

**Nagy Zita Éva:**

**VAN-E ÚT A MUNKÁBA?**

**A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-  
piaci reintegrációjának esélyei**

**Szociológia és Társadalompolitika Intézet**

**Témavezető: Bartus Tamás, PhD**

**Budapesti Corvinus Egyetem**  
**Szociológia Doktori Iskola**

**VAN-E ÚT A MUNKÁBA?**

**A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-  
piaci reintegrációjának esélyei**

**Doktori értekezés**

**Nagy Zita Éva**

**Budapest, 2015**



## Tartalomjegyzék

<b>Tartalomjegyzék.....</b>	<b>5</b>
<b>Ábrák jegyzéke .....</b>	<b>8</b>
<b>Táblázatok jegyzéke.....</b>	<b>9</b>
<b>Köszönetnyilvánítás .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Bevezetés.....</b>	<b>11</b>
1. 1. Problémafelvetés, kérdésfelvetések .....	11
1. 2. Fogalmi alapvetések: kik a fogyatékos, egészségkárosodott, illetve megváltozott munkaképességű emberek? .....	14
1. 3. A kérdésfelvetés kontextusa: szakmapolitikai, munkaerő-piaci és intézményrendszeri környezet.....	16
1. 4. Módszertani források .....	23
<b>2. A fogyatékoság és megváltozott munkaképesség értelmezései – a függőség mítosza.....</b>	<b>30</b>
2. 1. A társadalmi dominancia elmélete .....	30
2. 2. A fogyatékoság és megváltozott munkaképesség társadalmi konstrukciója és a függőség mítosza.....	31
2. 3. Néhány kutatási eredmény a fogyatékoság / megváltozott munkaképesség társadalmi konstrukciójáról.....	40
2. 4. A fogyatékoság és megváltozott munkaképesség intézményi konstrukciója: gondolatok a közpolitikai és intézményi minősítések és működésmódok természetéről.....	44
2. 5. Összegzés .....	48
<b>3. A rokkantnyugdíjazás választásának okairól és a rokkantnyugdíjasok összetételéről.....</b>	<b>50</b>
3. 1. Bevezetés.....	50
3. 2. Elméleti háttér és kutatási előzmények: a rokkantnyugdíjazás megközelítései és a beáramlás tényezői .....	51
3. 2. 1. A rokkantnyugdíjazás „klasszikus” megközelítései .....	51
3. 2. 2. A rokkantnyugdíjazás új megközelítései .....	53
3. 2. 3. A rokkantnyugdíjazásba való beáramlás tényezői: makroszintű tényezők.....	54

3. 2. 4. <i>A rokkantellátásba való beáramlás egyéni és szűkebb környezeti tényezői</i> ...	60
3. 2. 5. <i>Komplex modellek és új megközelítések</i> .....	62
3. 3. Kutatási kérdések .....	66
3. 4. Adatok és módszerek .....	67
3. 5. Eredmények .....	70
3. 5. 1. <i>Mi befolyásolja az igénylést: mi jellemzi az „igénylőket”?</i> .....	70
3. 5. 2. <i>Az „igénylők” csoportjai</i> .....	73
3. 5. 3. <i>Milyen tényezők befolyásolják az ellátáshoz jutást?</i> .....	79
3. 6. Összegzés .....	81
<b>4. Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre</b> .....	<b>83</b>
4. 1. Bevezetés.....	83
4. 2. Elméleti háttér és kutatási előzmények: ki szeretne és tud dolgozni a rokkantellátásban résztvevő emberek közül? .....	84
4. 2. 1. <i>Az egyéni jellemzők, és a személyes környezetre vonatkozó tényezők</i> .....	84
4. 2. 2. <i>A tágabb környezet tényezői</i> .....	90
4. 2. 3. <i>Hol és hogyan dolgoznak a fogyatékos / megváltozott munkaképességű emberek?</i> .....	95
4. 3. Kutatási kérdések .....	96
4. 4. Adatok és módszerek .....	97
4. 5. Eredmények .....	98
4. 5. 1. <i>Milyen tendenciák jellemzik az új komplex minősítési rendszer első időszakát?</i> .....	98
4. 5. 2. <i>Mi jellemzi a lehetséges munkavállalókat, kiemelten a rehabilitálható embereket?</i> .....	100
4. 5. 3. <i>Ki tud dolgozni?</i> .....	108
4. 5. 4. <i>Hol dolgoznak az érintettek?</i> .....	114
4. 5. 5. <i>Ki keres munkát? A munkakeresési hajlandóságot meghatározó tényezők</i> .	117
4. 6. Összegzés .....	122
<b>5. Néhány gondolat a megváltozott munkaképességű emberek aktivizálásának magyarországi (nonprofit) intézményi hátteréről</b> .....	<b>125</b>
5. 1. Bevezetés.....	125

5. 2. Elméleti háttér és kutatási előzmények: az aktivizálás eszközei és intézményei, különös tekintettel Magyarországra .....	125
5. 2. 1. <i>Az aktivizálás eszközeinek csoportjai és irányai</i> .....	125
5. 2. 2. <i>Az aktivizálás intézményei és eszközei Magyarországon</i> .....	128
5. 3. Kutatási kérdések .....	132
5. 4. Adatok és módszerek .....	132
5. 5. Eredmények .....	133
5. 6. Összegzés .....	141
<b>6. Következtetések, összegzés .....</b>	<b>143</b>
<b>Felhasznált irodalom.....</b>	<b>151</b>
<b>A témakörrel kapcsolatos saját (ill. társszerzős) publikációk jegyzéke .....</b>	<b>170</b>
<b>Mellékletek (logisztikus regressziós modellek).....</b>	<b>172</b>

## **Ábrák jegyzéke**

1. ábra A társadalmi dominancia modelljének sematikus összefoglalása (2005) ..... 31
2. ábra A kényszerű nyugdíjazás teoretikus modellje Szinovacz és Davey szerint.....64



## Táblázatok jegyzéke

1. táblázat Az egészségkárosodott emberek összetétele – csoportok (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=1736 fő).....	75
2. táblázat Megváltozott munkaképességük okán nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülő emberek száma (ONYF, 2011, 2012).....	99
3. táblázat A komplex minősítések eredményei (fő, illetve %; NRSZH, 2012, 2013. 01-02) .....	100
4. táblázat Az egészségkárosodott emberek területi elhelyezkedése (fő, illetve %; NRSZH, 2012; KSH, 2012; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő) .....	101
5. táblázat Az egészségkárosodott emberek szocio-demográfiai jellemzői (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő).....	103
6. táblázat A szakértői bizottságok által végzett komplex minősítések - I. fokú eljárás (fő, illetve %; NRSZH, 2012) .....	104
7. táblázat A 2012-ben I. fokú eljárásban rehabilitálhatónak minősített (B1, C1 kategória) emberek nem és kor szerinti összetétele (fő, illetve %; NRSZH, 2012).....	105
8. táblázat Milyen elváltozást állapítottak meg az orvosszakértői minősítésében? (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő).....	106
9. táblázat Az egészségkárosodott emberek egészségügyi állapota – új igénybejelentések (fő, illetve %; NRSZH, 2012) .....	107
10. táblázat A rokkantellátott, dolgozó emberek jellemzői (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=1750).....	109
11. táblázat A munkavállalók iskolai végzettség szerinti összetétele (%; NCSSZI-TÁRKI - „D” kutatás, 2010, N=2045 fő; TÁMOP 1.1.1., 2012) .....	115
12. táblázat Az egészségkárosodott emberek munkavállalási motivációja (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő).....	118
13. táblázat Az inaktivitás okai (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, N=1737 fő) .....	118
14. táblázat Az egészségkárosodott emberek munkavállalási motivációja (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő).....	120
15. táblázat Az ügyfelek jellemzői a modellgazda szervezeteknél .....	136
16. táblázat A modellek eredményessége (fő, illetve %).....	137
17. táblázat A megváltozott munkaképességű emberek korcsoportjai a munkaügyi ellátórendszerben és a TÁMOP 1.1.1.-es projektben (NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő; TÁMOP 1.1.1., 2012).....	139
18. táblázat Az egészségkárosodott emberek iskolai végzettség szerinti csoportjai a munkaügyi ellátórendszerben és a TÁMOP 1.1.1.-es projektben (NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő; TÁMOP 1.1.1., 2012) .....	140

## **Köszönetnyilvánítás**

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni témavezetőmnek, Dr. Bartus Tamásnak segítségéért és nem utolsó sorban türelméért.

Szeretném megköszönni szüleim, kedvesem és barátaim támogatását, biztatását és kitartó hitét abban, hogy ez a dolgozat egyszer elkészül.

Ugyancsak köszönöm a Revita Alapítványnál, a Debreceni Egyetem Szociológia Tanszékén, valamint az NCSSZI-TÁRKI kutatási programjában dolgozó munkatársaim inspirációját, közös gondolkodásainkat és segítségüket.

A dolgozat elkészítését ösztöndíjjal támogatta a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program című kiemelt projektjének keretében zajló Jedlik Ányos Doktorjelölti Ösztöndíjprogram.

## 1. Bevezetés<sup>1</sup>

### 1. 1. Problémafelvetés, kérdésfelvetések

Az elmúlt évtizedekben a fogyatékoságpolitika, illetve a fogyatékos-mozgalom a normalizáció és integráció (újabban: befogadás) elveit zászlajára tűzve igyekezett előmozdítani az érintett emberek mind szélesebb körű társadalmi részvételét. Emellett az elmúlt években – a jóléti államok válságával párhuzamosan – a fogyatékos, valamint megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci helyzete, aktivitása egyre gyakrabban került a fejlett országok érdeklődésének középpontjába is. A nemzetközi szervezetek is számos dokumentumban javasolták az országok számára az alig néhány százalékban foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek munkaerőpiacra való bevonásának szélesítését, részképességeik hasznosítását, a passzív szerep helyett a meglévő képességek mentén a munka világába integrált társadalmi szerep kialakítását [lásd például: OECD 2010, 2012].

Az aktivizálására irányuló törekvések több országban – így Magyarországon is – alapvető intézményi és működési átalakulásokat eredményeztek az érintett csoport támogatására irányuló rokkantellátási és rehabilitációs rendszerekben. Magyarországon – a jelenlegi tervek szerint – mintegy 120 000 rokkantellátásban résztvevő ember foglalkozási rehabilitációjának és nyílt munkaerő-piaci integrációjának kellene megvalósulni az elkövetkezendő időszakban: az ő pénzügyi ellátásuk ugyanis legfeljebb a minősítésüket követően 3 évvel megszűnik.

Dolgozatomban végső soron arra keresem a választ, hogy valójában mennyire tekinthetők „reálisnak” ezek az aktivizáló törekvések (Magyarországon, az új minősítési és ellátórendszer kezdetén)? A válaszok keresése során négy dologra helyezek – különböző mértékű – hangsúlyt: egyrészt arra, hogy milyen személyközi, intézményi és társadalmi tudati, viszonyulásbeli és működési keretei vannak e törekvéseknek? Másodsorban arra, hogy mi jellemzi valójában az érintett, fogyatékos, rokkantellátásban részt venni szándékozó és résztvevő embereket? Harmadsorban arra,

---

<sup>1</sup> A dolgozat jelen fejezetének bizonyos részei megjelentek: Nagy, Z. É. [2013a]: Az „Átvezetés módszertan” célcsoportjának jellemzői. In.: Nagy, Z. É. – Bari, D. – Borza, B. – Forrai, E. – Pakot, Á. – Prókai, O. – Sörös, A. – Szabó, N. – Szerepi, A.: Helyzetfeltárás az „Átvezetés” módszertanához. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány; Nagy, Z. É. – Pál, Zs. – Ottucsák, M. A. [2011]: A kutatásról – bevezető helyett. In.: Nagy, Z. É. (szerk.): Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Budapest: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pp. 29-34.; Nagy, Z. É. - Csoba, J. [2011]: A fogyatékosággal élők. In.: Csoba, J. [szerk.]: Munkaerő-piaci változások, leszakadó társadalmi csoportok. Debrecen: Debreceni Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszék, pp. 133-141.

hogy – a tapasztalatok szerint – valójában mi befolyásolja a sikeres munkaerő-piaci részvételüket? És negyedrészen arra, hogy a részvételüket segíteni igyekvő intézményrendszer e meglehetősen heterogén csoportból valójában kiket és milyen hatékonysággal támogat?

Dolgozatom felépítése e kérdések sorrendjét követi. A kérdésfelvetéseket követően, a bevezető fejezet második felében a dolgozat olvasásához, eredményeinek értelmezéséhez elengedhetetlenül szükséges kontextuális, fogalmi és módszertani alapvetéseket mutatom be.

Dolgozatom jelen fejezetét követő, *második fejezetében* röviden bemutatom, hogy a fogyatékos mozgalom, a(z azzal szorosán összefonódó) fogyatékoságtudomány, illetve néhány (kortárs) társadalmelemző milyen gondolatisággal közelíti meg a fogyatékos és megváltozott munkaképesség, és az ezekhez kapcsolódó szak- és közpolitikai intézményrendszer működésének kérdését. Ezzel az elméleti áttekintéssel arra szeretnék rávilágítani, hogy a társadalmi környezet, a kollektív hitek, mítoszok és tudások, a – gyakran ezek mentén alakuló – személyközi és intézményes viszonyrendszerek hogyan alakítják - nemcsak azt -, hogy egy társadalomban ki a fogyatékos ember, de az érintett emberek életkörülményeit, életlehetőségeit is, azáltal, hogy erősen befolyásolják az arról való elképzeléseinket, hogy „hogyan kell a fogyatékos emberekkel bánni”. Amellett fogok érvelni, hogy az elmúlt évek változásai ellenére a fogyatékosághoz kapcsolódó elsődleges – mélyen rögzült – mítosz a függőség, passzivitás mítosza.

Dolgozatom *harmadik fejezetében* azzal foglalkozom, hogy milyen tényezők befolyásolják a fogyatékos emberek rokkantellátás igénybevételére vonatkozó döntését: vagyis kik és milyen körülmények között gondolják úgy, hogy ezt az „intézményes címkét” magukra veszik. A fejezetben található elméleti áttekintéssel a céloom kettős: az eddigi elméleti és empirikus eredmények bemutatása mellett elsősorban arra törekszem, hogy rávilágítsak: napjainkban néhány kutató (beleértve saját magamat is) egyre inkább megkérdőjelezi azt a szemléletmódot és feltételezés-rendszert, amellyel a tudományos és szakpolitikai elemzések ezt a kérdést jellemzően megközelítik. A beáramlás tényezőinek nem jól értése márpedig alapvető tényezője lehet a munkaerő-piaci (re)integrációra tett kísérletek felemás eredményeinek.

E felemás eredmények másik okát abban látom, hogy valójában nagyon keveset tudunk mind a fogyatékos, mind a rokkantellátásban részt venni szándékozó, valamint részt vevő emberekről. Úgy vélem, e csoportok mindegyike meglehetősen heterogén: eltérő

gazdasági-társadalmi jellemzőik, élethelyzetük, motivációjuk figyelmen kívül hagyása ugyancsak nagyban rontja a reintegrációjukra, illetve befogadásukra tett kísérletek hatékonyságát. Éppen ezért a fejezethez kapcsolódó empirikus elemzésben alapvetően három dolgot vizsgálok: egyrészt azt, hogy kik azok, akik a fogyatékos emberek között nagyobb eséllyel az ellátás igénylői lesznek? Másrészt azt, hogy milyen csoportjai vannak az igénylőknek? Harmadrészt azt, hogy az ellátáshoz jutást végső soron milyen tényezők határozzák meg, fellelhetőek-e intézményes torzítások e tekintetben?

Dolgozatom *negyedik fejezetében* kifejezetten az aktivizálás, a munkaerő-piaci reintegráció esélyeit vizsgálom. Világviszonylatban is alig-alig vannak fogyatékos, illetve rokkantellátásban résztvevő emberek (újbóli) munkaerő-piaci részvételét meghatározó tényezőket vizsgáló kutatások: ez erős összefüggésben van azzal a szemléletmóddal, ahogyan a korábbi elméleti és empirikus vizsgálatok legjelentősebb részét kitevő, elsősorban az egyéni motivációkra (a munkaerő-kínálatra) koncentráció, (főként a) racionális egyéni döntést feltételező modellek megközelítették ezt a kérdéskört. Ezek a kutatások ugyanis egyrészt jellemzően azt járták körül, hogy a rokkantellátó rendszerek „relatív nagylelkűsége” milyen módon fejt ki „szívó hatást” a kedvezőtlenebb helyzetű emberekre (munkanélküliekre, alacsony végzettségűekre, fogyatékos emberekre), főként gazdasági recessziók, átalakulások idején, másrészt – a fogyatékoság függőségi felfogásához illeszkedve – a fogyatékoságot, valamint rokkantellátásban való részvétel egy passzív, inaktív helyzetnek tételezték fel (vagyis az aktivitás, a munkaerő-piaci részvétel fel sem merült a kérdésfelvetéseik között). A fejezet saját kutatásaimat tartalmazó részének alapvető célja a magyarországi, rokkantellátásban résztvevő emberek aktivizálása, munkaerő-piaci reintegrációja lehetőségének vizsgálata – az adatok jellegéből következően – elsősorban a célcsoport szempontjából tekintve. Az eredmények segítségével egyrészt az érintett emberek munkaerő-piaci részvételt (feltételezhetően) meghatározó tulajdonságait, jellemzőit mutatom be – különös tekintettel arra a csoportra, akiket a jelenlegi intézményrendszer „rehabilitálhatónak”, vagyis munkaerőpiacra visszavezethetőnek ítélt. Másrészt azt vizsgálom, hogy kik azok, akik az érintettek közül dolgozni tudnak: milyen tényezők határozzák meg – a sikeresen elhelyezkedők esetén keresztül vizsgálva – a megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci részvételét. Harmadrészt azt kutatom, hogy milyen tényezők befolyásolják a csoport munkavállalási motivációját.

Dolgozatom *ötödik, záró fejezetében* elsősorban az aktivizálás magyarországi intézményrendszere egyik meghatározó szegmensének, a komplex munkaerő-piaci szolgáltatást nyújtó nonprofit szektornak a működését vizsgálom. Fő kérdésselvetésem arra vonatkozik, hogy a lehetséges célcsoportok (a fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek egyes csoportjai) közül valójában „kikre céloznak” ezek a szolgáltatások, „célzásuk” mennyire illeszkedik a célcsoport – korábban feltárt – valós jellemzőihez: vagyis kik azok, akiknek munkaerő-piaci reintegrációját ez a szektor esetlegesen segíteni tudja.

A dolgozatot a tapasztalatokat összefoglaló, *összegző fejezet* zárja.

## **1. 2. Fogalmi alapvetések: kik a fogyatékos, egészségkárosodott, illetve megváltozott munkaképességű emberek?**

A társadalomtudományi gondolkodás és a kutatások egyik legalapvetőbb lépése annak pontos meghatározása, hogy kiktől is szeretnénk adatokkal, információkkal rendelkezni. A fogyatékoság társadalmilag konstruált jellege<sup>2</sup>, az a tény, hogy a fogyatékoságnak nincsen egységes definíciója, hanem többé-kevésbé elfogadott definíciói vannak, (a mérésre nézve is) komoly következményekkel bír: ha fogyatékosággal élő emberekről szeretnénk gondolkodni, velük kapcsolatosan akarunk kutatni, akkor „természetesen, adottan” biztosan nem tudjuk, hogy kiktől beszélünk. Körük és számuk (azaz ez a csoport maga) mindig a gondolkodás, mérés során alkalmazott definíció függvénye. Az előbbiekből következik, hogy a fogyatékoságtudományi kutatások első lépése gyakorlatilag minden esetben egy olyan munkadefiníció keresése, megalkotása, majd alkalmazása, amely egyértelműen meghatároz egy csoportot.

Elméleti szinten (ha a mérés irányából vizsgáljuk a lehetséges megközelítéseket) a különböző meghatározások, értelmezések, modellek alapvetően három síkon, de eltérően határozzák meg a fogyatékoságot. E három sík: a minősítés iránya, a hátrányok meghatározásának szintje, illetve az egyén és a környezet felelőssége az állapot létrejöttében. Vagyis:

- egyrészt a különböző definíciók alapvetően eltérnek a tekintetben, hogy a fogyatékoság meghatározásakor önbesorolásra, vagy az (orvos-) társadalom minősítésére hagyatkoznak-e;

---

<sup>2</sup> Vagyis az a jellemzője, hogy valójában nem az egyéni károsodás, hanem a(z ehhez jobban-rosszabbul viszonyuló) társadalmi környezet tesz valakit fogyatékosá: ebből következik, hogy különböző társadalmakban más és más károsodások eredményezhetnek fogyatékoságot. A fogyatékoság társadalmilag konstruált jellege mellett dolgozatom elmélet fejezetében hosszabban érvelek.

- másrészt a tekintetben, hogy az állapotra, illetve az abból következő funkcionális és/vagy társadalmi hátrányokra helyezik-e a fő hangsúlyt;
- harmadrészt abban, hogy az állapot, illetve az abból következő hátrányok az egyén „magánpechjének” vagy inkább a társadalom felelősségének „köszönhetőek-e”, vagyis azok „kezelése” kinek a feladata.

A fogyatékoságról szóló tudományos (fogyatékoságtudományi) és nemzetközi, emberi jogi gondolkodás az utóbbi években e három dimenzió mentén mindinkább az önmeghatározás, a társadalmi hátrányok kiemelt fontossága és a társadalom felelősségének hangsúlyozása irányába mozdult el, és e tekintetben világviszonylatban is alapvetően konszenzus látszik<sup>3</sup>. A társadalmi modellek térnyerése nyomán napjainkban a fogyatékoság világviszonylatban legelfogadottabb (de nem az egyetlen) definíciója a következő: *„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 Egyezmény: 1. cikk]

Ez a megközelítés egyre inkább megjelenik a hazai, de főként a nemzetközi teljesskörű, illetve nagymintás, kérdőíves kutatásokban is. Jelen dolgozatomban is e definíció mentén értelmezem a fogyatékoság fogalmát (melynek szinonimájaként időről időre használom az akadályozott kifejezést is).

A társadalmi köztudatban és jó néhány – alapvetően pontosabb meghatározást igénylő – szakpolitikai rendszerben azonban a hagyományos, „medikális” alapú, egészségügyi állapotra koncentráló, környezet általi minősítést alkalmazó megközelítésmód az elterjedtebb napjainkban is, ez pedig alapvetően meghatározhatja az érintettek énképét, illetve élet-, valamint társadalmi integrációs lehetőségeit [lásd ezekről bővebben: Brunel Egyetem 2009; Gere – Szellő 2007]. A társadalmi részvétel kiemelten fontos területén, a munka világában – melyre dolgozatom is fókuszál – a megváltozott munkaképesség, illetve az egészségkárosodás kifejezések (minősítések) alapvetően azt a vizsgálati szempontot rejtik, hogy vajon az egyén állapota miként befolyásolja munkavégző képességét, munkavállalását, foglalkoztathatóságát. E területen a definíciók jellemzően jogszabályban rögzítettek, vagyis a jogszabályok így vagy úgy, de mégis „adminisztratív jellegű” fogalmi keretet jelenthetnek a fogyatékoság ilyen szempontú

<sup>3</sup> Ennek szép példája A fogyatékos személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény (2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről.)

értelmezése és mérése során. Dolgozatomban – illeszkedve a jogszabályi keretekhez – egészségkárosodottnak tekintem azokat az embereket, akik orvosszakértői minősítéssel megállapított kedvezőtlen változással rendelkeznek szervezetük felépítésében vagy funkcióiban, betegség, sérülés vagy veleszületett rendellenesség következtében. Megváltozott munkaképességű embernek<sup>4</sup> tekintem azokat, akiknek munkaképességcsökkenése – minősítetten – nagyobb, mint 40%. Használok még a rokkantellátásban résztvevő emberek fogalmát: ebbe a csoportba azok tartoznak, akik a hatályos jogszabályok szerint rokkantsági és rehabilitációs ellátásokban részesülnek.

A fogyatékoság eltérő definíciói, valamint a más és más szakpolitikai területeken alkalmazott más és más definíciók eltérő, egymást csak részben átfedő társadalmi csoportokat írnak körül [Grönvik 2009, Nagy 2011]. Mindemellett ezen eltérő csoportok mindegyike társadalmi hátrányokkal, a társadalmi befogadás hiányosságaival küzd, azonban ennek mértékében és területeiben közöttük komoly eltérések lehetnek. Ezek az eltérések pedig eltérő kezelést, eltérő – akár szakpolitikai – célokat tehetnek szükségessé: ezért is fontos e csoportok egyértelmű fogalmakkal történő meghatározása.

### **1. 3. A kérdésfelvetés kontextusa: szakpolitikai, munkaerő-piaci és intézményrendszeri környezet**

A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek aktivizálására irányuló törekvések megjelenése, illetve erősödése a fejlett országokban – a fogyatékosmozgalom munkája mellett – nyilvánvalóan érdemi összefüggést mutat a jóléti rezsimek és a bérmunka társadalmának<sup>5</sup> elmúlt évtized(ek)ben történt átalakulásával is.

Doktori dolgozatom kérdésfelvetése – tudatosan – az aktivizálás szándékának „realitásával”, nem pedig e szándék „okaival”, és a „háttérben rejlő folyamatokkal, mechanizmusokkal” foglalkozik (amely önmagában egy külön doktori értekezés témáját

<sup>4</sup> A megváltozott munkaképesség definiálásában – a fogyatékosághoz hasonlóan – alapvetően két nagyobb irány rajzolódik ki. Az önbevalláson alapuló definíciók esetében az egyén saját megítélése, hogy rendelkezik-e olyan problémával, amely tartósan korlátozza a munkavállalásban: a kapcsolódó nemzetközi és hazai adatfelvételek csaknem mindegyike ezt a definíciót alkalmazza a kutatásokban. A jogszabályokban definiált jogosultságok, ellátások jellemzőbben valamilyen igazoláshoz, mért elváltozáshoz, tehát külső minősítéshez kötik a definiálást.

