belgium	21–65 év közötti fogyatékossgal élők	Jövedelempótló támogatás családi állapotól függően 4316–8631 € beilleszkedési segély a rokkantsági foktól függően évi 888 és 7044 € között.
Dánia	Fogyatékossgal élő emberek	Jövedelempótlék: a munkanélküliségi járadék legmagasabb összegének 91%-a.
Németország	Bizonyos fogyatékossgokkal élő emberek.	20% többlétszükségleti pótlékok bizonyos fogyatékossgal élő személyek számára a folyamatos segélyek szokásos tarifáján.
Finnország	–	Nincs különös minimális ellátás.
Franciaország	20–60 év közötti és legalább 80%-ban tartósan fogyatékos és keresésképtelen személyek.	Havi 557 € (rászorultsági vizsgálat után).
Görögország	Fogyatékossgal élő személyek.	A fogyatékossg súlyosságától függően 7 alapellátás 86–410 € és 3 kiegészítő ellátás 49–116 €
Nagy-Britannia	Betegség vagy fogyatékossg miatt a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű személyek, akik legalább 16 órát dolgoznak hetente legalisan.	Adóból levonható összeg fogyatékos munkavállalók számára: alapösszeg egyedülállók részére: 87 € párok: 134 € gyermekek 16 éves korig 41 € 19 éves korig 42 € pótlék fogyatékos gyermekek után: 35 €
Írország	Tartósan (legalább 1 évtől) igazoltan keresésképtelen személyek.	Családi állapotól függő ellátás rászorultsági vizsgálat: fogyatékos személyek: heti 98 € kiegészítésként felnőtt hozzátartozónként: 60 € gyermekenként: 17 €
Olaszország	100%-ban keresésképtelen, vak vagy siketnéma személyek.	Rokkant, siketnéma és teljesen megvakult személyek otthonokban és részben megvakult személyek (otthonokon kívül): 230 € Az éves jövedelem határa: 12435 €
Luxemburg	–	Nincsenek különös minimális ellátások.
Hollandia	Azok a személyek, akik rokkantsági ellátásokat kapnak és partnerükkel együtt alacsony összjövedelemmel rendelkeznek. Kivéve a nem házas, szülőknél élő 21 év alatti személyeket és azokat az 1971 után született személyeket, akik partnerükkel gyermek nélkül egy háztartásban élnek.	A rokkantsági ellátások kiegészítése a minimálbér max. 100%-a párok esetében, 90%-a gyermeküket egyedül nevelők esetében és 70%-a egyedülállók esetében 23 éves kortól. Bruttó minimálbér: 1154 € Az ellátás felső határa: a minimálbér - 30%-a párok esetében, 27% gyermeküket egyedül nevelők esetében, 21% egyedülállók esetében, alacsony összegek egyedülálló személyek részére.
Ausztria	–	Nincsenek különös minimális ellátások.
Portugália	18 év feletti és keresésképtelen személyek.	Havi 131 € (rászorultsági vizsgálat után).
Svédország	–	Nincsenek különös minimális ellátások.

Spanyolország 18–65 év között és Nem járulékalapú rokkantsági nyugdíj a rokkantság krónikusan beteg vagy mértékétől függően: 65%-tól évi 3526 € 75%-tól évi fogyatékossgal élő 5290 €(rászorultsági vizsgálat). (min. 65%) személyek.

(Maschke, 2007: 132)

10. TÁBLÁZAT

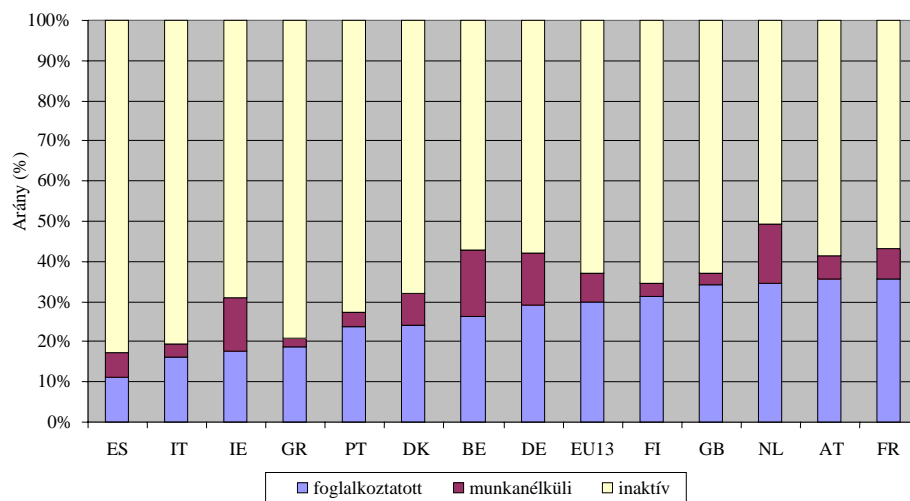
A TÁRSADALOMBAN VALÓ RÉSZVÉTEL TÁMOGATÁSA NÉHÁNY EU-TAGORSZÁGBAN (2001)