<sup>5</sup> „A bérmunka társadalma azt a társadalmi formációt jelöli, amelyben a túlnyomó többség a pénzkereső munkáját egy erős kollektív szabályozásokkal körülbástyázott alkalmazotti munkaviszony keretében végzte, amely jellemzően határozatlan idejű, teljes munkaidős munkaszerződést és egy életen át tartó, megszokottságok nélküli alkalmaztatást jelentett, és amelyhez ellátások és jogosultságok sora kapcsolódott, és ennek következtében ezekben a társadalmakban a társadalmi részvétel illetve tagság alapvetően a bérmunkaviszony köré épült. Ez a leírás ma már csak részben felel meg az euroatlanti társadalmak valóságának. A bérmunka társadalma mint elemzési keret a mai társadalmakra már nem vagy csak nagyon komoly megszorításokkal alkalmazható.” Török [2001:146].



képezhetné). Mindemellett – tekintve, hogy mégiscsak ezek adják az aktivizálás szakmapolitikai, munkaerő-piaci, illetve intézményrendszeri kontextusát – dolgozatom jelen fejezetében e folyamatok nagyon rövid áttekintését nyújtom.

Az aktivizálás célját jelentő munka társadalmának átalakulása alaposan kutatott kérdés a szociológiai és filozófiai szakirodalomban egyaránt, ám a jelenségek elméleti értelmezésében viszonylag jelentősek a különbségek [lásd például: Bauman 1993, Dahrendorf 1994, Forrester 1998, Offe 2000, Beck 2003 és nagyon sokan mások. Alapos összegzés nyújt többek között: Dalminé 1994, Csoba 2010, Török 2011 és mások].

Az elmúlt években az elemzésekben a munka társadalmának átalakulásához kapcsolódóan komoly viták bontakoztak ki, ám a munkaerőpiaci hátrányok terén megfigyelhető néhány alapvető változás tényében egyetértés mutatkozik<sup>6</sup>: ezek a munkanélküliség állandósulása és tartósabbá válása; a munkanélküliek összetételének megváltozása; a munka világának belső átalakulása, az atipikus, alacsony bérű munkaformák elterjedése; a különféle kirekesztő hatások felerősödése; valamint az értékek megváltozásának folyamata.

Mind az elméleti fejtegetések, mind a statisztikai adatok jelzik, hogy az elmúlt évtizedekben a munkanélküliek összetétele jelentősen megváltozott, ráadásul napjaink társadalmában a munkaerőpiac „kiszorító hatásainak” következtében – a korábban megszokott formában legalább is – a társadalom egyes csoportjai tartósan, a kritikai felvetésekben gyakorta: véglegesnek tűnően kirekesztődnek a munkaerőpiacról [lásd például: Csoba 2011, Forrester 1998 és sokan mások]. A kapcsolódó elemzések a tartós munkanélküliség kockázati tényezői között kiemelten említik a képzetlenséget, a földrajzi-térségi hátrányokat, valamint a kedvezőtlen egészségügyi állapotot is.<sup>7</sup>

A jóléti rendszerek igen gyengén és inadekváтан válaszoltak a gazdasági-munkaerőpiaci szerkezeti változásokra: a munkanélküliség növekedésének és a munkanélküliek összetételének változására a jóléti rendszerek kezdetben megpróbálták a hagyományos

<sup>6</sup> Bár a változások ténye széles körben elismert, ezek értelmezésében azonban már meglehetősen eltérnek a szerzők. Az egyik jelentősebb irányzat – mely az 1980-as években alakult ki – képviselői úgy vélik, hogy a munka szerepe mind az egyén, mind a társadalom életében csökken, „marginalizálódik” [lásd például: Bauman 1993, Dahrendorf 1994, Offe 2000, Beck 2003 és mások]. A másik – 1990-es években kialakult – irányzat „a munka változatlan mértékben, bár „másképpen” fennálló központi szerepéből indul ki, sőt, azt feltételezi, hogy a fizetett munka keretében végzett tevékenységek személyes fontossága inkább növekszik: a munka szubjektívizálódik, és növekvő mértékben az életvezetés központi tereként értelmeződik. (...) a foglalkozásszerű és a személyes tevékenységek bizonyos mértékű egymásba csúszását érzékeli.” [Török 2011: 80]

<sup>7</sup> Melyek mindegyike a teljes népességben megfigyelhetőnél jobban jellemzi a fogyatékos, megváltozott munkaképességű embereket.

(a jóléti államok kiépülésekor létrejött, a munkaképtelen emberekre célzó, számukra megélhetést biztosító) intézményes keretekkel és eszközökkel reagálni (így váltak például a rokkantnyugdíjak „munkaerő-piaci támogatási formákká”). Ennek következtében azonban ezek a „*jól működő rendszerek is meginogtak. (...) Hosszabb távon ugyanis a hagyományos jóléti ellátások<sup>8</sup> – eredeti funkcióiktól idegen „túlhasználata” nem csupán mennyiségben növelte kezelhetetlenné az ellátórendszert, a megoldandó szociális problémák körét, hanem a rendszerek belső logikáit és funkcionális összefüggéseit is erodálták, átláthatatlanná tették*” [Csoba – Krémer 2011:51].

A jóléti ellátórendszer mind növekvő fenntarthatatlansága és működésének „sikertelensége” nyomán „logikus fejlemény”, hogy az országok mind nagyobb hangsúlyt fektetnek a korábban „passzív” segélyezettek „aktivizálására” [lásd például: OECD 2010, 2012], amihez reményt és alapot adott nemcsak a foglalkoztatás bővülése, hanem ezen belül is, a „kisebb”, (rehabilitációs- és tranzit-jelleggel is működőképes) atipikus foglalkozások bővülése. Ám az „aktivizálási” politikák működtetésének módjaiban az egyes országok; értelmezésében, illetve megítélésében pedig a változásokról gondolkodó kutatók között vannak jelentős különbségek.<sup>9</sup>

E tekintetben a fogyatékos emberek aktivizálása sem kivétel. Míg 2003-as tanulmányában az OECD a fogyatékos emberekkel kapcsolatos politikák átfogó reformját sürgette (megjegyezve, hogy a munkaerő-piaci politikák és a szociálpolitika más területeinél talán még inkább szükséges a reform e területen), addig 2010-es tanulmányukban már arról számoltak be, hogy a különböző országok fogyatékosügyi politikáiban rendre egyre nagyobb teret nyer a foglalkoztatás-orientált megközelítés (a passzivitásra épülő megközelítéssel szemben).

Mindemellett alapvető kérdés, hogy mi lehet a célja ezeknek az aktivizálási törekvéseknek, hogy milyen és mennyire „vonzó” munka is az, amely *valójában* elérhető ennek a célcsoportnak.

A munka társadalmának átalakulásával foglalkozó elemzések a munkaformák, munkaszervezetek és üzemméretek, valamint a munka szerepének és értékének megváltozására is felhívják a figyelmet [lásd például: Krémer – Csoba 2011, Adler 2007, Domokos 2008, OECD 2010, és mások].

<sup>8</sup> Elsősorban a társadalombiztosítási ellátások, így a különböző nyugdíjrendszerek, beleértve a rokkantsági ellátásokat is.

<sup>9</sup> Az erről szóló viták bemutatása jelen dolgozatnak nem feladata.

Az elmúlt évek munkaerőpiaci trendjei meglehetősen fordulatossá tekinthetők. Az olajválságok nyomán az iparban foglalkoztatottak száma és ezzel együtt az „ipari társadalmak” foglalkoztatási szintje az 1990-es évek elejéig markánsan csökkent. Ebben az időszakban számos – mindmáig nagy hatású – elmélet a foglalkoztatás csökkenését tartós és megváltoztathatatlan tendenciának tekintette [lásd például: Offe 2000, Beck 2003 és sokan mások]. Azonban a várakozásokkal szemben az 1990-es évektől a 2007-2008-ban kitört válságig a fejlett országok foglalkoztatási mutatói lényegében folyamatosan javultak – amely javulás nem vagy csak kis mértékben érintette a szocializmus és a keleti blokk összeomlását máig nem teljesen kiheverő országokat, így Magyarországot, ahol az átmenet munkahelyvesztései után az alacsony foglalkoztatási szint stabilizálódott [Fazekas – Scharle 2012].

A fejlett országokban megfigyelhető munkahelybővülés – az áruterelő ipari és mezőgazdasági foglalkoztatottság tartós csökkenése mellett, az áruterelő ágak csökkenését meghaladó mértékben – a terciér, szolgáltatási szektorban zajlott le. A szolgáltatások munkaszervezeti és piaci sajátosságainak megfelelően az új munkahelyek jelentős arányban „rugalmas”, különféle részmunkaidős és atipikus foglalkoztatási formában keletkeztek.

Az új, illetve atipikus munkaformák, marginális munkavállalói pozíciók megítélése azonban igen szélsőséges<sup>10</sup>. Bár az elemzések egy része a munkaerőpiacok dinamizálásának, befogadóbbá tételének, és ilyen módon a tartós munkanélküliség csökkentésének egyik lehetséges eszközeként tekinti, a kutatások jelzik, hogy ezek a pozíciók valójában érdemben növelik a munkavállalók közötti társadalmi egyenlőtlenségeket is.

A kutatások azt jelzik, hogy a részmunkaidős, atipikus, rugalmas foglalkoztatás hatására a ledolgozott munkaórákban számolt munkamennyiség inkább stagnált, mint növekedett [Csoba – Krémer 2011]. Ez valóban jelezheti a munkaerőpiaci dinamikusabbá válását, azonban másfelől a részmunkaidőkre jutó bérek megnövelték az alacsony keresetű, a bérük mellett is szegény, vagy legalábbis bizonytalan státuszúvá váló „prekárius” réteg arányát. A fogyatékossgal élő, illetve megváltozott munkaképességű munkavállalók munkaerőpiaci lehetőségei szempontjából a piacok rugalmassá válásának hatása ugyancsak kérdéses: egyfelől a korábbinál több munkavállalási lehetőség is

<sup>10</sup> Amint azt dolgozatom későbbi részében kifejtem, a munkaerő-piaci pozíciót meghatározó szocio-demográfiai tényezők tekintetében a fogyatékos, illetve megváltozott munkaképességű emberek jellemzői általánosságban rendkívül kedvezőtlenek. A csekély dolgozó hányaduk jelentős része „alulfoglalkoztatott”, gyakori körükben az atipikus munkavégzés is.

megnyílhatott számukra<sup>11</sup>, másfelől viszont, az esetükben erőteljesebb hátránnyá lépett elő az iskolázottság hiánya, valamint a dinamikus munkaerőpiacok megközelíthetetlensége, távolsága. E körben így nemhogy alig javultak a foglalkoztatás feltételei, de a munkából való kimaradás is tartósabbá vált, a munkába történő visszatérés pedig egyre kisebb eséllyel, egyre rosszabb bérkilátásokkal vált csak lehetővé.

A jóléti kapitalizmus és a bérmunka társadalmához képest a közelmúlt jelentős változásaként értékelik az elemzések a munka értékének megváltozását is [Török 2011, Csoba 2011]. Mindamelllett, hogy a pénzkereső munka továbbra is a társadalmi státusz és megélhetés fő forrása maradt, a munka területe és az élet egyéb területei közötti határvonal egyre inkább elmosódik: így a munka egyre nagyobb szerepet játszik az egyéni identitásban és önmegvalósításban is. Ez a szubjektívalódási folyamat mind lehetetlenebbé teszi, hogy az egyén – és ez korábban különösen jellemző volt a munkásokra, főként a szakképzetlen munkásokra – pusztán azért várjon elismerést a környezetétől, mert a munkában teljesítette „kötelességét”.

*A méltánylás megszűnése elsősorban az újfajta munkaviszonyokban rejlő kettészakító tendenciákat erősítheti. A munkavállalók egy jól körülírható, némi leegyszerűsítéssel „hátrányos helyzetűnek” nevezhető része számára a munkához való tartalmi, szubjektívizált viszonyulás egyszerűen nem elérhető, pontosabban az ilyen típusú belső motivációra vonatkozó elvárás esetükben abszurd, irracionális. Miközben a kollektív védelmek és garanciák leépülése és a személyes befektetés fokozódó követelménye (röviden: a bérmunka társadalmának megrendülése) miatt megélhetés és státusz tekintetében már egyébként is bizonytalanabb helyzetbe kerültek, az elismerési viszonyok átformálódása most a harmadik oldalról, az identitás szempontjából is megnehezíti számukra a helyzetet. A kötelességalapú munkaetika eltűnésével számukra nem marad más, mint a megélhetés kényszerén alapuló, csupasz instrumentális viszonyulás a munkához. Ez nem csak hogy nem segíti a karriert és a hatékony munkavégzést, de immár nem is tarthat számot a társadalmi környezet elismerésére, ami deficiteket eredményez az identitásképzés terén, és ezzel természetesen súlyos frusztrációkat hozhat létre az érintett csoportokban.” [Török 2011: 140-141]*

---

<sup>11</sup> Azok, akik korábban állapotuk miatt teljes munkaidőben képtelenek voltak állást és munkát találni, a bővülő rugalmas és részmunkaidős nyílt piacokon megkülönböztetés nélkül, már egyenrangú piaci résztvevőként válhattak képessé munkát vállalni.

A rokkantellátásba való bejutás intézményrendszerének változásai Magyarországon is követték a korábban röviden felvázolt folyamatokat.<sup>12</sup>

A szakirodalomban széles körben közismert, hogy a rokkantnyugdíjazásba való beáramlás rendszerváltást követő magyarországi növekedésének hátterében is a munkanélküliséget és a társadalmi elégedetlenséges csökkenteni igyekvő racionális politikai és stratégiai okok álltak [lásd bővebben: Gere 2001, Vanhuysse 2004]. A rokkantnyugdíjazás szabályaiban 1998-ban bekövetkezett változások azonban már formálisan is megszüntették a rokkantellátásra való végleges jogosultságot, a 2008-as reformok pedig kimondottan célul tűzték ki a foglalkoztatási esélyek növekedését [Scharle 2008]. A foglalkoztatási esélyek kérdése azonban – a hazai munkaerőpiaci politikák más területeihez hasonlóan – a fogyatékkal kapcsolatos politikákban is „féloldalasan alakult”: a beavatkozások alapvetően a munkavállalói, a keresleti oldal befolyásolására irányultak és csak kisebb súllyal igyekeztek a munkaadói oldalon is elősegíteni a magasabb arányú foglalkoztatást. Ebben a szellemben 2008-tól egy új komplex minősítési rendszert<sup>13</sup> vezettek be, amely (elveiben legalábbis) jobban illeszkedik a fogyatékos társadalmi modelljéhez:

- a minősítési rendszer nem az egyén elveszett, hanem megmaradt, fejlesztendő képességeire koncentrált;
- a középpontba nem a károsodás, hanem a szakmai munkaképesség és a rehabilitációs, foglalkoztathatósági esélyek kerültek;
- a szakértői vélemény figyelembe veszi azokat a személyes és társadalmi körülményeket, amelyek az egyén munkaerő-piaci integrációját alapvetően meghatározzák (úgy a képzettségét, életviszonyait, mint azt, hogy lakóhelyén rendelkezésre állnak-e a foglalkozási rehabilitáció intézményei);
- a minősítésben – a tényezők sokoldalú vizsgálata okán – nem csak orvosok, hanem foglalkozási, szociális és más szakértők is részt vesznek.

<sup>12</sup> A fogyatékos emberek ellátási formáinak változásai leginkább az Európai Unió fejlettebb tagországaiban történő és a tagországok ellátási rendszereiben beálló változásokat követték: kevésbé alkalmazkodva a hazai sajátosságokhoz. (Így például alig vették figyelembe azt, hogy a hazai munkaerőpiac továbbra is rugalmatlan maradt, az atipikus foglalkoztatás mértéke és aránya messze alatta maradt annak a nyugatias bővülésnek, amely a fogyatékos emberek által betölthető álláshelyek gyarapodását is eredményezte.)

Az ellátások munkaerő-piaci részvételt ösztönző, illetve ellenőztönző hatásairól bővebben írok a dolgozatomban következő fejezeteiben. Mindazonáltal a rendszer működésének bővebb elemzése jelen dolgozatnak ugyancsak nem feladata – az külön doktori dolgozat témája lehetne.

<sup>13</sup> Lásd bővebben: <http://nrszh.kormany.hu/komplex-minosites-vo>

2011-ben fogadták el a rokkantsági nyugdíjrendszer átalakításához kapcsolódó új intézmény- és ellátásrendszer koncepcióját, melynek egyes elemei 2012-ben (megváltozott munkaképességű személyek új ellátási rendszere, új komplex minősítési rendszer, a kapcsolódó intézményrendszer változásai), más elemei 2013-ban kerültek bevezetésre (új, egységes, egyszintű akkreditációs rendszer)<sup>14</sup>.

Az átalakított ellátórendszernek fontos eleme, hogy a komplex minősítés során (elvileg) mind az egészségügyi állapot rehabilitálhatóságát, mind azt értékelik, hogy a munkaerőpiaci reintegrációt befolyásoló személyes és környezetének jellemzői alapján, foglalkozási rehabilitációval mennyire reális az egyén munkaerőpiaci visszatérése<sup>15</sup>. A rehabilitálhatónak minősített személyek maximum 3 évig kapnak rehabilitációs járadékot, amely a rehabilitáció (vélt) időszakát követően megszűnik: ennyi ideje áll tehát rendelkezésre az érintetteknek, hogy felkészüljenek a nyílt munkaerőpiaci részvételre.

A rokkantsági ellátásban részesülők száma, ahogy Magyarországon, úgy más országokban sem állandó: 1990 és 2008 között az országok egy csoportjában (így például Norvégiában, Svédországban, az Egyesült Államokban) jelentősen növekedett, egy másik csoportban (így például Finnországban, vagy Németországban, vagy az ekkoriban érdemi szakpolitikai reformot bevezető Hollandiában, Lengyelországban, Portugáliában) jelentősen csökkent. Néhány országban kismértékű növekedés (például Belgium, Írország, Korea, Spanyolország), vagy stagnálás (például Ausztria, Dánia, Kanada) volt megfigyelhető [OECD 2010]. Az elmúlt 5-7 évben Svédországhoz, Nagy-Britanniához, vagy Csehországhoz hasonlóan Magyarországon is jelentős csökkenés következett be e tekintetben: hazánkban az új minősítési rendszer bevezetését megelőző év végén (2011 decemberében) 474 929 fő, első évének végén (2012 decemberében) 445 157 fő, legjelentősebb részben aktív korú ember kapott egészségkárosodása okán pénzbeli ellátást: ez az érték az aktív korú népesség 7,16%-át teszi ki. A kormányzati

<sup>14</sup> Jelen dolgozatban nem fejtem ki részletesen az új minősítési rendszer elemeit részletesen. A rendszerről bővebben itt olvashatók információk: <http://nrszh.kormany.hu/komplex-minosites-vo>

<sup>15</sup> A komplex minősítés kategóriái: „A”: **rehabilitáció nélkül foglalkoztatható** (60% feletti egészségi állapot); „B1”: foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható (50-60% közötti egészségi állapot); „B2”: egészségi állapota alapján rehabilitálható, azonban a külön jogszabályban meghatározott egyéb körülményei miatt nem foglalkoztatható, foglalkozási **rehabilitációja nem javasolt** (50-60% közötti egészségi állapot); „C1”: **tartós foglalkoztatási rehabilitációt igénylő személy** (30-50% közötti egészségi állapot); „C2”: egészségi állapota alapján tartós rehabilitációt igényel, azonban a külön jogszabályban meghatározott egyéb körülményei miatt nem foglalkoztatható, foglalkozási **rehabilitációja nem javasolt** (30-50% közötti egészségi állapot); „D”: **csak folyamatos támogatással foglalkoztatható** megváltozott munkaképességű munkavállaló (30% alatti egészségi állapot); „E”: **egészségkárosodása jelentős, önállósra részben vagy egyáltalán nem képes**.

tervek szerint közülük mintegy 120 000 rokkantellátásban résztvevő ember foglalkozási rehabilitációjának és nyílt munkaerő-piaci integrációjának kellene megvalósulni az elkövetkezendő időszakban.

#### **1. 4. Módszertani források**

Jelen dolgozatom empirikus bázisának kiválasztásakor olyan adatbázisok, illetve adatfelvételek alkalmazása között mérlegeltem, melyek kisebb-nagyobb mértékben érintik a fogyatékos és/vagy az egészségkárosodás és/vagy a megváltozott munkaképesség kérdésköreit. E szempontból az elvileg választható adatfelvételeknek a következők bizonyultak:

- Munkaerő-felmérés (MEF, LFS) (Eurostat / KSH)
- EU SILC (Eurostat / KSH)
- Európai Lakossági Egészségfelmérés (EHIS) (Eurostat / KSH)
- TÁRS- (Európai egészség és társadalmi részvétel) felmérés (ESHSI) (Eurostat / KSH)
- Életünk fordulópontjai (KSH NKI)
- Háztartás Monitor (TÁRKI)
- NCSSZI-TÁRKI „C”, illetve „D” kutatás az akadályozott és megváltozott munkaképességű emberek körében

A döntés legfontosabb szempontjának az adatfelvételekben alkalmazott definíció (vagyis a mérés által körülírható célcsoport) bizonyult. A kutatási kérdéseimből következően fontos volt, hogy az adatbázisból leválogatható legyen a fogyatékos (akadályozott) csoport, ráadásul úgy, hogy a meghatározás (vagyis a leválogatást lehetővé tevő kérdőív kérdés) a napjainkban legszélesebb körben elfogadott ENSZ-definícióhoz illeszkedjen. Ugyancsak alapvető fontosságúnak bizonyult, hogy elkülöníthető legyen az „intézményes címkével” rendelkező egészségkárosodott, illetve rokkantellátásban résztvevő csoport is.

Mivel dolgozatomban a munkaerő-piaci reintegrációt – mint a társadalmi részvétel egyik legfontosabb terepét – vizsgálom, így a választott adatbázissal kapcsolatosan az is elvárásom volt, hogy minél bővebb információkat biztosítson a munkaerő-piaci részvétel kérdéseiről. Volt olyan kutatás, melynek alkalmazását azért kellett kizárnom, mert a rokkantellátott csoportban egyáltalán nem mért munkaerő-piaci részvételre vonatkozó adatokat – ezeket a kategóriákat egymást kizárónak, a rokkantellátottakat egyértelműen inaktívnak feltételezte (ilyen például a MEF).

Nyilvánvaló, hogy a megfelelő elemzéshez az is szükséges, hogy ezek a leválogatott csoportok megfelelően nagyok legyenek, ahhoz hogy érdemi elemzéseket tudjak végezni rajtuk (ezen okból zártam ki a TÁRKI Háztartás Monitorát a lehetséges adatbázisok köréből).

Erősebb kiválasztási szempontnak a második bizonyult. Magyarországon nagyon korlátozottak és „áttételesek” a kimondottan az „intézményes címkével rendelkező” egészségkárosodott, illetve rokkantellátott emberekről elérhető (munkaerő-piaci) információk. Ennek egyik legfontosabb oka feltételezhetően az adathiány: a rokkantossággal foglalkozó adminisztratív adatbázisok tényleg „adminisztratív” jellegűek, kutatások számára „nem nyitottak”. Így az sem tudható pontosan, hogy a munkaerő-piaci részvételre vonatkozóan milyen személyes adatokat gyűjtenek a rokkantellátás igénylésekor, az azonban biztos, hogy ezek az adatok az esetleges változásokkal (pl. elhelyezkedéssel) nem frissülnek, hacsak ez nem járt az ellátás megváltozásával. Mindemellett a rokkantellátottak személyes adatait tartalmazó adatbázisokat az aktivitásról információkat biztosító adatbázisokkal (pl. TB) ez idáig nem kapcsolták össze. Az NCSSZI-TÁRKI jelen dolgozatban is feldolgozott kutatását megelőzően nem készült kimondottan az egészségkárosodott, illetve rokkantellátott emberek munkaerő-piaci részvételére irányuló kvantitatív vizsgálat sem, amelyet amúgy is nehezített volna, hogy nincs az érintettekről a véletlen adatfelvételi eljárást lehetővé tevő, kutatás számára elérhető „lista”. A nemzetközi mérések (pl. EU SILC, MEF) ez irányú feldolgozását pedig gátolhatja az a gyakorlat is, amely szerint a kutatók a nemzetközi mérések hazai adatfelvételeinek elemzésekor – illeszkedve a nemzetközi folyamatokhoz – sokkal inkább az önmagukat megváltozott munkaképességű embernek tartók, és nem az arról papírral rendelkező ellátottak munkaerő-piaci részvételével foglalkoznak (lásd például: KSH 2012). Tekintve azonban, hogy Magyarországon az ellátottak és az önmagukat megváltozott munkaképességű embernek tartó személyek jellemzői érdemben eltérőek (lásd erről: Nagy – Prókai 2013), a rokkantellátásban résztvevő emberek tulajdonságainak és helyzetének külön megismerése alapvető fontosságú.

Az NCSSZI és a TÁRKI kutatóival<sup>16</sup> 2010 végén – vagyis a magyarországi rokkantellátás új minősítési rendszerének bevezetését közvetlenül megelőzően, amolyan „bemeneti mérés-ként” – végeztünk empirikus adatfelvételeket akadályozott, valamint

---

<sup>16</sup> A kutatásban vezető módszertani szakértőként dolgoztam.



egészségkárosodott, vagyis a károsodásáról hivatalos határozattal rendelkező, vagy azzal korábban rendelkezett ember véletlen mintáján a TÁMOP 5.4.1/08/1-2009-0002-es számú kiemelt program keretében [a kutatás módszertanáról lásd bővebben: Nagy – Pál – Ottucsák 2011, illetve Tátrai – Bernát – Gábos – Hajdú 2011]. A kutatások során a válaszadókat többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással választottuk ki úgy, hogy a felkeresett háztartásokban a kérdezőbiztosok ún. szűrőkérdőívek alkalmazásával döntötték el, hogy a háztartás valamelyik tagja beletartozik-e a kutatás során vizsgált célcsoportba. A kutatások adatai – a mintavétel jellegéből következően, a mintavételi és nem mintavételi hibák figyelembevételével – alkalmasak arra, hogy a vizsgált csoport egészére általánosítsuk azokat.

Az ún. „C” kutatás célcsoportját az akadályozott emberek képezték, vagyis azok, akik önmaguk úgy ítélték meg, hogy van olyan testi vagy pszichés problémájuk, amely hosszú ideje – legalább 6 hónapja – fennáll és akadályozza őket mindennapi tevékenységeik és feladataik ellátásában. E csoport meghatározása szorosan illeszkedik A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény szemléletéhez, vagyis a fogyatékossg napjainkban legszélesebb körben elfogadott definíciójához.

A „D” kutatás célcsoportját az egészségkárosodott / megváltozott munkaképességű emberek alkották, vagyis azok, akik rendelkeznek / rendelkeztek orvosszakértői bizottság által kiadott, munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal. Tehát ez esetben a külső megítélést (az orvosszakértői minősítést) tekinthető a kutatás kiindulópontjának.

A válaszadók kiválasztása és felkeresése két külön adatfelvételi folyamatban történt. Mindkét esetben a magánháztartásokban élő, 18–62 éves emberek közül kerültek ki a válaszadók: a „C” kutatás esetében azonban a lehetséges bekerülők körét a teljes 18–62 éves népesség, míg a „D” kutatás esetében az orvosszakértői bizottság hivatalos minősítésével rendelkező egészségkárosodott emberek alkották.

A kutatások eredményeinek összehasonlíthatósága érdekében fontosnak tartottuk, hogy a két adatfelvétel – bár egymástól teljesen elkülönült mintán, de mégis – összehangoltan történjen. Ezért megegyeztek a kutatásokban alkalmazott kérdőívek (a bekerülést meghatározó ún. szűrőkérdőív kérdéseitől eltekintve), és az adatfelvételek azonos időben, ámde más-más helyszíneken zajlottak. A mintavételi folyamat során felkeresett háztartásokban a kérdezőbiztosok ún. szűrőkérdőívek segítségével döntötték el, hogy a háztartás valamelyik tagja alkalmas-e a kutatásokban való részvételre, vagyis beletartozik-e az általunk vizsgálni kívánt csoportokba.

A „C” kutatás esetében a szűrőkérdések kialakítása során leginkább a kanadai statisztikai hivatal (Statistics Canada é.n.) által a PALS 2006 (Participation and Activity Limitation Survey, 2006) adatfelvételében használt technikát vettük alapul. Mindemellett ezek illeszkednek a nagyobb nemzetközi mérésekben (EU SILC, ESS, stb.) alkalmazott, a fogyatékossgát mérő kérdésekhez is. Így a „C” kutatás esetében a mintába az a személy került, aki *„igen, jelentősen”* vagy *„igen, valamelyest”* választ adott a következőre: *„Van-e Önnek olyan testi vagy pszichés problémája, amely akadályozza mindennapi tevékenységeinek, feladatainak ellátásában és legalább 6 hónapja fennáll?”*. A szűrőkérdőívben a társadalmi részvételre vonatkozóan is gyűjtöttünk információt: a lehetséges válaszadókat arról kérdeztük, hogy *„más emberekkel, intézményekkel való kapcsolattartásában akadályozza-e Önt valamilyen legalább 6 hónapja fennálló testi vagy pszichés problémája?”*.

A „D” kutatás esetében a felkeresett háztartásokban olyan embereket kerestünk, akik rendelkeznek *„orvosszakértői bizottság által meghatározott munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal”*.

Ilyen módon a „C” kutatás esetében 19 410 háztartás felkeresése nyomán 2049 kérdőív, a „D” kutatás esetében 18 419 háztartás felkeresésével 2053 kérdőív készült el.

A fogyatékossggal élő emberekről szóló kutatások tekintetében fontos kérdés, hogy megvalósul-e az emancipatív (néhány szerző esetében: participatív) kutatásfelfogás alapvető eszméje, vagyis az, hogy az érintettek – több szinten is – aktív résztvevői-e a kutatási folyamatnak. Ehhez az elvhez ez a kutatás több ponton is illeszkedett: egyrészt eredményei érdemben hozzájárulhatnak az akadályozott, illetve az egészségkárosodott emberek helyzetének jobb megismeréséhez és ezáltal – közvetve – segíthetik életminőségük javulását. Másrészt a szakmai előkészítés során törekedtünk arra, hogy a tudományos és a szakpolitikai területek e témával foglalkozó munkatársainak, valamint az érdekképviselői szervek képviselőinek véleményét egyaránt beépíthessük munkánkba.

Mindemellett fontosnak tartottuk, hogy az adatfelvétel során – ha mód nyílik rá – közvetlenül az érintettek véleményét kérdezzük meg. Természetesen e tekintetben figyelembe kellett vennünk a vizsgálat és a mérőeszköz természetéből, valamint a kérdezési folyamat szereplőiből egyaránt fakadó korlátokat. A gyakorlatban – azon túl, hogy a kérdezőbiztos kollégákat igyekeztünk arra biztatni, hogy amikor csak lehetséges, akkor a fogyatékos embereket kérdezzék –, a kérdőívben minden esetben jelöltettük,

hogy az adott kérdésblokk megválaszolásában ki (a mintába került személy / más háztartástag / nem a háztartásban élő személy) vett-e részt.

A kutatások főbb témaköreit az alapvető – a célcsoportok élethelyzetének, jellemzőinek, igényeinek feltárására irányuló – kérdésfelvetésünknek megfelelően alakítottuk ki. Így az adatfelvételek nyomán ismeretekkel rendelkezünk a két célcsoportba tartozó személyek jellemzőiről a következő területeken:

- élettörténet (alapvető demográfiai adatok, a szülők végzettsége és utolsó aktivitása, a válaszadók végzettsége és szakképzettségei, a bentlakásos intézményekben szerzett tapasztalatok, cselekvőképesség, vallásosság, etnikum);
- egészségügyi állapot (az egészségügyi állapot szubjektív megítélése, az egészségkárosodás típusa, mértéke, funkcionális korlátozottság, hátrány, orvosszakértői bizottsági véleménnyel való rendelkezés, segítség, segédeszközök, orvosi ellátás igénybevétele, költségek);
- a „fogyatékossgal élő emberrel” kapcsolatos asszociációk és a fogyatékosidentitás;
- a munka világa (gazdasági aktivitás és inaktivitás, a munkahely típusa, jellemzői, jövedelem, a munkavállalást segítő tényezők, illetve a korlátok);
- szociális ellátások (pénzbeli és intézményes ellátások igénybevétele és az ezekkel kapcsolatos igények);
- jelenlegi élethelyzet (családi állapot, baráti kapcsolatok, a kapcsolattartás módja, gyakorisága, az internet használata, társadalmi szervezetekben való részvétel, politikai aktivitás, az étellel való elégedettség, kontroll, bizalom, hátrányos megkülönböztetés);
- a háztartás jellemzői (a háztartás összetétele, a háztartástagok alapvető szocio-demográfiai jellemzői, a lakás jellemzői, tartós fogyasztási cikkekkel való rendelkezés, a háztartás bevételei, jövedelmei és azok összetétele, kiadások, tartozások és nehézségek, a jövőre vonatkozó várakozások).

A két adatfelvétel adatai nemcsak az érintett témák tekintetében sokszínűek: véleményünk szerint az elemzési lehetőségek nagyon széles körét rejtik magukban a tekintetben is, hogy melyik (al)csoportokkal kapcsolatosan szeretnénk információkhoz jutni.

Az NCSSZI-TÁRKI adatfelvételeinek dolgozatomban alapvető empirikus bázisául történő választása két fontos „lemondással” járt. Egyrészt a vizsgálat keresztmetszeti

jellegéből következik, hogy némely kérdésfelvetés esetében az adatok nem alkalmasak ok-okozati összefüggések megmutatására, azokból legfeljebb csak „együttjárásokra” lehet következtetni. Minden olyan kérdésfelvetés esetében igaz ez, amelyek a múlttra vonatkoznak, és a lehetséges magyarázó tényezők egyéni jellegzetességei – akár éppen a történés eredményeként – az eltelt idő alatt megváltozhattak. Az ebből eredő korlátokra az érintett elemzésekkor felhívom a figyelmet.

Másrészről, mivel az adatfelvételek a célcsoport tagjainak személyes megkérdezésén alapultak, csak nagyon korlátozottan alkalmasak a tágabb környezet (a kontextuális tényezők) vizsgálatára: mindössze néhány a munkaerő-piacról információt rejtő kontextuális változó elemzésbe történő bevonása volt lehetséges. Így, a többi szereplő „mégmérése” hiányában ezek az elemzések is adósok maradtak a tágabb környezet munkaerő-piaci jelenlétét és visszatérést befolyásoló hatásának alapos feltérképezésével: ez a – nagyon fontos – feladat mindenképpen további kutatásokat igényel.

Az NCSSZI-TÁRKI adatfelvételeinek alkalmazása mellett dolgozatomban felhasználtam a Helyzetelemzés az „Átvezetés” módszertanához elnevezésű kutatásból származó kutatási adatokat és eredményeimet is<sup>17</sup>. A kutatás a Revita Alapítvány szakmai műhelyében, a szombathelyi Regionális Szociális Forrásközpont megbízásából készült, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. által irányított "Rehabilitáció - Érték - Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram" (TÁMOP-5.3.8-11/A1-2012-0001) keretében [bővebben: Nagy et al. 2013a].

A kutatásban adatbázis elemzést, illetve másodelemzést (is) végeztem, melyeket jelen dolgozatban is bemutatam, a következő források felhasználásával:

- A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) statisztikai adatközlései, melyek a szervezet honlapján, illetve a 2012-es Statisztikai évkönyvben elérhetőek<sup>18</sup>.
- Az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) statisztikai adatközlései, melyek a szervezet honlapján elérhetőek.

<sup>17</sup> A kutatási programban kutatásvezetőként vettem részt.

<sup>18</sup> Ezúton is szeretném megköszönni az NRSZH munkatársainak, Horváth Anikó Katalinnak, Széll Imrének és Dr. Vincze Imrének, valamint vezetőjének, Dr. Pósfai Gábornak a segítségét!

- Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központjának statisztikai adatközlései, melyeket a rendelkezésünkre bocsátottak<sup>19</sup>.

Dolgozatomba az Helyzetelemzés az „Átvezetés” módszertanához adataiból kvalitatív kutatási eredményeket is beépítettem: így szakpolitikai szakértői interjúkat, valamint helyszíni vizsgálatokból származó eredményeket. A helyszíni vizsgálatok (4 helyszínen: Budapesten, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Hajdú-Bihar megyében, illetve Baranya megyében) keretében valamennyi helyszínen félig strukturált interjúk készültek:

- akkreditált foglalkoztató szervezetek vezetőjével, illetve humánerőforrás-vezetőjével;
- az akkreditált foglalkoztatónál dolgozó rehabilitációs mentorral, illetve rehabilitációs tanácsadóval;
- az akkreditált foglalkoztatóval együttműködési megállapodást kötött munkaerőpiaci szolgáltató vezetőjével, illetve szakemberével,
- valamint fókuszcsoporthoz interjú készült az akkreditált foglalkoztatónál alkalmazásban álló (jellemzően: rehabilitálható) munkavállalókkal.

Jelen dolgozatomban ugyancsak felhasználtam a HÉTFA Kutatóintézet által, a Revita Alapítvány együttműködésében a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízásából a „Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése” című értékelésben készített online kérdőíves vizsgálat adatbázisát, mely 665 nonprofit szervezetet tartalmazza [az értékelés zárótanulmánya: Mike et al. 2013]<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Ezúton is szeretnék megköszönni Kemény Annamária és Borsos József igazgató úr segítségét!

<sup>20</sup> A kutatási programban vezető módszertani szakértőként és kutatóként vettem részt.

## 2. A fogyatékoság és megváltozott munkaképesség értelmezései – a függőség mítosza<sup>21</sup>

Jelen fejezetben célom, hogy megvilágítsam azon tényezőket és mechanizmusokat, amelyek nagyban befolyásolják és kijelölik a fogyatékos / megváltozott munkaképességű emberek társadalmi helyzetét és (akár: munkaerő-piaci reintegrációjuk) lehetőségeinek kereteit. Kiemelten foglalkozom a fogyatékosághoz és megváltozott munkaképességhez kapcsolódó társadalmi működéseket alapvetően legitimáló mítosznak, a függőségi mítosznak elméleti előzményeken, eredményeken keresztül történő bemutatásával. A kapcsolódó elméleti eredményeket az un. társadalmi dominancia elméletének gondolati keretére fűztem fel.

### 2. 1. A társadalmi dominancia elmélete

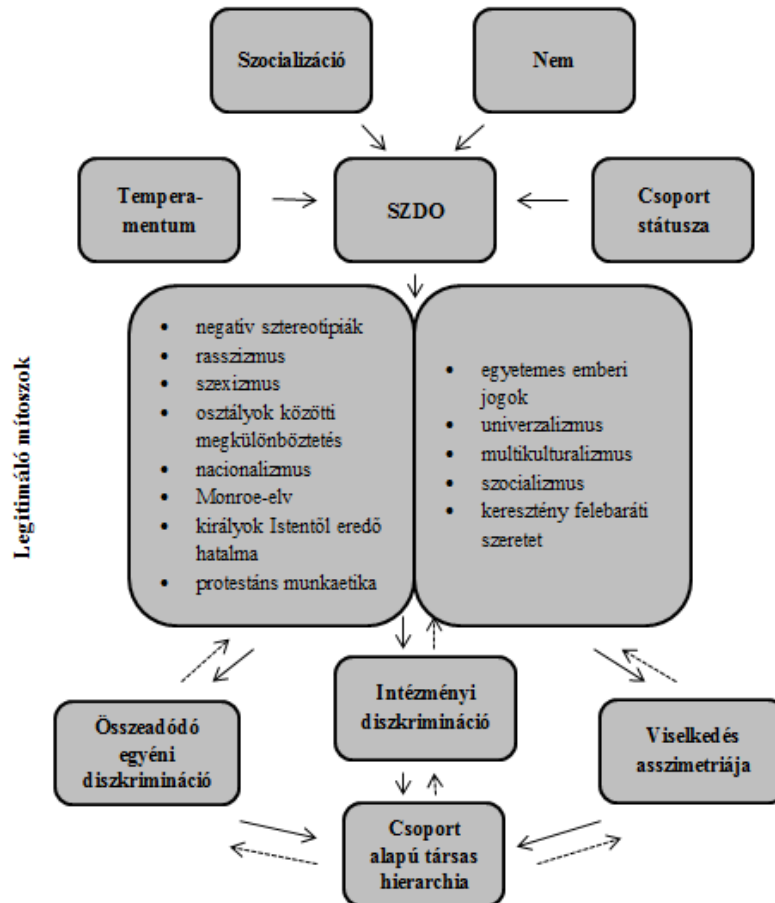
A társadalmi dominancia komplex elmélete „*a csoportközi viszonyoknak ma egyik legismertebb, érdeklődést és vitát provokáló elmélete*” [Hunyadi 2005: 31], amely a szerzők meghatározása szerint „*nevezhető az egyén személyiségét és attitűdjeit, valamint az intézményi viselkedést és társadalmi struktúrákat összekapcsoló, interdiszciplináris megközelítés elméletének. Az SZDE, tehát az elemzés különböző szintjeit egyesítő, koherens elméleti keret*” [Sidanius – Pratto 2005: 84]. Sidanius és Pratto komplex elméletükben elsősorban arra keresnek választ, hogy a különböző szinteken belüli, illetve a szintek közötti folyamatok, interakciók hogyan tartják fenn a társadalomban a csoport alapú hierarchiákat, illetve, hogy ezek a már kialakult hierarchiák hogyan hatnak vissza az őket felépítő folyamatokra. Elméletük sematikus összefoglalását az 1. ábra adja.

A szerzők úgy vélik, hogy a csoportalapú társadalmi hierarchiákat három alapvető, egymásra ható folyamat működteti: az összeadódó egyéni diszkrimináció (a hétköznapi látványos és nem látványos személyközi diszkriminatív viselkedések), az összeadódó intézményi diszkrimináció (a társadalom magán- vagy közintézményeinek olyan szabályrendszerei, működési sajátosságai, jellemzői, amelyek a fennálló hierarchia mentén egyenlőtlenül osztják el a társadalmi értékeket), valamint a viselkedés asszimetriája (a hierarchia különböző szintjein lévő csoportok eltérő viselkedési repertoárral rendelkeznek, melyek hozzájárulnak a hierarchia fenntartásához, illetve

<sup>2121</sup> A dolgozat jelen fejezetének bizonyos részei megjelentek: Nagy, Z. É. – Köncei, Gy. – Hernádi I. [2009]: A fogyatékoságtudomány útjai kettős történeti keretben, avagy első, kísérleti metszet a fogyatékoságtudományról. Fogyatékoság és társadalom 1 (1), pp. 93-108.

folyamatosan megerősítést is nyernek az által). A legitimáló mítoszok szabályozzák e folyamatok hatásait: az egyének annak függvényében fogadják el ezeket kisebb-nagyobb mértékben, amennyire elfogadhatónak tartják és támogatják a társadalmi csoportok hierarchikus elrendeződését (ezt jelölik szociális dominancia orientációként a szerzők).

### 1. ábra A társadalmi dominancia modelljének sematikus összefoglalása (2005)



Saját készítés, forrás: Sidanius – Pratto 2005: 96.

### 2. 2. A fogyatékoság és megváltozott munkaképesség társadalmi konstrukciója és a függőség mítosza

A társadalmi dominancia elméletében a szerzők a csoportok hierarchiájának három rendszerét említik: az életkori, a nemi, valamint az önkényes kialakított csoportok közötti hierarchikus rendszereket.

A fogyatékoságról szóló elméleti irodalmak – gyakorlatilag a strukturális/funkcionális szerepelmélet [Parsons 1951 és mások], a társadalmi problémák elméletének [az un. „címkézés-elmélet”, lásd: Fuller – Myers 1941, Becker 1963, és mások], valamint a társadalmi konstrukció elméletének [Berger – Luckman 1966 és mások] megjelenése óta – felhívják a figyelmet a fogyatékoság társadalmilag konstruált (vagyis: önkényesen kialakított) jellegére. A társadalmilag konstruált csoportok olyan sztereotípiákon nyugszanak, amelyeket a *„politika, a kultúra, a szocializáció, a történelem, a média, az irodalom, a vallás és a társadalmi élet más területei”* [Schneider – Ingram 1993: 335] hoznak létre: a társadalmi környezet interakcióiban fejlődnek [Jenkins 2000, Boghossian 2001, és sokan mások]. Ezek egyrészt a csoport olyan (feltételezett) közös jellemzőjén alapulnak, amely más emberek jellemzőitől eltérőként lettek azonosítva, másrészt feltételezett tulajdonságokon, amelyek a társadalmi érintkezésben a viselkedésre vonatkozó elvárássá is alakulnak.

Az un. legitimáló mítoszok a (konstruált) társadalmi csoportok hierarchiájának fenntartásában játszanak fontos szerepet – *„olyan attitűdöket, értékeket, hiedelmeket, sztereotípiákat és ideológiákat magukba foglaló gondolatrendszerek, melyek a társas értékek egyenlőtlen elosztásának gyakorlatát igyekeznek erkölcsileg és intellektuálisan igazolni”* [Sidanius – Pratto 2005: 102].

Dolgozatom jelen fejezetében a fogyatékoság – és ennek a foglalkoztatással, munkaerőpiaci részvétellel kapcsolatos területeken megjelenő fogalma, a megváltozott munkaképesség – társadalmilag konstruált jellege mellett érvelek<sup>22</sup>. Az érvelés során kiemelem azt a mítoszt – a függőség mítoszáét – amelyről úgy vélem, hogy alapvetően befolyásolja az érintett emberek társadalmi interakciókban és működésekben, struktúrákban való mozgását, „életlehetőségeit”: mind a szűkebb és tágabb személyes és intézményi környezet viszonyulásainak, mind az érintettek érzékelt egyéni lehetőségeinek és viselkedéseinek befolyásolása által.

A fogyatékoságról szóló tudományos gondolkodás kezdeti lépései összekapcsolódtak a betegség társadalomtudományos értelmezésével [bővebben: Conrad – Baker 2010, Brown 1995]. Az elméleti megközelítések közös pontja, hogy mind a betegség, mind a fogyatékoság – mint „probléma” – nem adott, hanem egy társadalmi kontextushoz

---

<sup>22</sup> Jelen dolgozatomban a társadalmi kategorizáció folyamatának, és ezzel párhuzamosan az egyéni identitás alakulásának folyamata kapcsán elsősorban a szociológiai, illetve fogyatékoságtudományi irodalmakra hagyatkoztam, és ezen belül is kimondottan azokra, melyek a fogyatékoság, illetve megváltozott munkaképesség témakörét érintették. A téma szociálpszichológiai irodalma könyvtárnyi: ezek bemutatása szétfeszítené a jelen dolgozat kereteit.



köthető: ezen kategóriák alkalmazása a társadalmi kontroll része, közelebből annak „meghatározása”, hogy az érintett embereknek „hogyan kellene viselkedniük”.

A strukturalista / funkcionalista szerepelmélet – melynek alapvető elgondolása, hogy az egyének a társadalmi rend fenntartása érdekében rájuk kényszerített, majd magukévá tett, bensővé vált normatív erejű elvárások által kijelölt forgatókönyvek szerint „játsszák” saját szerepüket a társadalmi hierarchiában [Váriné 1994] – képviselője, Talcott Parsons, 1951-ben *The Social System* című munkájában írt először a betegszerepről. Parsons szerint az érintett ember nem az egészségi állapota szerint „beteg”, hanem attól, hogy elfogadja azokat az intézményes mechanizmusokat és játékszabályokat, amelyeket egy betegnek követnie kell. A betegszereppel kapcsolatos intézményes szerepelvárásokat és viselkedésmintákat a következőkben foglalta össze Parsons: a betegállapot legitim vagy legalább félig legitim - a beteg fel van mentve a szociális kötelezettségek alól; segítségre, gondozásra szorul; a szerephez tartozik egy az ideiglenességet hangsúlyozó belső és külső elvárás, miszerint a betegnek meg kell gyógyulnia; a szerep megkívánja a gyógyító segítséget és a szereplők között kooperációt.

A fogyatékossgal élő emberek képtelenek eleget tenni a betegszerep harmadik, gyógyulásra vonatkozó kívánalmának - mindemellet gyakran (állapotuk stabilizálódása után is) jellemző marad rájuk a betegszerepnek megfelelő passzív élet- és viselkedésmód. Ennek felismerése nyomán született meg Gerald Gordon *Szerepelmélet és betegség* című műve [1966] (*Role Theory and Illness: A Sociological Perspective*). Az ő munkáját követte M. Siegler és H. Osmond. (Ők még mindannyian „károsodottszeréről” (impaired role) beszéltek, a „fogyatékos szerep” (disabled role) később került a szakmai köztudatba).

A szimbolikus interakcionista a társadalmi hierarchia mentén kijelölt szerepek vizsgálata helyett a személyek közötti kommunikációs hálók mentén kialakuló szerepek dinamikusabb elemzését végezték. Erving Goffmannak, a szimbolikus interakcionista iskola meghatározó alakjának munkásságában a „*hétköznapi élet dramaturgiája foglalta el a központi helyet*” [László 1981: 745]. Goffman a szerepelméleten túlmutató, igen jó magyarázóerővel és tanulságokkal bíró értelmezést vezetett be a „többségben nem kívánatos, mások szemében gyakran kifejezetten diszkreditáló élethelyzet jellemzésére” 1963-ban *Stigma és Szociális identitás* című tanulmányában: ez a stigma. A mű a fogyatékossgot mint a stigma egy tipikus esetét kezeli.

Goffman a személyek kategorizálására szolgáló eljárás mechanizmusát a következőképpen írja le: ha ismeretlen tűnik fel, anticipáljuk kategóriáját és sajátosságait, azaz szociális státuszát. A rendelkezésre álló anticipációkra hagyatkozva azután az egyénnel szembeni normatív elvárásokat, követelményeket fogalmazzunk meg. Ezeket a követelményeket képletes szociális identitásnak nevezi, azokat a sajátosságokat pedig, amelyekről bebizonyosodott, hogy az adott személynél fennállnak, a tényleges szociális identitás fogalmával illeti.

Lehetséges, hogy az egyén olyan tulajdonsággal is rendelkezik, amely eltér a többi, saját kategóriájába tartozó személyétől: ha ez a tulajdonság kevésbé kívánatos, akkor a személy a kategorizáló szemében leírt személyé fokozódik le. Az ilyen sajátosságot – amely a képletes és tényleges szociális identitás között hézagot képez – nevezte stigmának (különösen akkor, ha diszkreditáló hatása kiterjedt, jegyzi meg). Vagyis felfogásában a stigma nem jellemvonások, hanem viszonyok szintjén értelmezendő. A stigmának alapvetően a következő formáit különbözteti meg: a testi fogyatékoságokat, fizikai „torzulásokat”; a jellembelieket; ill. a faji, nemzeti, vallási hovatartozást. (A stigma említett alesetei azonban ugyanazon szociológiai jellemvonásokkal rendelkeznek.)

Megállapítja, hogy a mindennapi érintkezés során azokat, akik az elvárásoktól nem térnek el (jellemzően persze saját magunkat is beleértve) „normálisnak”, a stigmát viselő embereket pedig alacsonyabb rendűnek tekintjük. A mindennapi tudatban stigmaelméletet gyártunk tehát, s ami ezen attitűdöt alátámasztja, arra sajátos stigmamejelölő szavakat használunk (pl. kripli, nyomorék stb.).

A stigmatizált személy többféleképpen reagálhat helyzetére, de a stigmatizáltság jó eséllyel befolyásolja életlehetőségeit – mondja Goffman. Van, aki megkísérli mindenáron orvosolni azt, amit fogyatékosága tárgyi alapjának vél. Van, aki állapotát oly módon próbálja alakítani, hogy képességeit fejleszti, és van, aki egyenesen szakít a valósággal úgy, hogy az állapotára vonatkozóan a konvencióktól eltérő értelmezéseket vezet be. A szerző felhívja a figyelmet a stigma egyéni stratégiákat módosító jellegére is: arra a jelenségre is, hogy a stigmatizált személy gyakran másodlagos hasznot húz stigmájából, mert erre a „horogra” minden sikertelenségét, szociális életének hiányait – azokat is, amelyek nem stigmájából következnek – „ráakasztja”, amivel egyfajta érzelmi védettséget konstruál. Egy adott személy úgy is megélheti megpróbáltatásait, hogy „csapás formájában érkező áldásként” fogja fel őket. Végző esetben a stigmával élő ember eljuthat odáig, hogy újraértékelheti az ún. „normális emberek” korlátozottságait.