Ország, területek	Kommunikáció és mobilitás	Lakás	Egyéb segítség	Adókedvezmények
Belgium	Kedvezményes telefon- és közlekedési díjak, részben rádió- és televíziódíjak elengedése	Kedvezmények szociális lakások kiutalásánál	Nincsenek további individuális támogatások	Adókedvezmények
Dánia	Nincsenek további támogatások	Individuális támogatások	Nincsenek további támogatások	Nincs
Németország	Részben díjmentes szállítás a helyi tömegközlekedésben, gépkocsiadókedvezmény. Rászorultság esetén mentesítés a rádió-, a televízió- és a telefondíjak fizetése alól.	Fogyatékossgal élők számára alkalmas lakások kialakítása és kiegészítő lakbérhozzájárulás	Szabadidős tevékenységek támogatása (szabadság és fogyatékos személyek sportja)	A fogyatékossg fokától függő sávós adókedvezmények
Finnország	Kedvezmények a közlekedésben, adókedvezmények motoros járművekre	Kedvezmények lakásügyben	Munkaeszközök, speciális ruházat és speciális élelmiszerek beszerzése	A fogyatékossg fokától függő sávós adókedvezmények
Franciaország	Nincsenek további támogatások	Individuális támogatások	Nincsenek további támogatások	Adókedvezmények
Görögország	Gépkocsiadókedvezmény	Lakbérhozzájárulás és hozzájárulás a fűtési költségekhez	Több individuális program	Adókedvezmények
Nagy-Britannia	Támogatás speciális járművekre	Helyi lakáshivatalok pénzügyi segélyei építészeti változtatásokra	Független Életért Speciális Alap	Adóból leírható hozzájárulások keresőképes fogyatékos emberek számára és a gyermekgondozás költségeire
Írország	Nincsenek további támogatások	Individuális támogatások	Nincsenek további támogatások	Nincs
Olaszország	Mobilitási és kommunikációs támogatások a fogyatékossgtól függően	Nincsenek további individuális támogatások	Nincsenek további individuális támogatások	Nincs

Luxemburg	Nincsenek további individuális támogatások			Nincs
Hollandia	Támogatás közlekedési eszközökre	Lakástámogatások	Személyes költségvetés	Nincs
Ausztria	Gépkocsiadókedvezmény egyéb mobilitási támogatások	Nincsenek további individuális támogatások	Az egész területre kiterjedő információs hálózat fogyatékos emberek számára	Nincs
Portugália	Nincsenek további individuális támogatások			Adókedvezmények
Svédország	A települések mobilitási szolgáltatása. Ingyenes hozzájutás technikai segédeszközökhez.	Támogatások fogyatékosokkal élők számára alkalmas lakásra	Asszisztensek támogatása	Nincs
Spanyolország	Megfelelő közlekedési eszköz beszerzésének támogatása	Nincsenek további individuális támogatások	Nincsenek további individuális támogatások	Nincs

(Maschke, 2007: 157)

2. DIAGRAM
A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK FOGLALKOZTATOTSÁGA AZ EURÓPAI UNIÓ 13 TAGÁLLAMÁBAN (2001)



(Maschke, 2007: 82)

A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával kapcsolatos magyarországi jogszabályok