A szerző a stigmával kapcsolatos szocializáció szakaszaival is foglalkozik, bemutatván azokat a „tipikus utakat”, „pályafutásokat”, amelyeket tapasztalatai szerint a stigmával rendelkező emberek e folyamat során bejárhatnak. A sorstársak által alkotott informális és formális közösségekhez fűződő kezdeti viszonyt a jövőre nézve sorsdöntő jelentőségűnek tartja. Ekkor alakul ki ugyanis a stigmatizáltak két nagy csoportja: azoké, *„akiknek eltérősége csupán igen csekély mértékben vezet a „mi-érzés” létrejöttéhez, és azoké, akik – kisebbségi csoportok tagjaként – jól szervezett, messze nyúló hagyományokkal rendelkező közösségek részt vevő körében találják magukat”* [Goffman 1981: 236].

Goffman értelmezése alapvető fontosságúnak bizonyult a kimondottan a fogyatékoság és megváltozott munkaképesség értelmezésére irányuló társadalomtudományi és fogyatékoságtudományi elméletek történetében. Hozzá hasonló jelentőséggel bírtak Foucault gondolatai: több elmélete is kapcsolódik és alapjául szolgált az értelmezésekhez. Foucault vélekedése szerint a károsodással kapcsolatos diskurzusok burjánzása hozta létre a „fogyatékos” kategóriát: bár ezek a diskurzusok eredetileg az orvosi osztályozást szolgálták, később elterjedtek a jog és a pszichiátria területén is [Foucault 1999]. Vagyis „fogyatékosággal élő” emberek nem léteztek ezen osztályozást megelőzően, bár maga a károsodás és az ezzel kapcsolatos gyakorlatok természetesen igen. Felhívja tehát a figyelmet arra, hogy a társadalmi identitások azon módok eredményei, amelyek szerint a tudás rendszereződik. Emellett értekeznek a tudás és a hatalom közötti kapcsolat jellegéről is: a „biohatalom” fogalmat használja a hatalom ama modern formájára, amely a tudást az emberi élet átalakításának egyik elemévé tette. A „biohatalom” *„egyfelől a test fegyelmezése feletti jogot jelentette, melyet az állam számos intézményen keresztül gyakorol [iskola, hadsereg, kórház, börtön]. Másfelől a népesség ellenőrzését, melyet demográfiai eszközökkel, a születés és a migráció szabályozásával, az egészségügy megteremtésével és kézbentartásával alakít, bizonyos tudományok – statisztika, demográfia, szociológia, pszichológia – hathatós segítségével”* [Takács 2014: 313]. A tudomány helyett ő inkább a geneológiát, vagy az identitások, az énképek, a társadalmi normák és intézmények kialakítását nyomon követő történelmi-kritikai elemzéseket favorizálja, amelyek az orvosi és embertudományok szerepére koncentrálnak a „fegyelmező” társadalom kialakításában. Az 1960-as 1970-es években világméretű, szervesen fejlődő mozgalmak kezdődtek a fogyatékosággal élők önrendelkezésének előmozdításáért („independent living”), a fogyatékoság kérdése mégis csak lassanként került a politikai és a tudományos

figyelem látóterébe. E küzdelem során született meg – az aktivisták és a tudományos szféra együttműködésében, részben a Goffman-i, részben a Foucault-i elméletekre is reflektálva – a fogyatékoság értelmezésének társadalmi modellje („social model of disability”), mely három pilléren nyugszik: az emberi jogok védelmén, az un. orvosi modell kritikáján, valamint a társadalmi akadályok és korlátok eltávolításán [lásd erről: Shakespeare - Watson 2002, Lang 2001, Könczei – Hernádi 2011 és sokan mások].

A fogyatékoság társadalmi modellje a fogyatékoság hagyományos, “orvosi, medikális” alapú megközelítésével áll szemben: e megközelítés az egyén egészségügyi állapotára, főként károsodására koncentrál, az (orvosi) környezet általi minősítésre építkezik, az érintettek helyzetét pedig magánpechnek tekinti, vagyis a társadalmi környezet felelősségét figyelmen kívül hagyja.

A fogyatékoság társadalmi modelljében:

- a károsodás helyett azokra a hétköznapi funkciókra helyeződik át a hangsúly, amelyekben az érintett embernek nehézsége van (vagyis: nem az orvosi diagnózis és kategorizáció a fontos, hanem, hogy pl. fel tud-e menni az érintett a lépcsőn), valamint azokra a társadalmi, részvételi hátrányokra, amelyekkel szembesülni kénytelen (pl. hogy nem tud munkát vállalni);
- a társadalom és a társadalmi környezet felelőssége hangsúlyosan megjelenik, vagyis jelentős szerepet kapnak azok a társadalmi (környezeti) és személyes (egyéni) háttértényezők, amelyek egyrészt a károsodást előidézhetik, másrészt mind a funkcionális és a részvételi hátrányokat meghatározhatják: vagyis azt a szemléletmódot jelzik, hogy gyakran nem az állapot, hanem a környezet teszi fogyatékosá az embert;
- a minősítésében kiemelt szerepet kap az érintett “önmeghatározása”, vagyis, hogy ő fogyatékosággal élőnek tekinti-e magát.

A társadalmi modellnek alapvetően két fő iránya rajzolódott ki az elmúlt évtizedekben. A brit irányzat kulcsfontosságú eleme, hogy különbséget tesz az „impairment” és a „disability”<sup>23</sup> között – hasonlóan ahhoz, ahogy a feministák megkülönböztetik a sex és a gender fogalmát [Conrad – Baker 2010, Lang 2001, Deal 2006, és mások]. Míg a károsodások bármilyen okból bekövetkező, a pszichológiai, fiziológiai vagy anatómiai rendszer hiányaiban vagy a normálistól való eltéréseiben tételeződnek, tehát alapvetően szervi szinten jelentkező zavarokat jelentenek, addig a fogyatékoság a károsodások

<sup>23</sup> A magyar szakmai terminológia az *impairment*, *disability*, *handicap* kifejezésekre a *károsodás*, *fogyatékoság*, *hátrány* szavakat alkalmazza – jelen tanulmányban a szerző is így tesz.

azon hatásait tükrözi, melyek az egyén funkcionális teljesítménye vagy tevékenysége kapcsán jelentkeznek. A fogyatékoság abban mutatkozik meg, hogy az egyén nem képes bizonyos tevékenységeket úgy elvégezni, mint azt „normális” esetben az emberek általában teszik – vagyis ez a szemlélet a fogyatékoságra, mint társadalmilag létrehozott dologra tekint és változó jellegét abban a társadalmi és gazdasági struktúrában keresi, amelyben létezik. Ennek megfelelően az elemzések középpontjába is azok a társadalmi működések kerültek, amelyek segítségével elnyomják és diszkriminálják a fogyatékos embereket, a károsodás típusának pedig gyakorlatilag nem tulajdonítanak jelentőséget.

Oliver – a társadalmi modell brit irányzatának képviselője – *A fogyatékos kérdés társadalmi konstrukciója* [2005] című tanulmányában a fogyatékoság függőségi mítoszának alakulásával, illetve tényezőivel foglalkozik. Gondolatmenetének kiindulópontja az, hogy a „fogyatékoság az, amit a politika annak gondol”. Úgy véli, hogy a fogyatékos emberek függősége nem az érintettek funkcionális korlátozottságából adódik, hanem abból, hogy az életüket (ahogy mindannyiunk életét) különböző társadalmi, politikai, gazdasági erők alakítják: a társadalom bizonyos rendszerei és szereplői (így szakemberek, politikusok) pedig kontrollálni szándékoznak ezeket az egyéni függőségeket (ahogy más függő csoportok tagjainak esetében is).

Oliver arra jut, hogy ennek a függőségnek a léte a társadalmi élet több szegmensében is egyidejűleg „kódolt”. A speciális oktatási rendszer önmagában is fontos terepe a függő személyiség létrejöttének: a szerző által idézett kutatási eredmények is bizonyítják, hogy ezen intézmények működésének eredménye a társadalmilag értetlen, a diszkriminációt passzívan elfogadó, „függő” személyiségek kialakulása. A munkaerőpiac jellemzőinek elmúlt évtizedekben történt változásai (ezekről dolgozatomban későbbi részében még lesz szó) rendkívül megnehezítik az érintettek aktív munkaerőpiaci részvételét; a támogatott programok pedig részben a szegregált foglalkoztatást támogatják, részben a kínálati oldal szereplőivel („alkalmassá tételével”) foglalkoznak, és a keresleti oldalon nem, vagy alig segítik egy befogadóbb munkaerő-piac létrejöttét. A politikai diskurzusban a fogyatékos emberek még mindig leginkább mint támogatandó, függő csoport jelennek meg. A függőséget jellemzően fenntartják a professzionális segítő rendszerek működési mechanizmusai is: a jelenleg működő segítő (szociális) intézményrendszerek „fennmaradásának” kulcsa a „kiszolgáltatott, segítségre váró” kliensek megjelenése. Mindemellett az érintett emberek függőségéről alkotott képet azok az önkéntes szervezeteik is nagyban erősítik, akik a jótékonyági

megközelítés szellemében, adománygyűjtő tevékenységek folytatva az érintetteket „rászorulóként” mutatják.

A Krémer és munkatársai által készített tanulmány [2011] elvi kiindulópontja megegyezik Oliverével: az ép és fogyatékos emberek között nem „minőségben”, csupán „mennyiségben” lehet határvonalat húzni, akárcsak az egyes képességek, úgy a társadalomtól, más emberektől való „függőség” tekintetében is. A szerzők a következőkkel egészítik ki, bővítik Oliver felsorolását a függőséget „okozó” társadalmi intézmények és működések tekintetében:

- A függőség egyik legfontosabb és legradikálisabb „társadalmi intézményének” a cselekvőképesség jogi korlátozását, a gyámság intézményét látják [lásd erről bővebben: Verdes – Tóth 2010].
- A fizikai és kommunikációs akadályozottság, az akadálymentesség hiánya ugyancsak a másokra való utaltság, a másoktól való függés fontos környezeti tényezője.
- Az oktatás – az Oliver által is említett „függő személyiség” kialakulását segítő mechanizmusai mellett – a képzési kínálat szűkösségével, az érintetteknek „hagyományosan javasolt” szakmák körével ugyancsak korlátozzák a szabad választás és a sikeres munkaerő-piaci részvétel lehetőségeit egyaránt [lásd erről bővebben: Krémer – Nagy 2008].
- A fogyatékos emberek szegregált intézményekben történt „elrejtésének” több évtizedes társadalmi gyakorlata [lásd erről például: Bencze – Pordán 1999] az intézményekben élő emberek személyiségére gyakorolt hatásán túl a nem intézményekben élő érintettek esetében is késztetést jelent a „rejtőzködésre”, a társadalmi környezet számára pedig egyértelmű üzenet a fogyatékos „elrejtendőségről”.

A fenti mechanizmusok következményei így foglalhatóak össze:

- nehézségek az önfogadásban és az önfogadtatásban;
- nehézségek a társas létben, partnerkapcsolatokban, a társadalmi élet lehetőségeiben való részvételben (szórakozás, kultúra, fogyasztás);
- „kényszerpályák”, „kényszer-szerepek”, a választás köreinek korlátozottsága;
- és végső soron a saját sors feletti rendelkezés, az önálló döntések korlátozottsága.

A társadalmi modell Észak-Amerikában megfigyelhető irányzata (amely egyben a brit társadalmi modell kritikáját is megfogalmazza) a fogyatékos emberekre, mint kisebbségi csoportra tekint [lásd például: Hahn 1985, Wendell 2011 és mások], úgy, hogy ugyancsak fontos hangsúlyt fektet a fogyatékoság társadalmi, politikai, kulturális dimenzióira, de mindeközben felhívja a figyelmet arra, hogy a károsodás típusa igenis meghatározó a tapasztalatok és életlehetőségek szempontjából<sup>24</sup>. Vagyis az irányzat gondolkodói úgy vélekednek, hogy a(z) előbbieken ismertetett) folyamatok egészen másként érintik a különböző károsodásokkal élő embereket. A téma kutatói mindemellett napjainkban egyre inkább felhívják a figyelmet nem csak a károsodások, de az egyéni társadalmi-gazdasági helyzet (így például a nem) folyamatokat és tapasztalatokat módosító hatására is.

Az elmúlt években a tudományos gondolkodásban igény merült fel a fogyatékoság újabb értelmezésének kidolgozására [lásd például: Könczei – Hernádi 2011]: mindannak ellenére, hogy a fogyatékosággal élők körébe tartozó emberek mind demográfiai, társadalmi jellemzőiket, mind azt tekintve, ahogy az állapotukat megélik rendkívül sokfélék, mind az orvosi, mind a (brit) társadalmi modell univerzálisan próbálja magyarázni a fogyatékoságot és végül egy olyan narratívát alkot, mely éppen a fogyatékosággal élők életének, tudásának és tapasztalatainak fontos dimenzióit zárja ki a megismerésből.

Az új elmélet megalkotásához vezető utat többen többféle irányban látják. Goto 2004-es tanulmányában a biopolitika, a test szabályozása, a test szociológiájának – amely olyan társadalmat jelez előre, ahol maga a test a politikai és kulturális tevékenységek központi terepe – elméletét javasolja, főként az elsősorban Foucaultra támaszkodó Bryan Turnerre hivatkozva. Carol Thomas és Mairian Corker úgy vélik, hogy a napjainkban a materiális valóságba mélyen beágyazott kommunikáció és nyelv az, amelyeken keresztül a társadalmi valóság konstruálódik: így ezek együttese alkothatja meg azt a keretrendszert, amelyben a fogyatékoság értelmezhetővé válik. Corker és Shakespeare [2002] a fogyatékosággal foglalkozó tudományos elmélet irányába történő elmozdulás lehetőségét egyértelműen a posztmodern és a posztstrukturalista gondolkodásban látja (anélkül, hogy az előbbieken említett szerzőkhöz hasonlóan szűkebb utakat

---

<sup>24</sup> A betegségek kulturális jelentésével foglalkozó irányzatok számos kutatással bizonyították, hogy vannak „stigmatizált” és kevésbé „stigmatizált” betegségek, és az egyénnel kapcsolatos társadalmi viszonyulásokat a betegség jellege nagyban meghatározza. Lásd például az elhízásról Sontag [1978, idézi: Conrad – Baker 2010], a lepráról Gussow és Tracy [1968, idézi: Conrad – Baker 2010] és még sokan mások.

fogalmazna meg). Vélekedésük szerint a posztmodern megközelítést jellemzői – miszerint elismeri, hogy nem lehet egyszerű és exkluzív módon leírni a valóságot, a hangsúly ontológiailag a bizonytalanságon, instabilitáson, esetlegességen, módszertanilag a dekonstrukción, szituációhoz kötött tudáson van, a szubjektum és a szociális világ központ nélkülivé tétele, a nyelv, a diskurzus és a kultúra hangsúlyozása, a pszichoanalitikus elgondolások beépítése társadalmi elméletbe, megváltozott kapcsolat a tudás és a hatalom között, új ötletek a megismerésről, érzékelésről és a testről, az etikáról és a társadalmi igazságosságról, stb. – egyértelműen alkalmassá teszik arra, hogy a fogyatékossgal foglalkozó kutatások elméleti keretévé váljon. Mindemellett ezen irányokból sem sikerült – egyelőre – a fogyatékossgal értelmezésének új modelljét megalkotni.

### **2. 3. Néhány kutatási eredmény a fogyatékossgal / megváltozott munkaképesség társadalmi konstrukciójáról**

A fogyatékossgal mint identitás kialakítása folyamatának Goffman-i, illetve Foucault-i gondolata kíséri végig azt a kutatást, melynek eredményeit *Nobody's just normal, you know*: *The social creation of developmental disability*<sup>25</sup> címmel tette közzé Valerie Leiter [2007]. A kutatást az Egyesült Államok-beli Massachusetts állam három korai fejlesztő (a későbbiekben KF) programot működtető intézményében folytatták le. Összesen 31 családot és 19 munkatársat vizsgáltak: 4 családban mind az anya, mind az apa, míg 27-ben csak az anya vállalkozott az interjúra.

A kutatás elsődleges célja – a szerző megfogalmazása szerint – annak a folyamatnak a makro- és mikroszinten történő feltárása volt, melynek során egy gyermek a „fogyatékossgal élő” kategóriába kerül. A kutatók makroszinten bemutatták a szövetségi és állami jogalkotás kapcsolódó irányelveit, azokat a közpolitikákat, amelyek következtében kialakultak a gyermekkori fogyatékossgal foglalkozó programok kritériumrendszerei (így a KF-éi is). Vagyis leírták, hogy miként húzza meg a határt az állami szabályozás a „normál” és „fogyatékos” kora gyermekkori fejlődés között – megalkotva ezzel a fogyatékossgal élő gyermek kategóriáját.

Míg szövetségi szinten a gyermekkori fogyatékossgal meghatározására meglehetősen általános definíciókat alkalmaznak, addig állami szinten a fogyatékossgal meghatározása sokkal inkább részletekbe menő. Itt már a kategóriába tartozónak tekintik azokat a gyerekeket is, akiknél pl. valamiféle fejlődési rendellenességet diagnosztizáltak, de

<sup>25</sup> Tudod, éppenséggel senki sem normális: a fejlődési fogyatékossgal társadalmi megalkotása.



azokat is, akiknek a fejlődése statisztikailag eltér a „normálistól”, illetve azokat is, akiket a KF munkatársai az alkalmassági vizsgálat alapján „megkérdőjelezhetőnek” ítélték (ezáltal tehát az egészségügyi személyzet kezébe helyezték a döntés jogát).

Vizsgálták a gyermekek felmérésének mechanizmusát, a szakszemélyzet hozzáállását és azt is, hogy a procedúra eredményeképpen adott „minősítés” milyen hatással járt a szülőkre és a szülő-gyermek kapcsolatra nézve. Azt tapasztalták, hogy a programba való bekerülést megelőzően a megkérdezett szülők „normális fejlettségre” vonatkozó elképzelése elsősorban a közvetlen társadalmi környezetükben lévő más gyerekekről szerzett ismereteikből táplálkozott és (csak) másodsorban sarjadt pszichológus és gyermekorvos szakemberek definícióiból. Ezért saját gyermeküket soha nem fogyatékossgal élőként, legfeljebb „más-ként” jellemezték. A KF-ben való részvétel és a felmérés mechanizmusa azonban jó néhány esetben átformálta a szülők gyermekük egészségéről és fejlődéséről alkotott elképzeléseit: immár ők is az orvosi szemléletmódnak megfelelően, mint fogyatékossgal előre kezdtek gyermekükre tekinteni, és úgy is kezelték. Megállapították, hogy ez az értelmezésváltozás a jövőben komolyan befolyásolja majd a gyermek fejlődését.

Devenney [2004] nagyszabású kutatásában a fogyatékossg társadalmi reprezentációját vizsgálta: vagyis azt, hogy hogyan érzékelik, miként vélekednek valójában a – fizikai, tanulási, illetve érzékszervi – fogyatékossgról a fogyatékos és nem fogyatékos emberek, valamint milyen képet közvetít a média, mint a társadalmi környezet egyik kiemelten fontos intézménye. A kutatása alapvető információkkal szolgál arra vonatkozóan, hogy milyen –mélyen rejlő, tudattalan – és a hétköznapi kommunikációban (rejtett) elvárásokká váló „közvélekedések” létez(het)nek a fogyatékossgal kapcsolatosan.

A kutatás egyik szakaszában ún. „storyboard” technikát alkalmazott: születetten fogyatékos, szerzett fogyatékossgal rendelkező, valamint nem fogyatékos emberek képeit mutatva arra kérte a válaszadóit (211 főt), hogy írjanak egy történetet a fényképen szereplő emberről. A történeteket feldolgozva a vélekedések egyfajta tipológiája alakult ki. A kutatás második szakaszában médiaelemzést végzett: 11 országos napilap 6 héten át tartó figyelése során 152 kapcsolódó cikk elemzése készült el. A kutatás harmadik szakaszában 9 fókuszcsoporthoz fogyatékos embereket kérdezett arról, hogy ők hogyan vélekednek a fogyatékossgukról, valamint mit érzékelnek a társadalmi környezet viszonyulásairól.

A „storyboard” kutatás során egy 12 elemből álló kódrendszer alakult ki: a tipológiát ezen elemek együtt járásából alakította ki Devenney. A kialakult csoportok – a szerző szerint – kapcsolódnak a fogyatékoság ismert modelljeihez is.

Az első csoportba azok az értelmezések tartoztak, mely szerint a fogyatékos emberek „különlegesekek” (olyan dimenziók voltak itt jellemzőek, mint a bátorság/határozottság, kivételesség/különlegesség, boldog/idealizált). A szerző szerint ez a megközelítés a fogyatékoság „jótékonyági modelljéhez”, illetve az „érdemes szegénység” [lásd például: Gans 1992] koncepciójához kapcsolódik. Devenney úgy vélekedik, hogy ezt a reprezentációt „használják ki” a jótékonyagra építő szervezetek: a „biztonságos távolságból” nyújtott adományok az egyének felelősségének, esetleges büntudatának és mágikus félelmeinek „kikapcsolását” hivatottak segíteni.

Az értelmezések második típusa a fogyatékoság medikális modelljéhez kapcsolódik. A történetmesélésekben elsősorban a szomorúság / magány, tragédia, orvosi támogatás / függőség témái jelentek meg: ebben az értelmezésben a fogyatékoság egy egyértelműen negatív élettapasztalat. A hétköznapi emberek és az egészségügyi szakemberek körében ez volt a leggyakrabban megjelenő reprezentáció és a fogyatékos emberekkel készült fókuszcsoportokban az érintettek is számtalan példát meséltek e reprezentáció megjelenésére; mindemellett egyértelműen jelezték azt is, hogy a nem fogyatékos emberek hozzáállása jóval nagyobb nehézséget jelent számukra, mint a szolgáltatások esetleges hiányai. A szerző vélekedése szerint az általános elterjedtségét az is nagyban segíti, hogy a médiavizsgálat is e reprezentáció megjelenésének egyértelmű fölényét mutatta ki.

A reprezentációk harmadik típusa (mely az összes megfigyelés kevesebb, mint negyedére jellemző) a fogyatékoság társadalmi modelljéhez kapcsolódik: az e csoportba tartozó történetekben a fogyatékoság mindig annak társadalmi környezetében értelmeződik, és jellemzően a diszkrimináció, az előítéletek, illetve a mindennapi élet gyakorlati problémái jelentek meg bennük.

Az érintett emberekkel készült fókuszcsoportos vizsgálatok során a résztvevők azt jelezték, hogy gyakran érzékelnek undort a nem fogyatékos környezetüktől. Az undor a storyboard technika történeteiben közvetlenül nem jelent meg: a szerző szerint ez jól jelzi, hogy a nem fogyatékos emberek tagadják a fogyatékoságtól való félelmüket.

A médiaelemzés eredményei hangsúlyait tekintve eltértek a storyboard technika tapasztalataitól: a nyomtatott médiában sokkal gyakoribb volt a fogyatékoság tragédiaként értelmezése, illetve az orvosi megközelítése. A sajtótermékek e témával

kapcsolatosan gyakran „odaadó” szülőkről, illetve családtagokról szóltak: az anyagokban a hangsúly sokkal inkább a fogyatékos személy családtagján, gondozóján (mint a helyzet igazi áldozatán) volt.

A kutatás fontos eredménye, hogy az emberek különbözőképpen vélekednek és viszonyulnak a veleszületett és szerzett fogyatékosokhoz, és a nők és a férfiak fogyatékoságához is. A születetten fogyatékos emberekkel kapcsolatos történetekben a szomorúság / magány, valamint a támogatás / függőség, míg a szerzetten fogyatékos emberek esetében az orvosi szempont, valamint a tragédia / bátorság nézőpontok jelentek meg gyakran. A férfi karaktereket inkább „aktívna, de dühösnek és csalódottna”, a nőket inkább passzívna, a helyzetet elfogadóna, és hálásna ábrázolták mind a storyboard technika, mind a nyomtatott média történetei. Látható volt, hogy az egyéni professzió is befolyásol: a különböző szakmák képviselőinek vélekedései eltérőek voltak: az egészségügyben dolgozók érdeemben nagyobb arányban közelítették meg a fogyatékoságot mint medikális kérdést. A szerző pozitív folyamatként értékeli, hogy a fiatalabbak által írt történetekben gyakrabban jelenik meg a fogyatékoságot társadalmi modellje szerinti gondolkodás.

A fogyatékoságot társadalmi és intézményi értelmezéseinek következményeiről szól Grönvik „Defining disability: effects of disability concepts on research outcomes” [2009] című tanulmánya, melyben nagymintás, empirikus és statisztikai adatbázisok felhasználásával azt vizsgálta, hogy az eltérő fogyatékoságot fogalmak (így az adminisztratív adatbázisok fogalmi; a funkcionális, vagyis a fogyatékoságot koncentráló; illetve a szubjektív, vagyis önbesoroláson alapuló fogalmak) milyen társadalmi csoportokat írnak körül, és hogy hogyan befolyásolják a fogyatékos emberek életkörülményeire vonatkozó adatokat. A definíciók szerint körülírt csoportokat 6 változó alapján hasonlította össze (ezek a nem, kor, lakhatás, oktatás, munkaerő-piaci részvétel, jövedelem). Összességében azt találta, hogy a szubjektív és funkcionális definíciókkal körülírt csoportok jóval heterogénebbek, mindemellett az adminisztratív fogalmakkal definiált csoportok helyzete a legkedvezőtlenebb: ők rendelkeznek a legkedvezőtlenebb társadalmi-demográfiai jellemzőkkel, a legjelentősebb károsodásokkal és a legnagyobb támogatás iránti szükséglettel<sup>26</sup>. A fogyatékoságot fogalmának függőségi értelmezéséhez és a társadalmi modell alapvető kritikájához – miszerint az eltérő társadalmi-gazdasági helyzetű emberek másként élik meg a

<sup>26</sup> Az NCSSZI-TÁRKI - jelen doktori dolgozat alapjául is szolgáló – kutatása hasonló eredményeket hozott [lásd bővebben: Nagy 2011].

károsodásukat – kapcsolódik Grönviknek az az eredménye, hogy a férfiak a funkcionális és adminisztratív csoportokban felülreprezentáltak. Ennek „*egyik lehetséges magyarázata az a különbség lehet, hogy a férfiak nem szívesen képzelik el magukat fogyatékossgal élőként*”. Ez annak tulajdonítható, hogy a rokkantsághoz olyan fogalmak, kapcsolódnak, mint az *"eltartott"* és a *"passzív"*, és ezek ellentétesek a *férfiasság hagyományos fogalmaival*” írja a szerző [2009: 6].