- A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával kapcsolatban a legfontosabb jogszabályok a következők:
- 10/2006. (II. 16.) OGY-határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról;
- 11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet a munkaügyi központok foglalkozási rehabilitációs eljárásáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkanélküliek foglalkoztatását elősegítő egyes támogatásokról;
- 14/2005. (IX. 2.) FMM-rendelet a rehabilitációs akkreditációs eljárás és követelményrendszer szabályairól;
- 15/2005. (IX. 2.) FMM-rendelet a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatás megállapításának részletes szabályairól;
- 176/2005. (IX. 2.) kormányrendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjának, továbbá az akkreditált munkáltatók ellenőrzésének szabályairól;
- 177/2005. (IX. 2.) kormányrendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról;
- 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról;
- 1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről;
- 1997. évi LXXIV. törvény az alkalmi munkavállalói könyvvel történő foglalkoztatásról és az ahhoz kapcsolódó közterhek egyszerűsített befizetéséről;
- 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról;
- 2001. évi CI. törvény a felnőttképzésről;
- 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról;
- 2004. évi CXXIII. törvény a pályakezdő fiatalok, az ötven év feletti munkanélküliek, valamint a gyermek gondozását, illetve a családtag ápolását követően munkát keresők foglalkoztatásának elősegítéséről, továbbá az ösztöndíjas foglalkoztatásról.
- 2007. évi LXXXIV. törvény a rehabilitációs járadékról;
- 24/1994. (II. 25.) kormányrendelet a bedolgozók foglalkoztatásáról;
- 26/2005. (XII. 27.) FMM-rendelet a rehabilitációs akkreditációs díjról;
- 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelet a munkaerő-piaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról;
- 39/1998. (III. 4.) kormányrendelet a munkába járással összefüggő terhek csökkentését célzó támogatásokról, valamint a munkaerő-toborzás támogatásáról;
- 4/2002. (X. 17.) FMM-rendelet az Állami Foglalkoztatási Szolgálatról;

- 6/1996. (VII. 16.) MüM-rendelet a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerő-piaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható támogatásról;
- 67/2004. (IV. 15.) kormányrendelet az Egységes Munkaügyi Nyilvántartással kapcsolatos bejelentési és nyilvántartási kötelezettség szabályozásáról;
- 68/1996. (V. 15.) kormányrendelet a pályakezdő munkanélküliek elhelyezkedésének elősegítéséről;
- 8/1983. (VI. 29.) EüM—PM együttes rendelet a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról;

Az igénybe vehető szociális ellátások Magyarországon

Fogyatékosághoz, egészségkárosodáshoz kötött ellátások:

- fogyatékosági támogatás
- súlyosan mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményei

Gyermekek után járó ellátások, kedvezmények:

- gyermekgondozási ellátások: gyes (gyermekgondozási segély), gyet (gyermeknevelési támogatás)
- gyermekvédelmi pénzellátások: rendszeres, rendkívüli és kiegészítő gyermekvédelmi támogatások, étkezési térítésidej-kedvezmény, ingyenes tankönyvellátás, gys (gyermektartásdíj) megelőlegezése, otthonteremtési támogatás.
- családi pótlék,
- anyasági támogatás,
- gyermekápolási táppénz,
- gyed (gyermekgondozási díj)
- terhességi gyermekágyi segély,
- gyermekek utáni kedvezmények,

Saját jogú nyugellátások:

- öregségi nyugdíj,
- előrehozott öregségi nyugdíj,
- korkedvezményes nyugdíj,
- csökkentett összegű előrehozott nyugdíj,
- rokkantsági nyugdíj,
- baleseti rokkantsági nyugdíj

Nyugdíjszerű rendszeres pénzellátások:

- rendszeres szociális járadék,
- rokkantsági járadék,
- átmeneti járadék.

Hozzá tartozói nyugellátások:

- özvegyi nyugdíj,
- árvaellátás,
- szülői nyugdíj,
- hozzátartozói baleseti nyugellátás.

Méltányosság:

- Méltányosság,
- kivételes nyugellátás,
- kivételes nyugdíjemelés,
- egyszeri segély

Pénzbeli ellátások a szociális törvény szerint:

- rendszeres szociális segély,
- átmeneti segély,
- temetési segély,
- időskorúak járadéka,
- ápolási díj,

Természetben nyújtott szociális ellátások:

- köztemetés, közgyógyellátás
- egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság,
- adósságkezelési szolgáltatás.

Munkanélküliek ellátása:

- álláskeresői járadék,
- álláskeresői segély,
- keresetpótló juttatás.

A személyes gondoskodás körébe tartozó szociális alap- és szakosított ellátások

- a falugondnoki és a tanyagondnoki szolgáltatás,
- az étkeztetés,
- a házi segítségnyújtás,
- a családsegítés,
- a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás,
- a közösségi ellátások,
- a támogató szolgáltatás,
- az utcai szociális munka,
- a nappali ellátás.
- az ápolást, gondozást nyújtó intézmény,
- a rehabilitációs intézmény,
- a lakóotthon,
- az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény
- az egyéb speciális szociális intézmény