A (foglalkoztatáspolitikai) kategóriák – így a megváltozott munkaképesség – társadalmilag konstruált jellegét napjainkban egyre több empirikus kutatás is egyértelműen alátámasztja. Erlinghagen és Knuth [2010] a munkanélküliség és az inaktivitás megjelenését vizsgálta ‘European Social Survey’ [ESS] és a Citizenship, Involvement and Democracy 2004-2005-ös adatfelvételeiben. A kutatások adatai rávilágítottak, hogy az egyes országok kulturális különbségei és kapcsolódó intézményrendszereinek jellemzői alapvetően meghatározzák az egyének önbesorolását és munkanélküliség és inaktivitás egyes kategóriáiba. Hasonló társadalmi-gazdasági helyzetű nem dolgozó személyek Hollandiában, az Egyesült Királyságban vagy az USA-ban nagyobb valószínűséggel jellemzik magukat „munkaképtelenként”, míg Németországban inkább „munkanélküliként”.

Tekintve, hogy a munkanélküliség és a megváltozott munkaképesség „intézményi konstrukció”, a szerzők ennek nyomán erőteljesen felhívják a figyelmet arra is, hogy a munkaerő-piac teljesítményének nemzetközi összehasonlítása és a nemzetközi szervezetek által tett javaslatok nem alapulhatnak kizárólag a foglalkoztatás és a munkanélküliség objektív mutatóin (ahogy azt is jelzik, hogy szerintük nem létezik „egy, igazi” olyan adat, amely önmagában alkalmas lenne az országok egymás közötti összehasonlítására).

#### **2. 4. A fogyatékossg és megváltozott munkaképesség intézményi konstrukciója: gondolatok a közpolitikai és intézményi minősítések és működésmódok természetéről**

Ahogy a „biopower” fogalmát bevezető Foucault [1999], a fogyatékossg társadalmi modelljéhez kapcsolódó Oliver [2005] és mások, úgy a társadalmi dominancia elméletében Sidanius és Pratto [2005] is kiemelt figyelemmel szemléli és kezeli a társadalom közpolitikáinak, közintézményeinek azon működési mechanizmusait, melyek a társadalmi szerepek kijelölésének és az értékek elosztásának fennálló egyenlőtlenségeit – így a fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek

alapvetően függő helyzetét – hivatottak fenntartani. Jelen fejezet a közpolitikák és intézményrendszerek fogyatékos emberekkel kapcsolatos működési mechanizmusaival foglalkozó elméleti megközelítések közül mutat be néhányat, azokat, amelyek a dolgozat további kérdésfelvetéseinek és megközelítéseinek elvi, elméleti alapjait, illetve kereteit biztosítják.

Schneider és Ingram [1993, illetve 2012; a szerzőkkel vitatkozik: Lieberman 1995] elméletükben azzal foglalkoznak, hogy társadalmilag konstruált csoportok hogyan és miért válnak (szak/köz)politikai célcsoportokká, illetve, hogy a (szak/köz)politika hogyan és miért konstruál maga is ilyen célcsoportokat, valamint, hogy hogyan bánik velük. Abból a feltevésből indultak ki, hogy a (szak/köz)politikák alakítóinak motivációja alapvetően kettős: egyrészt szeretnék, ha újraválasztanák őket, másrészt szeretnék a társadalmi problémák és kijelölt célok hatékony megoldását kínálni (főként az első motivációs cél érdekében). A lehetséges célcsoportok minősítésében két fontos szempontból mérlegelnek: egyrészt figyelembe veszik a célcsoport erejét (lehetséges szavazóerőként, a gazdagság és a politikai tevékenységekhez való mobilizálhatóság szempontjából), másrészt azt, hogy mások hogyan vélekednek az adott célcsoportról (vagyis mennyire pozitív vagy negatív ez a társadalmi konstrukció).

E két irányú mérlegeléssel a lehetséges célcsoportoknak alapvetően 4 csoportja határozódik meg: az „Előnyös/érdemes” („Advantages”) csoportba tartozók erős választói hatalommal bírnak, és a társadalmi megítélésük is pozitív (ide tartoznak az idősek, az üzletemberek, a veteránok, a tudósok). A „Versengők” („Contenders”) erős választói hatalommal bírnak, de a társadalmi megítélésük inkább negatívan konstruált (ide tartoznak például a szakszervezetek, a kisebbségek, a kulturális elitek). A „Deviánsok” („Deviant”) esetében mind a választói hatalom, mind a társadalmi megítélés a legkedvezőtlenebb (ide tartoznak például a bűnözők, a drogfüggők). A „Függők” („Dependents”) választói hatalma csekély, azonban társadalmi megítélésük inkább pozitív, elfogadó: a szerzők az anyukák és a gyermekek mellett ide sorolják a fogyatékosággal élő embereket is.

A (köz/szak)politikák alakítói nagyon eltérően viszonyulnak az egyes csoportokhoz: az „Előnyösök” irányában gyakran hoznak kedvező intézkedéseket, hiszen ezzel kétszeresen is nyernek (egyrészt magának a csoportnak, másrészt a többieknek a támogatását). És általában büntetik a negatívan konstruált csoportokat – főként a „Deviánsokat” – hiszen nem kell a csoport megtorlásától tartaniuk, ráadásul a közvélemény is általában egyetért a csoport büntetésével.

A szerzők felhívják a figyelmet arra is, hogy a (szak/köz)politikák alakítói – kitűzött céljaiknak megfelelően – maguk is alakíthatják (alakítani próbálják) az egyes csoportok társadalmi megítélését. Legjellemzőbben szegmentálják az adott csoportot: így például a szegényeket „érdemesekre” és „érdemtelenekre” osztják.

Az egyes csoportok esetében jellemzően eltérőek a szakpolitikai eszközök is. A „Függők” – így csoportosításukban a fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek is – jellemzően kapnak támogatásokat, de ezek a támogatások nagyon gyakran járnak az érintettekre nézve címkézéssel és stigmatizációval, amikor maguknak igazolniuk kell, vagy különböző eszközökkel megméri „alkalmasságukat”, illetve jogosultságukat. E csoport esetében – a szerzők szerint – gyakran alkalmaznak „csak” szimbolikus vagy „buzdító” eszközöket, még akkor is, ha érdemibb beavatkozásokra lenne szükség: ezek az eszközök gyakran paternalisták, hiszen az érintettek „függőségéből” indulnak ki. *„Az üzenet „Függők” irányába az, hogy erőtlenek, tehetetlenek és rászorulóak. A problémájuk a sajátjuk [tehát nem közügy], de mégsem tudják megoldani saját maguk. A politika arra tanítja őket, hogy a problémájuk megoldása nem közügy, ha mégis figyelmet kapnak, az csak mások nagylelkűségén múlik. ... Az alkalmazott eszközök és magyarázatok azt üzenik, hogy a hatalom segít nekik, de csak akkor, ha alávetik magukat a hatalom akaratának és lemondanak a saját döntéseikről. A jövedelemtesztelés és az a tipikus eljárás, hogy nekik kell jelentkezni a hivataloknál ellátásért, arra kötelezi őket, hogy „bevallják” függőségüket” [1993: 342].*

A szerzők kitérnek arra is, hogy bár a (köz/szak)politika néha új címkék bevezetésével és alkalmazásával igyekszik megváltoztatni a csoportokkal kapcsolatos társadalmi nézeteket – ahogy ez a megváltozott munkaképesség megközelítése esetében is történt<sup>27</sup> – azonban az új címkéket általában hamar utoléri a régi stigmák: főként akkor, ha a (köz/szak)politikai üzenetei – például az alkalmazott eszközök tekintetében – nem változnak.

A „függőkkel” kapcsolatos közpolitikai, illetve intézményes diskurzusok elmúlt évtizedekben történt változását elemezte Fraser és Gordon *A Genealogy of Dependency* című írásában [1994]. Úgy találták, hogy a posztindusztriális társadalmakban a függőség pejoratív kicsengése erősödött. Fontos változás, hogy míg – a társadalmi felfogás és közgondolkodás szerint – az indusztriális korban a kapcsolatokban

<sup>27</sup> A megváltozott munkaképesség minősítésében 2008-ban áttérés történt a hiányzó képességek meghatározásáról a megmaradt képességek meghatározására.

gyökerezett (lásd például: valakinek a felesége), addig a posztindusztriális korban egyéni jellemzőkben, egyéni hibában gyökerezik a függőség (vagyis: az érintettek „vádolhatóak ezért”), az erről való értekezés pedig a látszólag semleges, tudományos, medikalizált, eltávolított megfogalmazásban történik<sup>28</sup>.

A jóléti függőséggel kapcsolatos kortárs közpolitikai diskurzusok esetében két fő tematikát írtak le a szerzők. Az egyik – még mindig – a szegénységgel kapcsolatos diskurzus: ezzel kapcsolatosan megállapítják, hogy bár „az oktulajdonítás” eltérő lehet (a tekintetben, hogy az érintettek vagy nem az érintettek hibája ez az állapot), azonban valamennyi retorika azon a feltevésen épül, hogy a szegény, függő emberekkel „valami más baj is van” a pénz hiányán kívül.

A másik fő diskurzus – mely a megváltozott munkaképességű emberekkel kapcsolatos tudományos és szakpolitikai gondolkodást is uralja, és dolgozatomban későbbi részeiben bővebben is utalok majd erre – az egyéneket mint haszonmaximalizáló, racionális döntéseket hozó szereplőket leíró megközelítés, mely a jóléti ellátások igénybevételét és a munkát egymással egyenrangú, egyformán választható opciónak állítja be (a rokkantnyugdíjazás pedig egy ilyen módon meghozott egyéni döntésnek; bár a szerzők megjegyzik, hogy ezek az elméletek, elemzések gyakran számolnak a jóléti függőség pszichológiai, morális aspektusaival is, elemzéseikben mégsem veszik őket érdemben számba).

Holott a jóléti ellátások függőséget generáló (avagy: egy „függő osztályt” létrehozó) eszközeinek sorában nemcsak az ellátások alacsonyan tartott mértékét, de az intézményrendszerek és ellenőrzés infantilizáló hatását, valamint a bürokratikus szabályok magánéletre, egyéni döntésekre (munkáról, lakhatásról), hosszabb távon a döntési képességre gyakorolt kedvezőtlen hatásait is felsorolja Fraser és Gordon – más szerzőkre hivatkozva.

A társadalmi egyenlőtlenségek – így a függőségek – kialakulásának (a csoportképződésnek) Fraser egy másik munkájában két útját különbözteti meg [elemzi: Huszár 2010]: valamely csoportok a társadalmi érintkezésben való részvételt lehetővé tevő „elismeréstől” való intézményes kulturális mintázatokkal való megfosztása státuszhierarchiát, valamely csoportok a társadalmi életben való részvételt lehetővé tevő anyagi eszközöktől való intézményesített gazdasági mechanizmusokkal való megfosztása pedig osztálystruktúrát hoz létre.

<sup>28</sup> A szerzők alaposan elemzik, hogy hogyan vált a függőség megszemélyesítőjévé az Egyesült Államokban a „fekete, nem házasság, tinédzser, jóléti ellátásokon tengődő fiatal anyuka”.

A kortárs Fassin [é. n.] erőteljesebb következtetéseket fogalmaz meg *A kiállított test* című tanulmányában, mely intézményekhez benyújtott – orvosi ellátásra és letelepedésre irányuló – kérelmek elemzésén alapul. Arra jutott, hogy túl kell lépni Foucault „biohatalomról” szóló elméletén: a jelenkori hatalmi és intézményi gyakorlatokban – az igazán elesettek esetében – már az élet társadalmi elismerése, a „bio-legitimitás” lett kérdés, melyben a szenvedő testet, mint jogforrást kell, hogy használják az érintettek egy „értékes juttatás” igényléséhez [lásd még: Takács 2014]:

*„Önmagunk megmutatása, akár egyfajta elbeszélői gyakorlatból, akár a test leleplezéséből következik [egyik nem zárja ki a másikat], része a kormányzás mai formáinak – abban a különös esetben pedig, amikor az ember odáig jut, hogy a saját testét teszi közszemlére, az alávetettek kormányzásának jelenkori formáját képezi. A beteg vagy szenvedő test ezekben a helyzetekben végső soron egyfajta társadalmi elismeréssel van felruházva, amit, ha a legitimitás egyéb megalapozásai már kimerültek, igyekeznek érvényre juttatni” [Fassin é. n.: 3].*

## 2. 5. Összegzés

Dolgozatom jelen fejezetében a fogyatékoság – és ennek a foglalkoztatással, munkaerőpiaci részvétellel kapcsolatos területeken megjelenő fogalma, a megváltozott munkaképesség – társadalmilag konstruált jellege mellett érveltem. Érvelésem elméleti alapjai egészen a funkcionális szerepelméletig, a társadalmi problémák elméletéig, valamint a társadalmi konstrukció elméletéig visszavezethetőek. A fogyatékosággal foglalkozó első kutatók – kiemelten Goffman [1963], majd Foucault [1999] – nyomán elsősorban a személyközi, illetve az intézményi viszonyrendszerek – akár fogyatékoságot „alakító” – hatásait mutattam be.

Érvelésem központi tétele – Sidanius és Pratto [2005] fogalmi rendszerét és a fogyatékoságtudomány eredményeit [főként: Oliver 2005] használva – az volt, hogy a fogyatékoság a társadalmi életben és működésekben, valamint a személyközi viszonyokban jellemzően függő helyzetként értelmeződik, ez pedig alapvetően befolyásolja a fogyatékos emberek „életlehetőségeit”. Az elméleti irodalmak jól jelzik, hogy a függőség mítosza a közpolitikai, intézményi működéseket napjainkban is uralja [Schneider – Ingram 1993, 2012, Fraser – Gordon 1994, Takács 2014].

A fogyatékoság ezen kontextus-függő, komplex értelmezése azonban – a hétköznapi élet és a társadalom intézményeinek működéséhez hasonlóan – a tudományos megközelítésekben és elemzésekben egyelőre csak kevésbé, lassanként jelenik meg.



Mindez pedig fontos keretét, korlátját jelenti az aktivizálási törekvéseknek: a hétköznapi személyközi és intézményi viszonyulások a fogyatékos emberek egyéni lehetőségeit, a tudományos és szakpolitikai kutatások korlátozottsága pedig a megfelelő aktivizálást segítő eszközök megtalálásának lehetőségét szűkítik be érdemben.

### **3. A rokkantnyugdíjazás választásának okairól és a rokkantnyugdíjasok összetételéről**

#### **3.1. Bevezetés**

Dolgozatom előző fejezetében röviden bemutatásra került, hogy a fogyatékoságtudomány, illetve néhány (kortárs) társadalmelemző milyen gondolatisággal közelíti meg a fogyatékoság és megváltozott munkaképesség, és az ezekhez kapcsolódó szak- és közpolitikai intézményrendszer működésének kérdését.

Mindemellett az intézményrendszerekkel, folyamatokkal és működésekkel – így a rokkantnyugdíjazás rendszerével – konkrétan foglalkozó (elsősorban közgazdaságtani irányultságú) elemzések gondolatvilágába csak nagyon lassan szivárognak be az ismertetett elméleti eredmények. Csak az elmúlt néhány évben és napjainkban zajló változásnak tekinthető a fogyatékoság komplex (társadalmi) értelmezésének és kontinuum felvetésének (vagyis annak, hogy nincs éles határ az „épség” és a „fogyatékoság”, a „normalitás” és a „nem normalitás” között) megjelenése az elemzésekben, és ezzel párhuzamosan (ennek következtében) a fokozatos elmozdulás a rokkantság és a passzivitás / függőség közé egyenlőségjelet tevő álláspontról.

Ugyancsak fontos – és ezzel összefüggő – változás, hogy néhány napjainkba készült kutatásban alapvetően megkérdőjelezzik azt az álláspontot, miszerint a rokkantnyugdíjazás választása (avagy az „intézményes stigma felvétele” (?)) értelmezhető-e a klasszikus nyugdíjazásról szóló döntésre vonatkozó elméleti bázisról, vagy inkább annak speciális eseteként kell kezelni.

És végül – de egyáltalán nem utolsósorban – alapvető fontosságúnak tekinthetőek azokat az elemzések, melyek megkérdőjelezzik a rokkantnyugdíjazás racionális döntés alapú megközelítésének néhány axiomatikus feltételezését: például úgy, hogy a rokkantnyugdíjazásról szóló döntést komplexen kezelve jóval nagyobb hangsúlyt helyeznek a környezeti feltételekre és körülményekre, vagy vizsgálják a környezeti feltételek egészségkárosodás megjelenésében játszott szerepét – vagyis a folyamatot nem az egyéni döntéstől, hanem az ahhoz vezető (meglehetősen egyenlőtlen) út vizsgálatával kezdik.

Dolgozatom jelen fejezetében a rokkantnyugdíjazásba való beáramlás tényezőit vizsgálom: az elméleti előzmények tekintetében hangsúlyt helyezve azokra az új megközelítésekre, melyek az előbbieken röviden ismertetett változások nyomán kirajzolódni látszanak. Majd az NCSSZI-TÁRKI adatbázisában azt elemzem, hogy a

magyarországi akadályozott emberek közül kik azok, akik a rokkantellátásba való belépést választják, illetve belépésre kényszerülnek (milyen tényezők befolyásolják a döntést), majd azt, hogy a belépési szándékukat kinyilvánító emberek közül végül is kik azok, akik ellátáshoz jutnak.

### **3. 2. Elméleti háttér és kutatási előzmények: a rokkantnyugdíjazás megközelítései és a beáramlás tényezői**

#### **3. 2. 1. A rokkantnyugdíjazás „klasszikus” megközelítései**

A rokkantnyugdíjazás tendenciái vizsgálatának hosszú ideje elsődleges iránya a munkagazdaságtani megközelítés. A kapcsolódó kutatások alapvetően a kínálati oldalra koncentrálnak, és abból a feltevésből indulnak ki, hogy a rokkantellátásban való részvételtől szóló (korlátozottan) racionális egyéni döntés a nyugdíjas és nem nyugdíjas állapot egyén számára várható hasznosságán alapul, melyben alapvetően a nyugdíj összegének munkajövedelemhez viszonyított aránya (helyettesítési ráta), a jövedelem megszerzésének, illetve megtartásának bizonyossága, valamint a rendelkezésre álló szabadidő eltöltésének lehetősége játszanak szerepet [Lumsdaine – Mitchell 1999, és sokan mások]. A vizsgálatok legnagyobb hányada azt járja körül, hogy a rokkantellátó rendszerek „relatív nagylelkűsége” milyen módon fejt ki „szívó hatást” a kedvezőtlenebb munkaerő-piaci helyzetű emberekre (munkanélküliekre, alacsony végzettségűekre, fogyatékos emberekre), főként gazdasági recessziók, átalakulások idején [lásd a szemléletről bővebben: O’Brian 2013].

A rokkantellátás választásának megközelítéseivel kapcsolatosan fontos megemlíteni – és ez jellemzően igaz a közgazdaságtani megközelítésre –, hogy az ellátásban való részvételt, egészen a közelmúltig, jellemzően egy dichotómia egyik pólusaként értelmezték. Az érintett személy vagy a munkaerőpiacon marad (vagyis „nem rokkant”, „nem fogyatékos”) vagy „rokkant lesz”, kivonul a munkaerő-piacról, de akkor fel sem merül igazán a kérdés az esetleges legális munkaerő-piaci részvételéről (esetleg akkor, ha az ellátási körülmények megváltoznak annyira, hogy „racionális” vagy „kényszerű” a visszatérés). Ez a dichotóm szemlélet (rokkantellátottak: passzív szerep, nem rokkantellátottak: potenciálisan aktív szerep) nagyon hasonlít a fogyatékoság azon – széles körben elterjedt – felfogásához, amely a fogyatékos embert passzívként, tehetetlenként, ellátottként tekinti a nem fogyatékos emberekhez képest [Könczei – Hernádi 2011 és sokan mások]. Napjainkban lassanként az elemzések szemléletében és

kérdésfelvetésében a fogyatékoság dichotóm, függőségi felfogását egyre inkább átveszi a fogyatékoság kontínuum-felvetése (a megmaradt munkaképesség különböző mértékű), illetve annak komplex értelmezése (eltérő körülmények között, munkakörökben, eltérő munkaerő-piaci környezetben stb. ugyanannak az állapotnak eltérő a munkaképesség-csökkentő hatása).

A korábbi közgazdasági szemléletű foglalkoztatáspolitikai kutatások Magyarországon is jellemzően dichotóm szemléletben kezelték ezt a kérdést: arra alapozva, hogy a rokkantnyugdíj Magyarországon általában végleges inaktivitással jár, fel sem tették az újbóli munkaerő-piaci részvételre vonatkozó kérdéseket [lásd például: Cseres-Gergely 2005, 2007]. Ugyanakkor a rokkantellátásból való, munkaerő-piacra történő kiáramlás a legtöbb országban valóban nagyon alacsony mértékű [és a kérdésfelvetés hiányát nyilvánvalóan ez is indokolja: Cai, Vu, és Wilkins [2007] ausztrál adatokon például úgy találták, hogy 1995-2002 között a rokkantellátottak mindössze 3%-ának szűnt meg az ellátása; a megszűnéseknek azonban kevesebb, mint 40%-a történt elhelyezkedés miatt. Ezzel a szemlélettel mutat rokonságot az a megközelítési forma is, hogy a kutatásokban időről-időre nem tesznek különbséget, vagyis nem vizsgálják külön a különbözőképpen definiált munkaképesség-csökkenés okán járó tartós nyugdíjszerű ellátás (rokkantnyugdíj) motivációs rendszerét a többi (korai) nyugdíjazási formától. Ez elvileg függhetne attól, hogy az adott országban milyen a „rokkantnyugdíjazási rezsím”, mire és mennyiben irányul a rokkantosság (milyen jellemzői, jogosultsági kritériumai és feltételei vannak az ellátásoknak, milyen egyéb „hozádekai” lehetnek a minősítésnek, stb.). Így például Magyarország speciális rokkantossági rendszerét figyelembe véve Cseres-Gergely [2005, 2007] előbb idézet nyugdíjdöntésekről szóló elemzéseiben a rokkantsági és az öregségi nyugdíjat formailag különböző összetevőből álló, mégis összefüggő ellátási rendszernek kezelte, azzal érvelve, hogy bár az elérhetőségük és igénybevételi szabályaik eltérőek, kalkulációjuk és stabilitásuk – így „ösztönzési hatásuk” tulajdonképpen azonos, ráadásul a rokkantnyugdíj Magyarországon (a többi nyugdíjformához hasonlóan) általában végleges inaktivitással jár. Mégis, azokban a kutatásokban, ahol a közgazdasági modell alapvető tényezőin túl a lehetséges ösztönzők, korlátok szélesebb körét vonták az elemzésbe már a kutatások meglehetősen korai szakaszában felhívták a figyelmet arra, hogy a rokkantnyugdíjazásról szóló döntés – egyéni szinten is – speciális szempontokon is alapul [Bound 1999].

Ugyancsak a fogyatékoság dichotóm felfogásából és komplex értelmezésének hiányából, (valamint a társadalmi tényezők és az egészségkárosodás összefüggéseinek

feltáratlanságából, illetve figyelmen kívül hagyásából) fakadhat, hogy hazai és a nemzetközi közgazdasági irodalmak a gazdasági ösztönzők és a munkaerő-piaci körülmények rokkantnyugdíjazásra gyakorolt hatását nagyon gyakran (sok esetben: rejtetten) egyfajta „célzási hibaként” értelmezték (és egy részük még napjainkban is így értelmezi). Úgy tekintették, hogy a rokkantnyugdíj helyettesítési rátája, illetve a megszerzésének és megtartásának bizonyossága munkaerő-kínálatot módosító hatása, vagy akár az igénylések területi különbségei azért lehetnek, mert a rokkantnyugdíjazási esetek egy részében valójában (régebben) „szimulálásról”, vagy (újabban) a rejtett munkanélküliség egy formájáról van szó (és gondolatmenetükben emellett mutatkoznak még a visszaélések). A rejtett munkanélküliségről gondolkodó kutatók jellemzően úgy vélekednek, hogy a rokkantnyugdíjasok problémáit a foglalkoztatás növekvő nehézségei okozzák (társadalmi-gazdasági jellemzőik a munkanélküliekéhez hasonlóak), a rokkantnyugdíj pedig „elrejtí” a valós munkanélküliségi ráta egy részét [lásd például: Mooij 1999, Autor – Duggan 2003]. Önmagában „az elrejtett munkanélküliség” mértékéről nagyon eltérő kutatási eredmények láttak napvilágot.

### **3. 2. 2. A rokkantnyugdíjazás új megközelítései**

A legújabb szakirodalmi eredmények jó okkal teszik kérdésessé, hogy a rokkantnyugdíjról szóló döntéseknél a (korlátozottan) racionális döntés elméletéből építkező „klasszikus ösztönzési rendszerek” milyen módon vehetőek figyelembe. A (korai) nyugdíjba vonulásról szóló irodalmakban jól dokumentált tény, hogy a korai nyugdíjazásnak elsődleges indoka a kedvezőtlen egészségügyi állapot [Lumsdaine – Mitchell 1999, Schellenberg – Silver 2004], az egészségügyi állapot hirtelen romlása [Bound – Schoenbaum – Stinebrickner – Waidmann 1999], illetve az is szerepet játszik, hogy az egyén megítélése szerint a munkaerő-piacon maradás hogyan befolyásolná egészségügyi állapotát [Amann, idézi: Monostori 2009]. Schirle [2010] a kanadai nyugdíjazások motivációit vizsgáló elemzésében például azt találta, hogy a rossz egészségügyi állapot jelentősen, mintegy 24 százalékponttal megnövelte a nyugdíjba vonulás valószínűségét a jó egészségügyi állapothoz képest; míg egy nagyobb egészségügyi krízis után 8 százalékponttal, egy kisebbet követően 2 százalékponttal valószínűbb a nyugdíjazás. Ezt magyar kutatási eredmények is alátámasztják [Monostori 2009].