Felhasznált és ajánlott irodalom

- A diszkrimináció jogi megközelítése (2008). Elérhető az interneten:
<http://www.prkk.hu/dp/download/diszkr.pdf> (2009-10-20)
- ÁFSZ (2007) Foglalkozási Rehabilitációs Kisokos, Budapest: Állami Foglalkoztatási Szolgálat. Elérhető az interneten: www.afsz.hu (2009-10-30)
- Bánfalvi, István (2004) Tájékoztató a Szociális törvény megújítását megalapozó munkálatokról in A Szociális Szakmai Szövetség hírlevele X. évfolyam 1. szám, 2–4.
- Barnes, Colin (2009) Egy évtized változásai: reflexiók az emancipatív fogyatékoskésztudományra in Fogyatékoskésztudomány és Társadalom, I. évf. 2009/1, 13–22.
- Darányi, Sándor (1992) A törzs és az ágak 1. (Horváth Tibor kandidátusi értekezésének bemutatása). Elérhető az interneten
http://epa.oszk.hu/00100/00143/00002/daranyi_h.html (2009-10-01).
- Dávid, Andrea (2006) TF szolgáltatás Magyarországon – a siker és a hozzá vezető út. Elérhető az interneten:
<http://moodle.disabilityknowledge.org/file.php/12/David-Andi.pdf> (2009-10-02)
- Egresi, Katalin (2006) A szociális – jóléti állam. Elérhető az interneten:
http://www.ajk.elte.hu/HallgatoInformaciok/TanszekekHirei/AllamEsJogelmelet/Allamtan%20TK/2_Kotet/II_V_XIX_B%20fejezet.pdf (2009-10-24)
- ENSZ (1948) Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata. Elérhető az interneten:
<http://web.amnesty.hu/ejeny.pdf> (2009-10-30)
- ENSZ (1993) A fogyatékoskésztudománnyal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai (The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities). Elérhető az interneten:
[http://barczy.hu/letoltesek/tudomanyos_testuletek/dokumentumok/STD RULES-magyar.pdf](http://barczy.hu/letoltesek/tudomanyos_testuletek/dokumentumok/STD_RULES-magyar.pdf) (2009-10-30)
- ENSZ (2006) A fogyatékoskésztudománnyal élő személyek jogairól szóló egyezmény, Fakultatív Jegyzőkönyv a Fogyatékoskésztudománnyal élő személyek jogairól szóló egyezményhez. Elérhető az interneten:
www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=15024 (2009-10-25)
- Európai szociálpolitikai menetrend (2006–2010). Elérhető az interneten:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2005-0210+0+DOC+PDF+V0//HU> (2009-10-26)

- Ferge Zsuzsa (1996): Az állam dolgáról – Eötvössel szólva. Elérhető az interneten: http://www.fergezszusa.hu/docs/az_allam_dolgarol.pdf (2009-10-18)
- Gere Ilona (2006) Foglalkoztatási stratégia in Kapocs, 2006. október. Elérhető az interneten: http://www.3sz.hu/hefop/tanulmányok/NEW_Article_8 (2009-10-16)
- Győri, Péter – Mózer, Péter (2006) Tékozló koldus ruháját szaggatja. Az önkormányzati szociális ellátórendszer újjáépítésének stratégiája ismertető előadás. Elérhető az interneten: www.bmszki.hu/file/tekozlo/tekozlo02a/hajduszoboszlo.ppt (2009-10-23)
- Győri Péter (2007) Javaslat a szociális szolgáltatások jogosultsági kritériumainak megújítására, továbbfejlesztésére c. elhangzott előadás az Országos Szakmai Tanácskozás keretében a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Szociális Szolgáltatások Megújítása Műhelye. Jogosultsági és rászorultsági kritériumok munkacsoport nevében. Elérhető az interneten: <http://bmszki.hu/file/tekozlo/tekozlo10/SZMI2007maj.ppt> (2009-10-23)
- Házi Magdolna – Kedl Márta (szerk. 2002) Gondok és örömök. Útban az önrendelelhető élet felé. Fogyatékosággal élő emberek konferenciája (Négy kerekasztal-beszélgetés Budapest, 1999. június 23.) Elérhető az interneten: [http://www.adata.hu/_Kozossegi_Adattar/Azadatt.nsf/02001425b1246fe38525664000665c75/b28bbb1b274d1f95c12571aa00391efb/\\$FILE/Gondok%20és%20örömök.pdf](http://www.adata.hu/_Kozossegi_Adattar/Azadatt.nsf/02001425b1246fe38525664000665c75/b28bbb1b274d1f95c12571aa00391efb/$FILE/Gondok%20és%20örömök.pdf) (2009-10-30)
- II. Vatikáni Zsinat (1968) Gaudium et spes kezdetű lekipásztori konstitúciója az egyházzól a mai világban, 29. rész. Elérhető az interneten: http://www.katolikus.hu/zsinat/zs_16.html (2009-10-01).
- Jó gyakorlat – Good practice guide (2009), Elérhető az interneten: http://bbec.applewood.hu/bbecdocs/200903/j_gyakor.doc (2009-10-29)
- Kézenfogva Alapítvány (2004) Jelentés a súlyosan-halmozottan fogyatékos embereket nevelő családok életkörülményeiről, Budapest, Kézenfogva Alapítvány
- Kojer, Attila (2008) A Bárka új márkájával Hajós bontott vitorlát. Elérhető az interneten: <http://www.168ora.hu/cikk.php?cikk=24978> (2009-10-29)
- Kornai, János (1982) A hiány, Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó

- Könczei, György (2004) Adalékok a fogyatékoság történetéhez és antropológiájához in Litavec, Anna (szerk.) Közvetítés Fogyatékoságügy és média Magyarországon, Budapest: Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium és a Magyar Újságírók Országos Szövetsége. 111–132.
- Köztársasági Elnöki Hivatal (2006) Sólyom László köztársasági elnök megfontolásra visszaküldte az Országgyűlésnek az egyes esélyegyenlőségi tárgyú törvények módosításáról szóló törvényt. Elérhető az interneten: http://www.keh.hu/20060302eselyegyenlosegi_tv.html (2009-10-28)
- Krémer, Balázs (2009) Bevezetés a szociálpolitikába, Budapest: Napvilág Kiadó
- Kuhn, Thomas (2000) A tudományos forradalmak szerkezete, Budapest: Osiris Kiadó
- Laky, Teréz (2005) Európai prioritások, nemzeti akciótervek és intézményi feltételek in A magyar foglalkoztatáspolitikát átfogó értékelése az Európai Foglalkoztatási Stratégia kontextusában, Budapest, MTA Közgazdaságtudományi Intézete, 25–33. A tanulmánykötet elérhető az interneten: http://www.econ.core.hu/doc/felhiv/zarotanutmany_teljes_mtafmm.pdf (2009-10-25)
- Maschke, Michael (2007) Fogyatékoságügyi politika az Európai Unióban. Berlin, Kézirat
- Madridi Nyilatkozat (2003). Elérhető az interneten: http://www.barcsi.hu/letoltesek/tudomanyos_testuletek/dokumentumok/madridi_nyilatkozat_1_kotet.pdf (2009-10-30)
- Országos Fogyatékosügyi Program, 2006. Elérhető az interneten: http://www.orszi.hu/docs/ofp-ogy_hatarozat.pdf (2009-10-28)
- Polónyi, István (2006) Az egyházi közoktatás néhány oktatásgazdasági sajátossága in *Educatio*, 2005 Ősz (2006), 604–614. o.
- Pulay Gyula (2009) A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata, Budapest: Állami Számvevőszék Kutató Intézete
- Salva Vita Alapítvány (2008) DePaul vizsgálat: A fogyatékos munkavállalók jól teljesítenek. Elérhető az interneten: www.salvavita.hu (2009-10-26)
- Salva Vita Alapítvány (2008b) A Támogatott Foglalkoztatás háromszor olyan költséghatékony, mint a védett foglalkoztatás. Elérhető az interneten: www.salvavita.hu (2009-10-26)

- Scharle Ágota (2005) A fogyatékkal élők foglalkoztatási esélyeinek növelése in A magyar foglalkoztatáspolitikai átfogó értékelése az Európai Foglalkoztatási Stratégia kontextusában, Budapest, MTA Közgazdaságtudományi Intézete, 196–208. A tanulmánykötet elérhető az interneten: http://www.econ.core.hu/doc/felhiv/zarotanutmany_teljes_mtafmm.pdf (2009-10-25)
- Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) A TASZ a fogyatékosok jogairól. Elérhető az interneten: http://tasz.hu/files/tasz/imce/fogyatekosmagyar_uv.pdf (2009-10-31)
- W3C (2002) W3C 7 pontban. Elérhető az interneten: <http://www.w3c.hu/forditasok/7pont.html> (2009-10-12)
- Zalabai, Péterné (2008) A támogató szolgálatok jelene és jövője. Kézirat.
- Zombori, Gyula (1997) A szociálpolitika alapfogalmai, Budapest: Hilscher Rezső Szociálpolitikai Társaság.