A kutatások azonban azt is jelzik, hogy az egészségügyi okból bekövetkezett (korai) nyugdíjazások legjelentősebb része nem önkéntes, hanem kényszerűségeen alapul

[Denton, Plenderleith és Chowhan 2013]. Lachance – Seligman [2008] kutatásának eredményei azt mutatják, hogy a kényszerű korai nyugdíjazások 59,1%-a egészségügyi problémák miatt következik be, amely mintegy négyszer nagyobb arány az önkéntes nyugdíjazásnál megfigyelhetőnél (és minden harmadik esetben a munkahely elvesztése áll a háttérben).

Egy kanadai kutatásban Denton, Plenderleith és Chowhan [2010] azt találták, hogy az akadályozott emberek<sup>29</sup> körében a teljes népességhez képest mintegy másfélszeres a kényszerűségből (korai) nyugdíjba vonulók aránya (mintegy 40%-ot mértek). Több a kényszerű nyugdíjazással foglalkozó elemzés jelzi, hogy a nem önkéntes nyugdíjasok sokkal kevésbé reagálnak a „hagyományos” (pénzügyi) ösztönzőkre, mint az önkéntesen nyugdíjba vonult társaik [lásd erről bővebben: Lachance – Seligman 2008]. Schultz, Morton és Weckerle [1998] – a nyugdíjazás motivációs rendszerét feltáró klasszikus tanulmányukban – úgy vélték, hogy a nyugdíjazási döntés esetében az egyén döntését un. „push” és „pull” tényezők egyaránt befolyásolják. A „pull”, vagyis (pozitívan ösztönző) tényezők a nyugdíjba vonulást vonzóbbá teszik (pl. a szabadidős tevékenységek folytatásának lehetősége, a rokkantállást magas helyettesítési rátája, kedvező feltételei), a „push” (negatívan kiszorító) tényezők pedig azok a negatív szempontok, amelyek miatt „hasznosabb” a nyugdíjazást választani (pl. romló egészségügyi állapot, nem megfelelő munka, munkaerő-piaci bizonytalanság). A szerzők mindemellett kutatásukban maguk is azt találták, hogy a „push” és a „pull” tényezők különbözőképpen befolyásolják az önkéntesen és kényszerből nyugdíjba vonult embereket. A kényszerű nyugdíjazásoknál sokkal nagyobb súllyal esnek latba a „push” tényezők, és ez a különbség a későbbi életminőséget és jól-létet is alapvetően meghatározza.

### **3. 2. 3. A rokkantnyugdíjazásba való beáramlás tényezői: makroszintű tényezők**

A rokkantellátásba való beáramlással foglalkozó kutatások egy (jelentősebb) része azt vizsgálja, hogy milyen makroszintű folyamatokkal, jellemzőkkel mutatnak összefüggést a rokkantellátásba való beáramlás trendjei. E kutatások kapcsán alapvető fontosságú megemlíteni, hogy – jellegükből adódóan – következtetéseik inkább „együttjárásokról”, mint ok-okozati összefüggésekről, „miértekről” vagy „hogyanokról” nyújtanak megalapozott információt. Annak ellenére, hogy ezek a kutatások jellemzően illeszkednek a vezető közgazdasági személethez, vagyis a rokkantellátásba való belépést

<sup>29</sup> A mérés a dolgozatomban bevezetőjében is ismertetett „PALS”-ből származott [Statistics Canada, é. n.].

racionális egyéni döntésnek tekintik, viszonylag kevés elemzés készült arról, hogy a makroszinten kimutatott „ok-okozati viszonyok” milyen módon „valósulnak meg”, vagyis az azonosított makroszintű magyarázó tényezők hogyan jelentkeznek az egyéni döntésekben. Azon túl, hogy a kutatások megállapítják az „ok-okozati” összefüggést, és a makroszintű jellemzőket „push” vagy „pull” tényezőnek minősítik, általában nincsenek evidenciák alapuló válaszok a „miértekre” és a „hogyanokra”, feltáratlanok a makro-mikro átmenet folyamatai. Így nem meglepő, hogy az általuk sejtetett ok-okozati összefüggések közül napjainkban nem egyről derült ki, hogy explanáció, és az összefüggések valódi okait „máshol”, „mélyebben”, esetleg társadalom-lélektani működési mechanizmusokban kell (majd a jövőben) keresni.

Rupp és Stapleton 1995-ös tanulmányukban a szakirodalmi előzmények áttekintésével, illetve saját elemzésekkel igyekeztek megérteni, hogy milyen tényezők álltak a rokkantellátásba való – változó mértékű – beáramlás hátterében az Amerikai Egyesült Államokban 1980-1993 között. A beáramlást alakító makroszintű tényezők között elsőként a *demográfiai és társadalmi változások* hatását vizsgálták: azt találták, hogy a rokkantsági biztosítottak – az *aktív korú korcsoportok létszámának növekedése, valamint a nők aktívabb munkaerő-piaci részvétele* okán – „drámaian” megnövekedett száma, valamint a *szegény lakosság létszámának* ugyancsak jelentős növekedése két olyan tényező, melyek önmagukban jelentősen növelték a rokkantellátásba történő beáramlást. Ezeket az összefüggéseket később a világ más területein is kimutatták, és ma már evidenciának tekintik [lásd pl. OECD 2010, 2012, Burkhauser – Daly 2012].

Ugyancsak a rokkantellátás igényelőinek számát, illetve arányát meghatározó demográfiai-társadalmi tényezők közé szokták sorolni a *népesség elöregedéséből* fakadó erősebb „nyomást”, a *nyugdíjkorhatár emelésének* következményeit (az emberek jellemzően nem a nyugdíjkorhatárt közvetlenül megelőzően, hanem egy kicsit korábban mennek nyugdíjba, vagyis a nyugdíjkorhatár emelése növeli a beáramlók átlagéletkorát és kissé csökkenti az arányukat), valamint a *javuló egészségügyi ellátást* is (amely csökkentheti a tartós megbetegedések arányát, valamint érdemben javíthatja a balesetek kimenetelét) [Burkhauser – Daly 2012].

Az *üzleti környezet (üzleti ciklusok)* rokkantellátásba történő beáramlásra gyakorolt hatását ugyancsak többen vizsgálták. Rupp és Stapleton [1995] az üzleti ciklusok „késleltetett hatására” hívták fel a figyelmet (véleményük szerint válság után nagyjából 2 évvel jelentkeznek az igénylésekben). Black, Daniel és Sanders [2001] tanulmányukban eltérő helyi munkaerő-piaci feltételek között kutatták a gazdasági növekedés vagy

visszaesés hatását a rokkantnyugdíjazásra. A helyi gazdasági növekedést vagy csökkenést (egy sor korábbi kutatás tapasztalata alapján) a széntartalékok és a szénár együttes változásával modellezték. Eredményeik arra utaltak, hogy a tartós munkahelyteremtés vagy csökkenés (például az acélipar összeomlása Amerika bizonyos területein, szembe mondjuk a szén árának időszakos változásával) sokkal nagyobb hatással van a rokkantnyugdíjazásra, mint az átmeneti helyi munkaerő-piaci változások<sup>30</sup>.

Ugyancsak a *kedvezőtlen gazdasági körülményeknek* a rokkantnyugdíjazásba történő beáramlásba gyakorolt hatására hívta fel a figyelmet Reno és Ekman [2012]. Úgy gondolják, hogy a cégek a leépítések idején nagyobb arányban és hamarabb válnak meg az egészségkárosodott munkaerőtől, és hogy az egészségkárosodott embereknek (különösen az idősebb korosztályoknak) ilyen körülmények között sokkal kevesebb az esélye az újbóli elhelyezkedésre: mindezek pedig inkább a rokkantellátások felé tolják az embereket.

A *gazdasági szerkezet átalakulása* – a kapcsolódó kutatások eredményei alapján – ugyancsak hatást gyakorolhat mind a rokkantellátásba történő beáramlása, mind a kiáramlás alacsony szintjére. Az utóbbi évtizedek tartós, jellemzően strukturális változásai a munkaerő-kereslet érdemi megváltozását eredményezték: a (szakképzett) fizikai munkahelyek és a képzetlenek iránti igény csökkenése, a rugalmasság mind nagyobb követelménye, a munkaerő-piacon igényelt készségek változása, mind-mind szerepet játszhatnak a képzetlen munkaerő munkaerő-piacról történő kiszorulására, rokkantnyugdíjazási igényre, (és egyben az egészségkárosodott emberek munkaerő-piaci (re)integrációjának esélyeire is) [Csoba 2011, Argyrous – Neale 2001, Reno – Ekman 2012 és mások]. A szakképzetlen munkaerő képzettség-erózióját tovább növelik a főként a képzett munkaerőnek nyújtott továbbképzések is [Argyrous – Neale 2001]. Nemzetközi szakirodalmakban ugyancsak gyakran említik, hogy a globalizáció miatt önmagában nőtt a kínálat a szakképzetlen munkásokból több országban is. Rupp és Stapleton [1995] korábban idézett munkájukban a szakirodalmi előzmények áttekintésével mindemellett arra hívják fel a figyelmet, hogy ez az összefüggés – az empirikus evidenciákat tekintve – nem egyértelmű: a gazdasági szerkezetváltás rövid távon valóban növeli a rokkantellátás igénylését (az ipari munkahelyek megszűnése miatt), azonban a szolgáltatási szektor megerősödésével újra csökkenhet az arány (a

<sup>30</sup> Ez jól magyarázható azzal, hogy azok rövidtávon még nem járnak tartós egészségromlással (lásd.: később). A jelenség (ilyetén) magyarázatával a szerzők nem foglalkoztak.



szolgáltatási szektor munkahelyei „kevésbé érzékenyek” az egészségkárosodásra). Néhány – általuk idézett – szerző pedig arra jutott, hogy a gazdasági szerkezetváltás hatása eltérő a különböző károsodások esetében.

Bár a rokkantnyugdíjazás rendszerváltás utáni magyarországi növekedéséről szóló szakirodalmakban – a legerősebb üzenetként – az azt motiváló racionális politikai és stratégiai okokat szokták elsőként említeni (miszerint: ez az ellátási forma alkalmasnak mutatkozott arra, hogy csökkentse a piaci reformok társadalmi költsége miatt kialakuló elégedetlenséget; lásd bővebben: Gere 2001, Vanhuysse 2004), több evidencia van arra vonatkozóan, hogy a tartós munkaerő-piaci változások önmagukban is hatással voltak a rokkantnyugdíjazás emelkedésére [hasonlóan a nemzetközi tapasztalatokhoz, lásd például: Scharle 2004].

A munkaerőpiac további jellemzői – *a foglalkoztatási szint, feketemunka, munkaerő-piaci diszkrimináció, a munkaerőpiac rugalmassága* – ugyancsak befolyásolják az igényléseket. A rokkantossításra irányuló igénylések vizsgálatakor Scharle [2008] makroszintű adatokat vizsgált: azt találta, hogy az igénylések megyei népességszámra vetített arányát – az egészségügyi állapotra vonatkozó tényezők mellett – érdemben befolyásolják a munkaerőpiac helyi jellemzői: az alacsonyabb foglalkoztatás és a feketemunka<sup>31</sup> nagyobb lehetősége magasabb igénylési aránnyal járt. Az adatokból a roma népesség munkaerő-piaci diszkriminációjára utaló adatok is körvonalazódtak: azokon a területeken, ahol magasabb a roma népesség aránya, a beadott igénylések arányát kevésbé mérsékli a kedvezőbb foglalkoztatási helyzet.

Több kutatásban is arra jutottak, hogy a rokkantellátások igénybevételének szándéka összefüggést mutat a *munkanélküli és más jóléti ellátások jellemzőivel*: jellemzően úgy találták, hogy azokban az országokban ahol a jóléti juttatások alacsonyabbak, bizonytalanabbak és rövidebb ideig kaphatóak, mint a fogyatékosági ellátások, a rokkantsági ellátás igénybevételének szándéka erőteljesebb [Kerr-Smoluk 2011, és sokan mások].

Az elmúlt évtizedekben az egyik leggyakrabban vizsgált kérdés, hogy a *rokkantellátás endogén tényezői, vagyis intézményrendszere, jellemzői* hogyan hatnak a rokkantellátásba való beáramlásra. A korábbi – közgazdasági szemléletű – tanulmányok kimutatták, hogy az egyéni döntést *a jelentkezés költségei, a támogatás valószínűsége és*

---

<sup>31</sup>Mindemellett a feketemunka mérésére alkalmazott becslési módszer megítélésem szerint erősen bizonytalan: Scharle az informális gazdaságot a nagyvárosban élők arányával mérte, ahol a háztáji termelés lehetőségét jelezte a városiak alacsony aránya, a feketemunka lehetőségét pedig a magas arányuk.

*stabilitása, az ellátás „futamideje”, a munkaerőpiacon elérhető bérekhez képesti helyettesítési rátája egyaránt befolyásol(hat)ják [Bound – Burkhauser 1999, Autor – Dugan 2003, Erlinghagen – Knuth 2010 és mások]. Az intézményrendszer oldaláról ugyancsak befolyásolhatja az a szemlélet, hogy kit tekintenek a rokkantellátást alanyának (milyen csoportot ír körül a fogyatékoság rokkantellátás megítélésakor alkalmazott fogalma, és melyek az ellátás igénybevételének jogosultsági feltételei), hogy rendelkezésre állnak-e az adminisztratív és politikai feltételei az ellátásban lévők felülvizsgálatának (az esetlegesen megváltozott jogosultsági feltételek nyomán), valamint, hogy rendelkezésre állnak-e rehabilitációs programok, és milyen az ösztönzés az igénybevételükre.*

*A fogyatékoság fogalmának kiszélesítése, a „nem klasszikus” fogyatékoságok jogosultsági körbe való emelése (pl. mentális betegségek, belszervi fogyatékoság), a megközelítés változása mind-mind növelhették az igénylést, illetve a rokkantellátásba való beáramlást [Kerr – Smoluk 2011]. Mindemellett a fogalmi és adminisztratív változások nyomán bekövetkező felülvizsgálatok – a szűkösen rendelkezésre álló kutatási eredmények szerint – ellensúlyozhatják is ezt a folyamatot. Az Amerikai Egyesült Államokban az 1980-as években jelentősen csökkent a rokkantsági kérelmezések aránya, ez felgyorsította a felülvizsgálatok ütemét. Ez önmagában is csökkentette a rokkantellátottak számát, azonban a kutatások arra is felhívják a figyelmet, hogy akiknek nem volt tartós a fogyatékosága vagy időről időre változott az állapota, azoknak gyakrabban megszűnt az ellátása: így ez a gyakoribb felülvizsgálati rendszer hátrányosan érintette például a mentális betegeket vagy a krónikus fájdalomban szenvedőket<sup>32</sup>. Mindemellett az ellátás „bizonytalanabbá válása” feltehetően közvetett módon is csökkentette a rokkantnyugdíjazási rátát: Parsons [1991, idézi: Kerr-Smoluk 2011] azt találta, hogy 10 százalékos emelkedése az elutasításoknak a kérvényezések 4,5%-os csökkenését eredményezi. Rupp és Stapleton [1995] a munkanélküliségi rátával és a demográfiai adatokkal együtt vizsgálta ezt a rátát és a hatást a Parsons-é felének becsülte. A jogosultsággal kapcsolatos szigorító politikai és adminisztratív változások, a felülvizsgálatokkal gyakoribbá válása azonban a stigmahatás erősödését is eredményezheti – vagyis a kérelmezések csökkenésének hátterében ennek a hatása is állhat.*

---

<sup>32</sup> 1983-ban enyhítettek a szabályon, így az jobban igazodik a mentális betegek, krónikus fájdalom-típusú fogyatékoságoknak.

Börsch-Supan és Roth [2011] a SHARE<sup>33</sup> adatfelvételéből származó elemzésükben az egyén egészségügyi és az élettörténetére vonatkozó jellemzői hatását kontrollálva azt találták, hogy az állami rokkantnyugdíj igénybevétele az *ellátási szinttől (helyettesítési rátától)* és a *jogosultsági kritériumoktól* függ. Börsch-Supan [2011] a SHARE adatfelvételéből származó adatokat két további adatbázis adataival kiegészítve (ELSA, HRS), a rokkantsági ellátottak európai országok és az Egyesült Államok közötti jelentős különbségeit vizsgálva arra jutott, hogy kontrollálva az országok lakosainak eltérő egészségügyi állapotát és demográfiai szerkezetét, valamint az egészségügyi intézkedéseket, a rokkantellátás igénybevétele még mindig jelentősen eltér. Eredményei szerint a *korai nyugdíjazás intézményrendszere, a rokkantsági ellátás szabályai és nagylelkűsége* magyarázza az országok közötti különbségek legjelentősebb részét.

A makroszintű gazdasági-társadalmi körülmények és az intézményrendszer együttes hatására világít rá Angelini, Cavapozzi és Paccagnella azon 2012-es elemzése, melyben a megváltozott munkaképesség mértékének<sup>34</sup> nemzetközi különbségeit vizsgálták. A SHARE, illetve a COMPARE<sup>35</sup> programok adatbázisaiban végzett vizsgálatuk alapvető kérdése az volt, hogy a fogyatékoság (országoként) eltérő értelmezéseinek van-e hatása arra, hogy mennyien tekintik magukat megváltozott munkaképességű embernek? Első modelljükben az alapvető szocio-demográfiai jellemzőkre és az egészségügyi állapotra vonatkozó változók hatását vizsgálták: az egészségügyi állapot és a nem változó hatásait szignifikánsnak találták abban, hogy valaki megváltozott munkaképességű embernek tekinti-e magát. Azonban a változók kontrollálásával még mindig érdemi országok között eltéréseket mutattak ki. Második modelljükbe az előző modell változói mellett a megváltozott munkaképességre vonatkozó különböző értelmezéseket (melyeket az adatfelvételben „esetekkel” ugyancsak megmértek) is beemelték (ez volt a kutatás alapvető kérdésfeltevése), de az országok közötti jelentős eltérések továbbra sem tűntek el (az eredmények tehát nem támasztották alá az eltérő értelmezésre vonatkozó előzetes feltevéseiket). Ezért a változók körét intézményi különbségekre vonatkozó makroadatokkal bővítették: az EUROSTAT 2004-es adatai alapján az országokra vonatkozó harmonizált fogyasztói árindexet, a foglalkoztatottak arányát az 55-64 éves generációban (ezzel kívánták mérni a rokkantsággal leginkább

---

33 SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (két hullámban mértek, a 2004-es adatfelvételnél 31 115 főt, és 2006-os adatfelvételeknél 34415 főt kérdeztek meg).

34 Ebben a tanulmányban az önbevallásos megváltozott munkaképességet vizsgálták, amelyet a későbbi rokkantossítási szándék jó előrejelzőjének tekintettek.

<sup>35</sup> COMPARE projekt: 5720 háztartás körében készült adatfelvétel.

veszélyeztetett korosztályokra vonatkozó munkaerő-piaci politikákat), valamint a rokkantsági ellátások GDP %-ában közölt arányát (a rendszer „nagylelkűségének” mutatójaként) vonták be a modellbe. Végző elemzéseik azt mutatták, hogy az országok közötti különbségekre leginkább ez utóbbi két tényező volt hatással: minél kevésbé „nagyvonalú” a rendszer és mind magasabb a foglalkoztatási arány a veszélyeztetett korcsoportban, annál alacsonyabb az önmagukat megváltozott munkaképességű emberként minősítők aránya.

Arról, hogy az egyes országokban milyen körülmények között, milyen viták árán, milyen eredménnyel zajlottak az elmúlt évek fogyatékoságügyi szakpolitikai változásai (részben: éppen az intézményrendszer endogén tényezőinek szerepe mellett érvelő kutatások és az ezekre épülő szakpolitikai ajánlások hatására), jó néhány európai országból állnak rendelkezésünkre kutatási eredmények. Így például az (átalakuló) angol és a dán modellt hasonlította össze Etherington és Ingold [2012]. A német jóléti állam reformjának következményeiről Rauch és Dornette [2010], az angol „Pathways to work” átalakításáról, és a Policy and Politics-ben 2011-ben – elsősorban a fogyatékosági ellátások feltételrendszeréről – zajlott vitáról Weston [2012] adnak áttekintéseket. Az európai országokra kiterjedő összefoglalókat és összehasonlításokat készített az ANED 2009-ben.

### **3. 2. 4. A rokkantellátásba való beáramlás egyéni és szűkebb környezeti tényezői**

A közgazdasági szemléletű, rokkantellátásba való beáramlás egyéni szintű tényezőit vizsgáló kutatások elsősorban arra fókuszáltak, hogy milyen jellemzők, tényezők esetén lehet „vonzóbb”, „racionálisabb” a rokkantellátás igénybevétele.

Charles [idézi Bound 1999] a Panel Study of Income Dynamics-ből készített elemzésében azt találta, hogy a vizsgált amerikai férfiak jellemzően akkor kezdtek el foglalkozni egészségügyi korlátozottságukkal, amikor az jelentősebb jövedelem csökkenést eredményezett. Az egészségügyi állapot megváltozására irányuló egyéni reakciókat alapjaiban meghatározta az érintett *életkora*: a fiatalabb munkavállalók kisebb hányada igényelt rokkantsági ellátást, és vonult ki a munkaerőpiacról. Charles mindezt azzal magyarázta, hogy az egészségügyi feltételek megváltozása jelentős hatással lehet a munkakör-specifikus humán tőkére: a mind fiatalabb érintetteknél egyrészt kevesebb lehet az elvesztett humán tőke, másrészt nagyobb lehet az érintettek motivációja, rugalmassága és képessége arra, hogy olyan készségek fejlesztésére fektessenek be, amelyekkel (az egészségügyi korlátozottságuk ellenére is)

sikeres lehet a munkaerő-piaci részvételük. Az igényléssel kapcsolatos döntést mindemellett alapvetően befolyásolta az is, hogy a munkaadó tudott-e és szándékozott-e alkalmazkodni a munkavállaló megváltozott jellemzőihez. Daly és Bound 1996-os kutatásukban hasonló eredményekre és következtetésekre jutottak.

Egy a kanadai PALS 2001-2006 közötti adataiból készült kutatás [Denton – Plenderleith – Chowhan 2013] azt állapította meg, hogy az akadályozott emberek bizonyos csoportjaiban nagyobb az esélye a munkaerőpiac kényszerű elhagyásának, mint más csoportokban: így a *középkorúaknak, az alacsonyabb végzettségűeknek és a kisebbségi csoportok tagjainak*.

Cai és Gregory [2005] tanulmányukban adminisztratív adatbázisokból származó egyéni szintű adatokon ellenőrizték és egészítették ki Autor és Duggan [2003, idézi: Cai – Gregory 2005] azon megállapítását, miszerint *munkanélküli státusból* kisebb költséggel jár rokkantnyugdíjassnak lenni, mint foglalkoztatottként. Számításaik szerint az 1995-2002 között rokkantnyugdíjassá váló emberek 60%-a érkezett a munkanélküli ellátásból. Eredményeik szerint a munkanélküli ellátásból rokkantnyudíjba történő beáramlást alapvetően befolyásolja a *munkanélküliség időtartalma*. Ennek okait abban látják, hogy *rokkantsággal kapcsolatos megbélyegzés* miatt az emberek kevésbé választják a rokkantosítást, ha a munkanélküliség időtartalma várhatóan rövid; ha hosszabb a munkanélküliség, az egyén humán tőkéje csökken (ami ugyancsak csökkenti a rokkantosítás költségeit), és romlik az egészségi állapota is [lásd pl.: Jahoda 1999, számos hazai és nemzetközi kutatás]. Mindemellett a hosszabb munkanélküliség „jelként” is működhet a munkaképtelenségéről az azt minősíteni kívánó rendszernek. Eredményeik mindemellett arra is rámutattak, hogy a rokkantosítás előtti munkanélküliség nem „hold-on” jellegű<sup>36</sup>, hiszen a később rokkantnyugdíjassá váló emberek munkanélküliségi időtartalma lényegesen (átlagosan mintegy másfél évvel) hosszabb volt a többiekénél.

Már az egyéni szintű kutatásokban is megjelent a *család(i helyzet)* döntésben játszott szerepének vizsgálata. Schirle [2010] például azt találta, hogy a házastárs megléte önmagában növeli a rokkantnyugdíjazás esélyét, viszont, ha a házastárs alkalmazott, az csökkenti azt. Az eltartott gyerekek ugyancsak csökkentik a korai nyugdíjba vonulás valószínűségét. Szinovacz és Davey [2005] azt találták, hogy kevésbé érzik önkéntesnek

---

36 Vagyis nem arról van szó, hogy az az igazgatási gyakorlat, hogy a munkanélkülieket először munkanélküli ellátásba hozzák, amíg a rokkantsági ellátás elbírálása tartott.

és jó döntésnek a nyugdíjba vonulást az érintettek akkor, ha úgy látják, hogy a házastárs hatalmi helyzete erősödött a kapcsolatban.

Scharle a MEF 2002. évi első és második hulláma összekapcsolt adatbázisainak vizsgálatakor arra jutott, hogy *„kiszűrve az egészségi állapot hatását, a rosszabb foglalkoztatási kilátások növelik annak esélyét, hogy az egyén rokkantnyugdíjat kap. A hatás nem szignifikáns, de ez abból is következhet, hogy relatíve kevés a megfigyelt belépés a mintában [Scharle 2007:97].”*

Monostori [2008] a Népeségtudományi Kutatóintézet *Életünk fordulópontjai* című kutatása 2001-es és 2004-es hullámainak összekapcsolásával készített regressziós elemzésében – Scharle elemzésénél lényegesen több változó bevonásával – azt találta, hogy a főbb demográfiai jellemzőket<sup>37</sup>, a munkaerő-piaci tényezőket<sup>38</sup>, a relatív jövedelmi helyzetet, a szubjektív egészségi állapotot, a lakóhely regionális elhelyezkedését és településtípusát, valamint a háztartás aktivitási struktúrájára vonatkozó ismérveket vizsgálva – hasonló szubjektív egészségügyi helyzetben is – a *fizikai munkát végzők, a vállalkozók és a munkahelyük elvesztése miatt nagyon aggódók* lesznek nagyobb mértékben rokkantsági nyugdíjasok (vagyis: ha feltételezzük, hogy ők nem „kedvezményezettjei” a minősítési rendszernek, úgy tűnik, hogy azonos (egészségügyi) helyzetben is nagyobb arányban fordulnak kényszerűségből vagy önként a rokkantellátás felé). Ezek az eredmények a Charles-féle humánerőforrás-modellt részben megerősítik (a fizikai munkát végzők esetében értelemszerűen nagyobb a humánerőforrás-vesztés fizikai akadályozottság esetén, valamint jellemzően kisebb e csoport munkaerő-piaci rugalmassága), mindemellett ráirányítják a figyelmet a munkagazdaságtani kutatásokban feltárt – a jövedelem bizonyosságára, biztonságára vonatkozó – szempontok kiemelt szerepére a hazai rokkantnyugdíjazás esetében is – de talán egy „kicsit másként”.

### **3. 2. 5. Komplex modellek és új megközelítések**

Az elmúlt években a rokkantnyugdíjazási döntésekről szóló elemzésekben is egyre inkább megjelennek a komplex megközelítések (hasonlóan az inaktivitás társadalmi kirekesztődés felől közelítő komplex magyarázataihoz, lásd: Bukodi 2004). Ezek szerint a munkaerőpiac elhagyása nem (csak) egyéni motivációk, hanem személyes társadalmi-

<sup>37</sup> Nem, életkor.

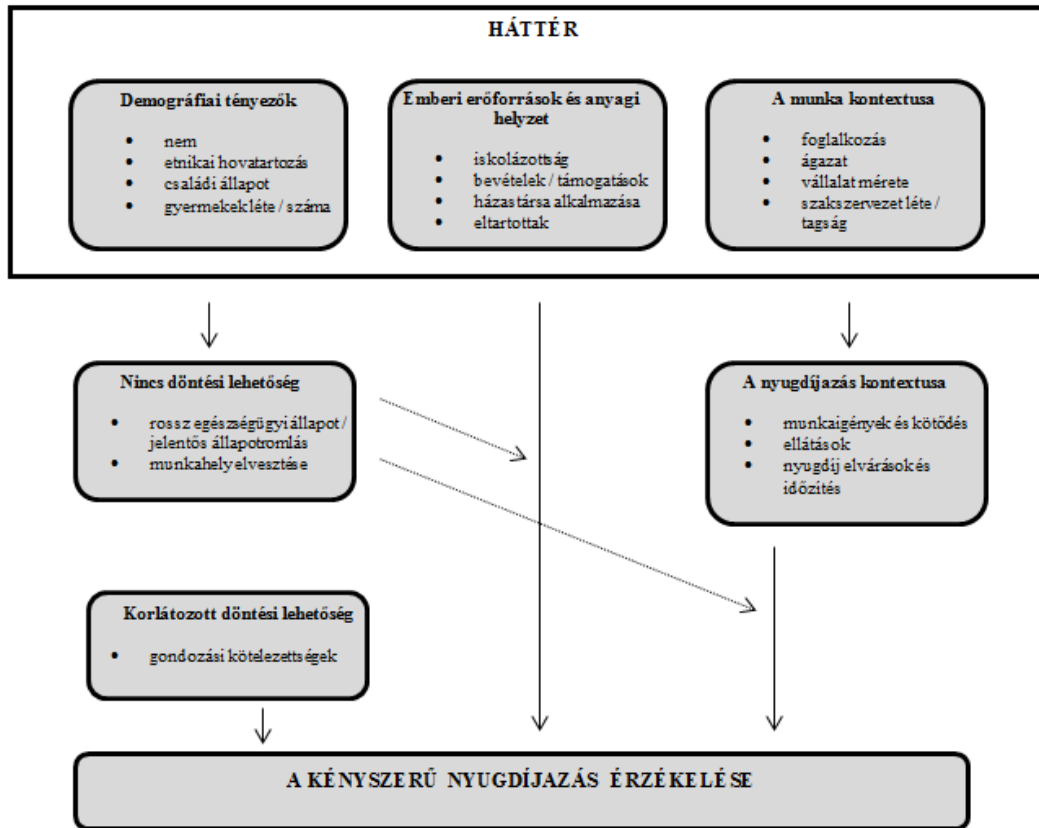
<sup>38</sup> Munkahely tulajdoni jellege, az életpályán megélt munkanélküliség, munkával való elégedettség, a munka elvesztésével kapcsolatos aggodalom.

demográfiai jellemzők, valamint mezo- és makroszintű tényezők (így például a munkaerő-piac korlátai, stb.) összjátékának a következménye.

A nyugdíjazásról szóló döntések komplex, ún. „Életpálya-modelljét” alkotta meg Szinovacz és Davey, melyet 2005-ben a kényszerű nyugdíjazásokra vonatkozóan is módosítottak [idézi: idézi: Denton – Plenderleith – Chowhan 2013, illetve Szinovacz és Davey eredeti, nem kényszerű nyugdíjazásokra vonatkozó modelljét: Monostori 2009]. A modell alapvető feltevése, hogy a nyugdíjazásról szóló döntést – legyen az önkéntes vagy kényszerű – az *egyéni társadalmi-demográfiai jellemzők, a munkaerő-piaci helyzet és a nyugdíjazási rendszer egyaránt* befolyásolják. A kényszerű nyugdíjazásra vonatkozó modelljükben szereplő tényezőket a 2. ábra foglalja össze.

A kanadai PALS (Participation and Activities Limitation Survey) az egyik legelső olyan fogyatékoság-mérés volt a világon, amely fogalomhasználatában nem a károsodást, hanem az abból következő akadályozottságot helyezte középpontba (azóta gyakorlatilag valamennyi jelentősen nemzetközi mérés ebbe az irányba mozdult el, lásd: a jelen tanulmány módszertani bevezetőjét). Ebben a mérésben azokat az embereket tekintik fogyatékosággal élőknek, akik valamilyen fizikai vagy mentális állapot vagy egészségügyi probléma miatt korlátozottak (mindennapi) tevékenységeikben [Statistics Canada é.n]. Denton, Plenderleith és Chowhan 2010-es, a PALS adatait felhasználó vizsgálatukban 9028 önmagát akadályozottnak tartó – 2001-2006 között nyugdíjba vonult – ember válaszaiban vizsgálták az önkéntes és kényszerű nyugdíjazás jellemzőit Szinovacz és Davey elmélete nyomán. Azt találták, hogy a kényszerűségből nyugdíjba vonult akadályozott emberek jellemzőbben fiatalabbak (15-54 évesek), alacsonyabb végzettségűek (érettségi alatt), kedvezőtlenebb jövedelmi helyzetűek (nagyobb arányban bérlik az otthonukat, alacsonyabbak a személyes és háztartási bevételeik is), rosszabb, munkavállalást is korlátozó egészségügyi állapotúak, súlyosabb és több területre (jellemzőbben kommunikációs, tanulási és pszichikai) kiterjedő károsodásokkal rendelkezők, mint az önkéntes döntés alapján nyugdíjba vonult társaik. A szerzők logisztikus regressziós elemzésükben arra jutottak, hogy *a kényszerű korai nyugdíjazást az érintett életkora (fiatalabbaknál jellemzőbb), bevándorló státusza (bevándorlóknál jellemzőbb), iskolai végzettsége (alacsony iskolai végzettség esetében jellemzőbb), bevételei (alacsonyabb bevételek esetében jellemzőbb), a károsodás kialakulásának ideje (35 év felett jellemzőbb) és munkavállalást korlátozó jellege egyaránt meghatározzák.*

**2. ábra A kényszerű nyugdíjazás teoretikus modellje Szinovacz és Davey szerint (2005)**



Saját készítés, forrás: Denton – Plenderleith – Chowhan 2013: 4.

O'Brian 2013-as – „új szemléletű” – tanulmányában arra hívja fel a figyelmet, hogy a kedvezőtlen munkaerő-piaci helyzet és a rokkantellátásban való részvétel másként függ össze: ez pedig alapvetően módosíthatja a rokkantellátásról való szakpolitikai gondolkodás (és megelőzés) irányait is. A közgazdasági szemlélettel szemben (ezt tanulmányában „Reservation Wage Pathway”, vagyis „Rezervációs jövedelem út”-ként említi) az általa javasolt szemléletet „Direct Disabling Pathway”, vagyis „Közvetlen fogyatékos út”-ként nevesíti.

Elemzésében amellet érvel, hogy a rokkantsági ellátásba való beáramlás alapvetően az egyéni egészségügyi állapot megroppanásának következménye: vagyis a tendenciák megértéséhez az egészségügyi állapot megroppanásának tényezőit és egyenlőtlenségeit szükséges megérteni, majd ezt követően érdemes elemezni az ellátásba való beáramlási motivációt módosító intézményes és egyéni tényezőket.

Éppen ezért – az alapvetően az amerikai „Current Population Survey” 1982-2006 közötti, valamint az „American Community Survey” 2008-as, valamint 2009-es adataira



támaszkodó, a makroökonómiai körülmények vonatkozásában az Amerikai Népszámlálásból nyert adatokat felhasználó – elemzését nem a rokkantsági igénylésektől indítja, hanem az fogyatékosra vonatkozó önbevallásokból. Azt találta, hogy a romló gazdasági feltételek és növekvő helyi munkanélküliség mellett a foglalkoztatott személyek is nagyobb valószínűséggel számolnak be fogyatékosról, és ez az összefüggés olyan csoportok vonatkozásában is fennáll, akik egyébként kisebb valószínűséggel veszik igénybe a rokkant-ellátórendszert (pl. magasabb végzettségű vagy fiatalabb korcsoportok). Arra a következtetésre jutott, hogy *a jövőbeli foglalkoztatási kilátásaikat pesszimistábbnak, bizonytalanabbnak megélő emberek nagyobb valószínűséggel érzik magukat fogyatékossgal élőknek (és bizonyos csoportjaik később nagyobb valószínűséggel áramlanak be a rokkantellátó rendszerbe is).*

A kapcsolódó (és általa is idézett) pszichológiai kutatások egy része úgy tekinti, hogy az egyéni gazdasági-társadalmi bizonytalanság (a munkanélküliség fenyegető réme) olyan stresszor, amely rövid és hosszú távon egyaránt alapvetően rontja az emberek egészségügyi állapotát és betegségek kialakulásához, valamint korai halandósághoz vezet. Ezt az összefüggést a magyar kutatási adatok is bőven alátámasztják: Kopp Mária, Skrabski Árpád valamint Réthelyi János és munkatársaik [2007a, 2007b, és több tanulmány] több tanulmányban tárgyalták az elhúzódó stressz, a relatív státusz-lemaradás, illetve a fellépő státusz-romlás egészségkárosító hatását a rendszerváltás utáni Magyarországon. A tanulmányok más része azt is kiemeli, hogy a státusz-bizonytalanság hatására megváltozik az emberek érzékelése is az egészségügyi állapotukat és munkaerő-piaci képességüket illetően: a szorongás hatására romlik a szubjektív egészségügyi állapot megítélése is.

Monostori [2008] korábban idézet kutatási eredményei – miszerint a fizikai munkát végzők, a vállalkozók és a munkahelyük elvesztése miatt nagyon aggódók lesznek nagyobb mértékben rokkantsági nyugdíjasok – ugyancsak támogatják ezt a feltevést.

O'Brian arra jut, hogy a társadalmi-gazdasági környezetnek az egészségkárosodás kialakulásában játszott szerepét is elemezve, és nem csak közvetlenül a rokkantellátásba való beáramlást vizsgálva, a közgazdasági megközelítések nyomán javasoltaktól eltérő szakpolitikai intézkedésekre van szükség. Így – a nagyobb arányú rokkantosítást megelőzendő – a kedvezőtlen munkaerő-piaci változások esetében a gazdasági válaszok mellett közegészségügyi válaszok is szükségeltetnek. Ezt annál is inkább fontosnak tekinti, mert a tartóssá váló egészségkárosodás nyomán kialakult egyéni „fogyatékos”

címke vagy identitás már súlyosabb társadalmi következményeket, kirekesztettséget von maga után. Másrésztől csökkenteni szükséges a munkavállalói bizonytalanságot, és növelni a munkahelyi biztonságot (v.ö.: a prekariátusról folyó nemzetközi diskurzus, például: Kalleberg 2009, és még sokan mások), harmadrésztől javítani szükséges az újbóli elhelyezkedés lehetőségeit és a támogatást az új munkahelyeken: a munkanélküliségtől való félelem következményei enyhébbek lehetnek akkor, ha az elbocsátás következményei kevésbé súlyosak.

### **3. 3. Kutatási kérdések**

A közelmúlt elméleti és empirikus kutatási eredményei egyre inkább megkérdőjelezzik, hogy a rokkantellátó rendszer igénybevételének szándéka (a megváltozott munkaképesség, mint intézményes „stigma” felvállalása) mennyiben értelmezhető az érdek-alapú, „szabad választásokra” építő racionális döntésemélet alapvetéseivel. Sokkal inkább úgy tűnik, hogy a rokkantellátás igénybevételének szándéka valójában egy „kényszerített helyzetben” (megromlott egészségi állapotban, esetleg kedvezőtlen, megoldási alternatívákat nem mutató anyagi, munkaerő-piaci körülmények között) hozott, korlátozott választást eredményez. Az empirikus kutatási eredmények közvetve vagy közvetlenül rávilágítottak arra is, hogy – éppen a körülmények okán – a rokkantellátásban való részvétel nem egyformán „vonzó” vagy „kényszerű” valamennyi akadályozott ember számára.

A közelmúlt elemzése mellett jellemzően nem az igényléseket vizsgálták (ami nem meglepő, hiszen általában nem nagyon vannak erről információk: a kutatások ritkán tesznek fel kérdéseket a rokkantellátás igénylésére vonatkozóan, ahogy – a néhány országban egyébként kutatható – adminisztratív adatbázisokban is jellemzően korlátozottak az információk csak az igénylőkre vonatkozóan), hanem a rokkantellátásba beáramlott emberek jellemzőit. Ez a megközelítés viszont könnyedén „összemoshat” két folyamatot: a beáramlást ugyanis – az egyéni motivációk és jellemzők mellett – módosíthatják olyan látens intézményrendszeri szemléletek és folyamatok (a jogosultsági feltételek célzásán túl is), amelyek az igénylők egyik vagy másik csoportja számára nehezebbé teszik az ellátáshoz jutást.

Mindemellett az igénylések megértéséhez hiányzik az igénylők alaposabb (több szempontra, így például a fogyatékoság jellegére is kiterjedő), „többdimenziós” vizsgálata is: amint arra a közelmúlt elméleti és empirikus eredményei egyre inkább utalnak, az egyes jellemzők (mint például a kor, nem, családi állapot, kapcsolódva a

mezo- és makroszintű jellemzőkkel) hatása összeadódhat, azok komplexen határozhatnak meg személyes stratégiákat és utakat.

Az NCSSZI – TÁRKI adatbázisaiból készült alábbi elemzésben a következőket vizsgálom:

- (1) Kik lesznek „igénylők” az akadályozott emberek között? Milyen jellemzőikben különböznek az „igénylők” a „nem igénylő” akadályozott emberektől?
- (2) Milyen jellemzőkkel bírnak az „igénylők”: milyen „típusok”, „tipikus utak” rajzolódnak ki, amelyek a rokkantellátás igényléséhez vezetnek?
- (3) Milyen egyenlőtlenségek mutatkoznak a rokkantellátáshoz jutásban? Feltételezhetőek-e intézményrendszeri torzítások, sajátos mechanizmusok a tekintetben, hogy az igénylők közül ki lesz rokkantellátott?

### 3. 4. Adatok és módszerek

A kapcsolódó elemzések az NCSSZI-TÁRKI 2010-es – a jelen dolgozat módszertani bevezetőjében részletesen is bemutatott – adatbázisainak felhasználásával készültek.

Amint korábban kifejtésre került, az adatbázisok használatának előnye (és a választás fő meghatározó tényezője), részben az értelmezhető minta-elemszámokban rejlik, illetve jelen kutatási kérdések esetében abban is, hogy – hazánkban egyedülálló módon – ebben a kutatásban vannak értelmezhető információk az igénylésekre vonatkozóan: arról is kérdezték ugyanis a válaszadókat, hogy volt-e valaha, illetve van-e érvényes orvosszakértői minősítésük. Az orvosszakértői minősítés megléte önmagában természetesen nem jelenti azt, hogy az érintett személy valamilyen rokkantellátásban részesülő<sup>39</sup> ember, hiszen ahhoz az szükséges, hogy megfeleljen az adott ellátás jogosultsági követelményeinek. Feltételezve, hogy az orvosszakértői minősítési eljárás kezdeményezése főként mégiscsak valamely pénzbeli ellátás elérésére irányul<sup>40</sup>, ezért a valaha volt, illetve jelenleg is érvényes orvosszakértői minősítéssel rendelkező emberek ezen ellátások „igénylőinek” tekinthetőek.

Az NCSSZI „C” adatbázisában szereplő akadályozott emberek 45,9%-a rendelkezik orvosszakértői minősítéssel. Az orvosszakértői minősítéssel rendelkező emberek 77%-a részesül valamilyen rokkantellátásban.

Az adatbázisok alkalmazása azonban komoly korlátokat is rejt magában. A rendelkezésre álló adatok „keresztmetszeti” jellegéből adódóan ugyanis ok-okozati

<sup>39</sup> Ilyen ellátás lehetett 2010-ben: baleseti járadék, rokkantsági járadék, korhatár alatti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, egészségkárosodott személyek szociális járadéka.

<sup>40</sup> Ezen kívül más is elérhető, pl. start kártya, akkreditált foglalkoztatás, stb.

típusú következtetéseket csak korlátozottan lehet levonni: ezt csak olyan tényezők esetében lehet megtenni, amelyek biztosan nem változnak, mint például a nem, vagy a feltételezhetően, az esetek döntő többségében lakóhely régiója. Így arra a kérdésre, hogy ki az aki „igénylővé válik” pontosan nem lehetséges válaszolni: arra azonban, hogy miben különböznek az egészségkárosodott (vagyis hivatalos papírral rendelkező) emberek a nem egészségkárosodott, de akadályozott emberektől, vagyis az „igénylők” a „nem igénylőktől”, igen.

A megfogalmazott kutatási kérdéseket logisztikus regressziós eljárással, illetve – a típusokra vonatkozó – k-középpontú klaszterelemzéssel válaszoltam meg. A logisztikus regressziós modelleket lépésenként végrehajtva lehetőség nyílt az egyes változócsoportok egymástól elkülönülő és egymást befolyásoló hatásának vizsgálatára is.

Az elemzésekbe – a korábban bemutatott szakirodalmi előzmények és saját kutatói feltételezéseim nyomán – a következő változócsoportokat vontam be lépésenként:

- „Egészségügyi állapot, korlátozottság, fogyatékoság és hátrány”: annak vizsgálata céljából, hogy van-e különbség a hivatalos papírral rendelkező és nem rendelkező, illetve az ellátáshoz jutó és nem jutó akadályozott emberek között az egészségügyi állapot, a korlátozottságok, a fogyatékoság, illetve az abból adódó hátrányok tekintetében<sup>41</sup>. A változócsoportnak az elemzésbe történő beemelésével válasz nyújtható egyrészt arra a kérdésre, hogy az adatokból mutatkoznak-e eltérő „stratégiák” a különböző fogyatékoságokkal rendelkező emberek között, például azért, mert – mint arra a szakirodalmi előzmények is felhívják a figyelmet – eltérő a környezet reagálása és eltérőek a lehetőségek a különböző esetekben. Ugyancsak adalékokkal szolgálhat az elemzés annak felderítéséhez, hogy vannak-e különbségek a születésük / gyermekkoruk óta fogyatékos és a később károsodott emberek életlehetőségeiben, egyértelműbb-e a születésük / gyermekkoruk óta fogyatékos emberek esetében a passzív, „függő helyzetbe” (a „rokkantosságba”) vezető út?

---

<sup>41</sup> Az elemzésbe ebben a dimenzióban a következő változók kerültek bevonásra: milyen az érintett ember egészségügyi állapota; fogyatékosággal élő embernek érzi-e magát; mióta áll fenn a problémáját okozó akadályozottsága; milyen korlátozottságokkal rendelkezik [van-e látássérülése, hallássérülése, tartósan fennálló [nagy] betegsége, pszichés, mentális betegsége, mozgássérülése, tanulási vagy megértési nehézsége]; és hogy ezek a korlátozottságok milyen fogyatékoságokat, illetve hátrányokat eredményeznek.

- „Nem”: annak vizsgálatára, hogy van-e különbség az akadályozott nők és férfiak között az ellátás igénylésének szándékát tekintve? A kapcsolódó szakirodalmak – ahogy ez korábban bemutatásra került – ugyanis egyre inkább felhívják a figyelmet részben a nők és férfiak eltérő reagálására a fogyatékkal / megváltozott munkaképességgel járó „stigmára”, másrészt arra is, hogy a munkaerő-piaci részvétel különbségei miatt a nők hátrányban vannak az ellátás igénybevételének lehetőségét tekintve. A változó bevonása annak a kérdésnek a megválaszolásában is segíthet, hogy az intézményrendszer tesz-e különbséget a női és férfi igénylők között?
- „Roma-e az érintett”: részben azért, hogy a kisebbségi lét befolyásolja-e az igénylést, részben annak vizsgálatára, hogy kimutathatóak-e esetlegesen megjelenő intézményi diszkriminatív hatások az ellátáshoz jutást tekintve?
- „Személyes humán erőforrás tényezők”: annak vizsgálatára, hogy a személyes jellemzőket tekintve különböznek-e az hivatalos papírral rendelkező emberek az azzal nem rendelkező akadályozott emberektől<sup>42</sup>. A változó csoport bevonása lehetőséget ad annak – a szakirodalmi előzményekben korábban ugyancsak bemutatott – feltételezésnek a vizsgálatára, hogy az eltérő személyes jellemzőkkel rendelkező emberek eltérő valószínűséggel döntenek / eltérő valószínűséggel „kényszerülnek dönteni” a rokkantosság mellett, akkor is, ha egészségügyi állapotuk és egyéb jellemzőik hasonlóak.
- „Környezeti erőforrások”: annak vizsgálatára, hogy a közvetlen társas környezet (a háztartás, illetve a baráti kör) kínálta körülmények (és lehetőségek) mennyiben különböznek az egészségkárosodott, illetve a nem egészségkárosodott, de akadályozott emberek csoportjaiban<sup>43</sup>. A változó csoport elemzésbe történő beemelése adalékokkal szolgálhat annak megértéséhez, hogy a környezet jellemzői, illetve a család / háztartás mint rendszer esetlegesen meglévő „komplex stratégiái” milyen módon befolyásolják (ha befolyásolják egyáltalán) az igénylés szándékát.

<sup>42</sup> Az elemzésbe ebben a dimenzióban a következő változók kerültek bevonásra: életkor; iskolai végzettség; a „világgal való összekapcsolódás” [van-e jogosítványa, van-e otthon internetkapcsolata, tud-e idegen nyelven beszélni]; a munkaéletútja mekkora hányadát töltötte munkanélküliségként; miként vélekedik a saját sors feletti személyes felelősségvállalásról.

<sup>43</sup> Az elemzésben ebben a dimenzióban a családi állapotra; a barátok számára és a háztartás aktivitására [van-e még akadályozott a háztartásban, a házastárs / élettárs aktív kereső, illetve nyugdíjas-e] vonatkozóan vizsgáltunk információkat.

- „Munkaerő-piaci (és/vagy intézményrendszeri) jellemzők”: annak vizsgálatára, hogy a munkaerő-piaci körülmények mennyiben különböznek az „igénylők” és a „nem igénylők”, valamint az ellátáshoz jutó és nem jutó akadályozott emberek esetében<sup>44</sup>. A változócsoport bevonása – az egyébként alapvető fontosságú – „kontextuális tényezők” minimális megjelenítésére nyújt lehetőséget, ahogy azzal kapcsolatosan is adalékokkal szolgálhat, hogy megfigyelhetőek-e a minősítést végző intézményrendszer működésében területi különbségek?

### 3. 5. Eredmények

#### 3. 5. 1. Mi befolyásolja az igénylést: mi jellemzi az „igénylőket”?

A rokkantellátás igénylésének szándékát befolyásoló tényezőket logisztikus regressziós eljárással vizsgáltam az akadályozott emberek (NCSSZI-TÁRKI „C” adatbázis) körében. A modellbe függő változóként a válaszadók „ellátást igénylő” és „nem igénylő” csoportjai kerültek. A magyarázó változókat csoportosan, lépésenként vontam be az elemzésbe, azért, hogy az egyes változócsoportok függő változóra és egymásra gyakorolt hatásai egyértelműen láthatóak legyenek. A magyarázó változók egyes dimenzióit (csoportjait) a korábban ismertett szakirodalmi előzmények és saját feltételezéseim alapján alakítottam ki. Így az elemzésbe független változókként a következő változócsoportokat vontam be: egészségügyi állapot, korlátozottság, fogyatékoság és hátrány; nem; roma identitás; személyes humán erőforrás tényezők; környezeti erőforrások; kontextuális tényezők (munkaerő-piaci és/vagy intézményrendszeri jellemzők).

A logisztikus regressziós vizsgálat eredményeinek tanulsága szerint (lásd: M1) az akadályozott (fogyatékos) emberek körében a „igénylő” és a „nem igénylő” emberek közötti különbség – nem meglepő módon – leginkább az egészségügyi állapotuk különbözőségében mutatkozik<sup>45</sup>, de néhány alapvető szocio-demográfiai jellemzőben is különböznek egymástól.

Az adatok jelzik, hogy a korábban „igénylők” összességében kedvezőtlenebb szubjektív és objektív egészségügyi állapotban vannak a „nem igénylőkhöz” képest<sup>46</sup>. A

<sup>44</sup> A munkaerő-piaci körülményeket a lakóhely jellemzői (régió; településtípus) alapján becsültem.

<sup>45</sup> A Nagelkerke R2 értéke 0,455 ebben az esetben; az összes többi dimenzió bevonásával 0,55-re emelkedik.

<sup>46</sup> Az interjú vizsgálatok alapján az feltételezhető, hogy ez is egy olyan jellemző, amely már az igénylés előtt is különbség lehetett, de a hosszú inaktivitás még tovább is ronthatta ezt a különbséget.

súlyosbodó károsodás a látássérülés, a hallássérülés, a krónikus betegségek, valamint a pszichés problémák esetében mind nagyobb eséllyel jár „igényléssel”. A súlyos látássérüléssel élőknek a látássérüléssel nem rendelkezőkhöz képest 2,2-szeres, a súlyos hallássérüléssel élőknek a hallássérüléssel nem rendelkezőkhöz képest 4,8-szeres, a súlyos krónikus betegeknek az ilyen betegséggel nem rendelkezőkhöz képest 2,7-szeres, a súlyos mentális, pszichés betegeknek az ilyen betegséggel nem rendelkezőkhöz képest 2,9-szeres az esélye hogy „igénylők” legyen. Az adatok azt mutatják, hogy e tekintetben a mozgássérülés kivételt jelent: feltehetően azért, mert ilyen típusú károsodással az érintett emberek jelentős része rendelkezik.

Ez, és az az eredmény, hogy egy születésétől fogva akadályozott embernek mintegy kétszer akkora az esélye arra, hogy rokkantosítási folyamatba kerüljön, mint a később akadályozottá vált embereknek, megerősíti azt a korábbi kutatási eredményünket [lásd: Krémer – Nagy 2007], hogy a születetten fogyatékos emberek jó része „kényszerpályán” mozog (munka)életútja tekintetében, és egyben jelzi a rokkantnyugdíjazás „útfüggő jellegét” is. Az adatok azt is jelzik, hogy – a súlyosabb károsodások mellett – így van ez a bármilyen fokú értelmi fogyatékossgal, autizmussal, illetve tanulási nehézséggel küzdő emberek esetében is. Az ő csoportjukban ugyanis nem volt különbség a rokkantosítás valószínűségében a különböző súlyosságokat tekintve: vagyis a társadalom kirekesztő (vagy inkább a családba vagy intézményekbe „berekasztó” hatása) általánosan érvényesül ezen fogyatékossgok gyakorlatilag „bármilyen mértékű” megjelenése esetében. Mindemellett az otthon élő érintettek nagyon kicsi arányban jutnak munkaalkalmakhoz, illetve az azt számukra jellemzően biztosító nappali ellátórendszerhez (bizonyos „szolgálati idő” a rokkantellátások igénybevételéhez elengedhetetlen) [lásd erről bővebben: Nagy 2012]: ezzel lehet összefüggésben az is, hogy az utcai mozgásban, erősen korlátozott emberek között kisebb az „igénylés” valószínűsége.

Az önmagukat fogyatékos embernek tartóknak 2,5-szeres az esélye arra, hogy „igénylők” legyenek az önmagukat nem fogyatékos emberként meghatározókhöz képest. Ez következhet egyrészt a fogyatékossg „medikális” értelmezéséből (vagyis abból, hogy súlyosabb egészségkárosodást inkább tekintetnek fogyatékossgnak az érintettek), de ezzel együtt abból is, hogy a hivatalos „címke” visszahathat az identitásra.

Az „igénylők” – az egészségügyi jellemzőiken túl – egyéb jellemzőikben is különböznek a nem „igénylőktől”: vagyis bizonyos társadalmi csoportok számára

valóban „vonzóbb” lehet a rokkantellátások igénybevétele, mint mások számára. A nőknek – a nemzetközi tendenciákkal megegyezően – nagyjából fele (0,53-szerese) akkora az esélyük arra, hogy „igénylők” legyenek a férfiakhoz képest. Ez a nők alacsonyabb munkaerő-piaci részvétele mellett a rokkantellátásba való beáramlás ágazat-függőségével is magyarázható (vagyis a strukturális változások, és a szolgáltatási szektor megerősödése okán a férfiak erőteljesebb beáramlási szándéka valószínűsíthető).

Az életkor tekintetében az adatok a mind idősebbek egyértelműen nagyobb motivációját mutatják, azonban az adatok keresztmetszeti jellegéből adódóan (és a rokkantigénylés pontos időpontjára vonatkozó ismeret hiánya okán) az összefüggés mértékét óvatosan kell kezelni: erősségében ugyanis az ellátás jogosultsági feltételeinek, illetve „beeresztő képessége” változásainak hatása is minden bizonnyal megmutatkozik.

A munkaerő-piaci összefüggéseket tekintve a községekben és megyeszékhelyeken élő nagyobb motivációját mutatják az adatok: a városban vagy Budapesten élőknek nagyjából fele akkora az esélyük arra, hogy „igénylők” legyenek a községben élőkhez képest. Ugyancsak érdemi különbségek vannak az ország régiói között is: a Nyugat-Dunántúlon élőknek nagyjából fele akkora (0,462-szerese), a Dél-Alföldön élőknek 2,66-szerese az esélyük arra, hogy „igénylők” legyenek a Közép-Magyarországon élőkhez képest. Fontos kérdéseket vet fel, az az eredmény, hogy az ismertén kedvezőtlenebb munkaerő-piaci helyzetű Észak-Magyarországi régióban élőknek is nagyjából fele akkora az esélye az „igénylővé” válásra, mint a közép-magyarországiaknak: a régiós különbségek háttérében könnyedén állhatnak olyan az intézményrendszer működéséből adódó „visszahatások”, amelyek a bemenetek különbözőségével kapcsolatosan a szakirodalmi bevezetőben bemutatásra kerültek. Vagyis olyan helyeken, ahol az emberek úgy érzik, hogy nehezebb rokkantellátáshoz jutni, ott kisebb arányban kísérelik meg az igénylést. Ezek a régiós különbségek persze lehetnek annak is a következményei, hogy várhatóan kevesebben felelnek meg a jogosultsági követelményeknek, ezért nem próbálkoznak: erre a dilemmára választ adnak azok a későbbiekben ismertetett eredmények, amelyek az igénylők között az ellátáshoz jutás feltételeit vizsgálják.

Lényeges, hogy az „igénylők” nem térnek el a „nem igénylőktől” a közvetlen környezet jellemzői (így a házastárs aktivitása, vagy a baráti kör nagysága) tekintetében, illetve az iskolai végzettség tekintetében sem. Ezek az eredmények összességében felvetik azt a hipotézist, hogy a humán-erőforrás és közvetlen környezeti körülmények nem(csak)



önmagukban, hanem amolyan „relatív deprivációs” körülményként is „felelősek” az inaktivitásért: vagyis nem önmagában az alacsony végzettség, hanem a relatíve alacsony végzettség (lásd pl. megyeszékhelyen élők esetében), nem önmagában a háztartás inaktivitása, hanem a többi háztartástól eltérő kedvezőtlenebb aktivitása jár együtt az „igénylés” esélyének növekedésével.

### 3. 5. 2. Az „igénylők” csoportjai

Feltételezve, hogy az „igénylők” jellemzőiket, szándékait, motivációikat tekintve – az akadályozott emberekhez hasonlóan – meglehetősen heterogén csoportot alkotnak, az „igénylés” hátterének és körülményeinek komplexebb megértése érdekében k-középpontú klasztereljárással típusokat alkottam a legfontosabb szocio-demográfiai mutatók<sup>47</sup>, valamint a személyes humán-erőforrásra, az egyéni munkaéletútra, a háztartás aktivitásra, illetve az egészségügyi állapotra és fogyatékosagra vonatkozó jellemzők alapján<sup>48</sup>.

Az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából készült elemzés eredményeként 5 csoport különült el (1. táblázat).

Az igénylők egyik csoportját a „*súlyosabb, illetőleg klasszikus fogyatékos emberek*” alkotják (az igénylők 8,34%-a). A csoport legfontosabb jellemzői, hogy a többi csoportnál lényegesen többen tekintik magukat közöttük fogyatékos embernek (65,5%-uk); 44,1%-uk esetében az akadályozottság születésük óta fennáll (szemben a többi csoportban megfigyelhető 1-5,8%-kal); a súlyos „klasszikus fogyatékoságok” prevalenciája körükben lényegesen magasabb (így a látássérülés, hallássérülés, értelmi sérülés, súlyos mentális betegség), a krónikus betegségé pedig lényegesen alacsonyabb; a humán-erőforrás jellemzőik a többi csoporténál érdemben kedvezőtlenebbek (ISCED 1-2-es szintű végzettséggel 91%-uk rendelkezik, körükben 1% alatti az idegen nyelvet beszélők aránya, minden 13-ig csoporttagnak van csak jogosítványa); több mint felük nőtlen / hajadon; sokan élnek együtt nyugdíjas, idős szüleikkel. A csoport átlagos

<sup>47</sup> Szocio-demográfiai változók: kor, nem, nemzetiség, családi állapot; humán-erőforrás változók: iskolai végzettség, jogosítvánnyal való rendelkezés, idegen nyelv tudás, barátok száma; munkaéletútra vonatkozó változók: a munkaéletút mekkora hányadát töltötte fizetett munkával, munkanélküliként, rokkantellátásban, tanulással, gyermek után járó ellátásban, egyéb inaktívként; háztartás aktivitásra vonatkozó változók: van-e aktív kereső, van-e nyugdíjas, a házastárs/élettárs aktív kereső-e, a házastárs/élettárs nyugdíjas-e; egészségügyi állapotra és fogyatékosagra vonatkozó változók: önmagát fogyatékos embernek tartja-e, mióta áll fenn az akadályozottsága, jellemzi-e közepes vagy súlyos látássérülés, hallássérülés, mozgássérülés, krónikus betegség, pszichés/mentális betegség, tanulási nehézség; lakóhelyre vonatkozó változók: településtípus, régió.

<sup>48</sup> A végső modellben a lakóhelyre vonatkozó információk csoportképző változóként nem játszottak szerepet: nem szóródtak kellőképpen a klaszterek között, valamint megnéztem még az ellátással.

életkora a többi csoportnál lényegesen alacsonyabb, mindössze 41,8 év; felük községben él, Budapesten vagy megyeszékhelyen mindössze közel ötödük lakik.

Az „igénylők” között külön csoportként jelentek meg a „*munkaerő-piac (és a társadalom) számkivetettjei*” (3,5%): olyan, túlnyomórészt (81,4%-ban) roma emberek (59,3%-ban férfiak), akik nagyon alacsony végzettséggel (98,3%-ban ISCED 1-2-es szint), és rendkívül rossz szubjektív egészségügyi állapottal rendelkeznek (83,1%-uknak rossz vagy nagyon rossz az egészségügyi állapota a saját megítélése szerint). A csoport tagjai gazdaságilag aktív státuszban átlagosan gyakorlatilag éppen annyi időt töltöttek, mint a többi „igénylő”, azonban ő esetükben lényegesen magasabb a munkanélküli státuszban töltött idő munkaéletúton belüli aránya. A csoport kedvezőtlen humán-erőforrásait jelzi az is, hogy nagyon alacsony körökben az érvényes jogosítvánnyal, illetve az otthoni internetkapcsolattal rendelkezők (16,9%) aránya. Az érintett emberek társadalmi erőforrásai is szűkösek: nagyon magas körökben az elváltak / özvegyek / házastársuktól külön élők aránya, és háztartásaik jellemzően biztos bevétel (munkabér, nyugdíj) nélküli alacsony munkaintenzitású háztartások. Az érintettek közel harmada Észak-Magyarországon (28,8%), negyede a Dél-Dunántúlon él (23,7%), több mint felük (52,2%) községi lakos. Fontos megemlíteni (erről még később lesz szó), hogy a csoporttagok meglehetősen kedvezőtlen egészségügyi és munkaerő-piaci jellemzői ellenére a többi csoportban megfigyelhetőnél lényegesen kisebb hányaduk részesül rokkantellátásban is (64,4%, szemben a többi csoport 75,3-89,7%-os értékeivel).

Az „igénylők” legjelentősebb csoportját (48,1%) a „*bezárkózók*” alkotják. Ők közel kétharmadukban (64,5%) nők, akik a többi csoporthoz képest a legidősebbek (átlagéletkoruk 55 év). Munkaéletútjuk jellemzően nagy részét fizetett munkával töltötték, ahonnan rokkantellátásba „távoztak”. Fontos jellemzőjük a háztartásuk inaktivitása: 48,6%-uk háztartásában van nyugdíjas, 37,3%-uk esetében a házastársuk / élettársuk is nyugdíjas, viszont nincs olyan közülük, akinek a házastársa / élettársa aktív kereső lenne. Mindemellett magánéleti válságokkal is (a többi csoportban megfigyelhetőnél) nagyobb hányaduk küzdött: minden második-harmadik érintett elvált vagy özvegy. Közülük gyakorlatilag senki sem beszél idegen nyelvet, mindössze negyedüknek van jogosítványa, illetve rendelkezik internet-kapcsolattal. Meglehetősen rossz a szubjektív egészségügyi állapotuk: kétharmaduk szerint rossz vagy nagyon rossz. Háromnegyedük (77,4%) kisvárosban vagy községben él.

1. táblázat Az egészségkárosodott emberek összetétele – csoportok (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=1736 fő)

		„Klasszikus fogyatékos emberek” (145 fő)	„Megóvottak” (542 fő)	„A munkaerő-piac számkivetettjei” (59 fő)	„Bezárkózók” (836 fő)	„Relatív depriváltak” (154 fő)
Nem	férfi	49	47,2	59,3	35,5	43,5
	nő	51	52,8	40,7	64,5	56,5
Iskolai végzettség	Általános vagy egyéb alapfokú oktatás (ISCED 1-2.)	91	75,1	98,3	76,7	33,8
	Középfokú oktatás felső évfolyamai (ISCED 3.)	7,6	17	1,7	16,7	27,9
	Középfokú okt. követő, nem felsőfokú képzés (ISCED 4.)	0,7	4,1	0	4,1	9,7
	Felsőoktatás (ISCED 5-6.)	0,7	3,9	0	2,5	28,6
Roma nemzetiségűek aránya		7,6	3,1	81,4	2,5	0,6
A munkaéletútjának mekkora hányadát töltötte...	...fizetett munkával	14,3	60,4	41,8	61,3	54
	...munkanélkülként	2,3	2,4	20,9	3,1	1,7
	...rokkant-ellátásban	60,3	21,6	23,3	23,1	19,8
	...gyermek utáni ellátásban	2,7	7	3,6	5,5	4,4
	...tanulással	7,8	6,6	7,5	4,9	19
	...egyéb inaktívként	12,6	1,9	2,9	2	0,7
Átlagos életkor a csoportban		41,8	51,9	50	55	48,3
Családi állapot	nőtlen / hajadon	55,2	3	16,9	12,1	20,1
	együtt élő házas	24,1	76,2	39	43,8	39
	különélő házas	4,1	2	13,6	4,3	9,7
	elvált / özvegy	16,5	18,8	30,5	39,8	31,1

	„Klasszikus fogyatékos emberek” (145 fő)	„Megóvottak” (542 fő)	„A munkaerő-piac számkivetettjei” (59 fő)	„Bezárkózók” (836 fő)	„Relatív depriváltak” (154 fő)	
Van-e a háztartásban aktív kereső (igen aránya)	26,6	98,7	15,3	8,1	48,1	
Van-e a háztartásban nyugdíjas (igen aránya)	51	3,9	15,3	48,6	23,4	
Házastárs /élettárs aktív kereső-e	7,6	81	10,2	0	31,8	
Házastárs /élettárs nyugdíjas-e	11	0	8,5	37,3	7,8	
Milyen az Ön egészsége általában? (a „rossz”, illetve „nagyon rossz” választ adók aránya)	60,7	57,2	83,1	66,6	37	
Önmagukat fogyatékos embernek tartók aránya	65,5	35,8	37,3	36,2	33,8	
Azoknak az aránya, akiknek az akadályozottságot jelentő problémájuk, állapotuk születésük óta fennáll	44,1	1,3	1,7	1	5,8	
Jellemzi-e Önt közepesen vagy nagyon súlyos...	...látássérülés	11	2,4	10,2	6,1	3,2
	...hallássérülés	12,4	2,2	8,5	3,7	1,9
	...tartósan fennálló krónikus / nagy betegség	37,2	62,4	54,2	59,4	57,8
	...értelmi nehézség, tanulási vagy megértési nehézség	24	3,5	10,2	4,1	3,9
	...sajátos érzelmi, mentális vagy pszichés állapot, mentális betegség	28,3	10,5	10,2	13,8	13
	...mozgássérülés	33,1	36,9	32,2	39,5	40,3

		„Klasszikus fogyatékos emberek” (145 fő)	„Megóvottak” (542 fő)	„A munkaerő-piac számkivetettjei” (59 fő)	„Bezárkózók” (836 fő)	„Relatív depriváltak” (154 fő)
<b>Barátok száma (átlagosan)</b>		1,1	1,3	0,9	1,1	1,6
<b>Idegen nyelven beszélők aránya</b>		0,7	0,4	11,9	0,2	92,2
<b>Érvényes jogosítvánnyal rendelkezők aránya</b>		7,6	38,9	16,9	24,9	58,4
<b>Van-e otthon internetkapcsolata</b>		34,5	52,6	16,9	26	74,7
<b>Helyettesítési ráta (rokkantnyugdíj / minimálbér)</b>		65,7	78,3	70	77	76,7
<b>Kap-e megváltozott munkaképessége nyomán ellátást<sup>49</sup></b>		89,7	86,3	64,4	87,4	75,3
<b>Településtípus</b>	<b>megyeszékhely</b>	13,1	12,4	15,3	14,6	25,3
	<b>város</b>	30,3	39,5	20,3	37	29,9
	<b>község</b>	50,3	37,6	52,5	40,4	28,6
	<b>Budapest</b>	6,2	10,5	11,9	8	16,2
<b>Régió (3 leginkább érintett régió – a célcsoport mekkora hányada él az adott régióban)</b>		Észak-Alföld (25,5) Dél-Alföld (20,7) Dél-Dunántúl (15,2)	Észak-Alföld (23,6) Dél-Alföld (14,9) Dél-Dunántúl (11,6)	Észak-Magyarország (28,8) Dél-Dunántúl (23,7) Dél-Alföld (18,6)	Észak-Alföld (24,9) Dél-Alföld (18,4) Észak-Magyarország (15,1)	Dél-Dunántúl (22,1) Dél-Alföld (18,2) Budapest (16,2)

Saját számítás, az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából.

<sup>49</sup> Ilyen ellátás lehetett 2010-ben: baleseti járadék, rokkantsági járadék, korhatár alatti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, egészségkárosodott személyek szociális járadéka.

Az „igénylők” másik jelentős csoportját (31,2%) a „*megóvottak*” alkotják. Ők olyan – jellemzően fiatalabb (átlagéletkor: 51,9 év) emberek, akik legjellemzőbben aktív háztartásokban, házasságban élnek: 76,2%-uk együtt élő házas, 98,7%-uk háztartásában van aktív kereső, és 81%-uk esetében aktív kereső a házastárs / élettárs. Kétharmaduk krónikus betegséggel (is) küzd, a „klasszikus fogyatékoságok” prevalenciája körükben nagyon alacsony. Munkaéletútjuk legjelentősebb részét ők is fizetett munkával töltötték (átlagosan 60,4%-át). Az előbbi csoportoknál „nyitottabbak a világra”: felüknek (52,6%) otthon is van internetkapcsolata, minden második-harmadik érintett érvényes jogosítvánnyal is rendelkezik. Az előző csoporthoz hasonlóan legjellemzőbben kisvárosokban, vagy községekben élnek (77,1%). (Felmerül a kérdés, vajon ők a „bezárkózók” – egyelőre még „szerencsésebb” – „előzménye”?)

Az „igénylők” ötödik csoportját a „*relatív depriváltak*” alkotják (8,8%). A csoport legjellemzőbb tulajdonsága, hogy a többi csoporténál lényegesen kedvezőbb humán-erőforrás jellemzőkkel bírnak: érdemben magasabb az iskolai végzettségük (28,6%-uk felsőfokú végzettségű!), 92,2%-uk beszél valamilyen idegen nyelvet, 58,8%-uk rendelkezik érvényes jogosítvánnyal, 74,7%-uknak van otthon is internetkapcsolata. Relatív deprivációjukat okozhatja a közeg, amelyben élnek: 41,3%-uk nagyvárosi (Budapesten vagy megyeszékhelyen él), 71,2%-uk városban (Budapesten, megyeszékhelyen vagy egyéb városban) él. Jellemzően krónikus betegek, vagy mozgássérüléssel élnek (57,8%, illetve 40,3%), a „klasszikus fogyatékoságok” prevalenciája körükben is elenyésző. Az ő esetükben merül fel leginkább az esetleges „potyautasság” kérdése: mindössze 37%-uk vélekedett úgy, hogy rossz vagy nagyon rossz az egészségügyi állapota és mindössze 33,8%-uk gondolja úgy önmagáról, hogy fogyatékosággal élő ember.

Ezek a markánsan elkülönülő csoportok is jól jelzik, hogy a rokkantellátás igénylőinek személyes és környezeti jellemzői összekapcsolódnak, hatnak egymásra és eltérő utakat jelölhetnek ki számukra. A csoport nagyon heterogén, és ebből következően feltételezhetően tagjainak motivációi, életstratégiái is azok: az elérésük, a motivációk megértése és a problémáik kezelését segítő legadekvátabb eszközök megtalálása szempontjából azonban egyaránt segíthet helyzetük komplexebb szemléletű, mégis „modellezett” értelmezése.

### 3. 5. 3. Milyen tényezők befolyásolják az ellátáshoz jutást?

Az előbb bemutatott igénylői csoportok különböző hányada részesült valamilyen rokkantsági ellátásban<sup>50</sup>. Legnagyobb mértékben a „súlyosabb, illetőleg klasszikus fogyatékos emberek” (89,7%), a „bezárkózók” (86,3%), illetve a „megóvottak” (87,4%) feleltek meg a jogosultsági kritériumoknak és feltételeknek. Ennél lényegesen kisebb arányban váltak ellátottá a „relatív depriváltak” (75,3%), ami nem meglepő a többi csoportnál lényegesen kedvezőbb szubjektív egészségügyi állapotuk és körülményeik függvényében. Elgondolkodtató viszont, hogy az érdeemben kedvezőtlenebb szubjektív egészségügyi állapotú és társadalmi helyzetű „munkaerő-piac (és a társadalom) számkivetettjei” csoportba tartozó emberek mindössze kétharmada (64,4%) részesül rokkantsági ellátásban. Feltételezve, hogy az igényléskor tisztában voltak a feltételekkel, és abból kiindulva, hogy a minősítési rendszernek nem szabadna „érzékenynek lennie” a területi halmozódásokra (vagyis attól még, hogy egy adott területen többen igényeltek ellátást, nem kellene, hogy „nehezebb” legyen ellátáshoz jutni), érdeemben felvetődik a rendszer esetlegesen diszkriminatív működésének lehetősége is.

E kérdés – vagyis az ellátáshoz jutás tényezőinek – alaposabb vizsgálatának céljából ugyancsak logisztikus regressziós eljárással összehasonlítottam az „igénylőkön” belül a „rokkantellátást kapók” és „nem kapók” csoportjait (M2. táblázat)<sup>51</sup>. A modellben a dichotóm függő változó attribútumaiként tehát az „ellátást igénylő” válaszadókon belül a „rokkantellátást kapók” és „nem kapók” csoportjai szerepelnek. A magyarázó változókat ez esetben is csoportosan, lépésenként vontam be az elemzésbe, azért, hogy az egyes változócsoportok függő változóra és egymásra gyakorolt hatásai egyértelműen láthatóak legyenek. A magyarázó változók egyes dimenzióit (csoportjait) jelen esetben is a korábban ismertetett szakirodalmi előzmények és saját feltételezéseim alapján alakítottam ki. Így az elemzésbe független változókként a következő változócsoportokat vontam be: egészségügyi állapot, korlátozottság, fogyatékoság és hátrány; nem; roma identitás; személyes humánerőforrás tényezők; környezeti erőforrások; kontextuális tényezők (munkaerő-piaci és/vagy intézményrendszeri jellemzők).

<sup>50</sup> Ilyen ellátás lehetett 2010-ben: baleseti járadék, rokkantsági járadék, korhatár alatti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, egészségkárosodott személyek szociális járadéka.

<sup>51</sup> Ez az elemzés ugyancsak óvatos kérdésfelvetésen alapszik: az egyértelmű ok-okozati kapcsolatot csak bizonyos változók esetében lehet megállapítani.

Tovább erősíti a gyermekkoruk óta fogyatékos emberek „útfüggésének” és a hozzájuk való „sajátos, függőségre építő hozzáállásnak” a feltételezését az az eredmény, hogy a felnőtt korban sérült „igénylőkhöz” képest mintegy 3-szor nagyobb eséllyel kapnak ellátást. Az ellátáshoz jutás és a „fogyatékos identitás” között is „együttjárás” mutatkozik: ez inkább azt a feltételezést erősíti (tekintve, hogy az állapotra vonatkozó számtalan, mérhető tényező kontroll alatt volt az elemzésben), hogy az „intézményes címke” hozzájárul az „identitás” megjelenéséhez. Fontos eredmény mindemellett, hogy az adatokból úgy tűnik: a rendszer „nem érzékeny” a károsodás területére.

Az eredmények tanulsága szerint a korábban mind hosszabb időt munkanélküli státuszban töltött „igénylő” emberek némileg kisebb valószínűséggel jutnak rokkantellátásba (szemben a szakirodalmi eredményekkel). Ez egyaránt jelezheti azt is, hogy az érintettek bizonytalanabb státuszukat „biztosabb ellátásra” kívánták váltani vagy, hogy esetleg nem feleltek meg az ellátási jogosultságnak, ahogy azt is, hogy a rendszer „feltételezi” ezt róluk, és ez az oka a nehezebb bejutásuknak.

Ugyancsak kisebb eséllyel kapnak rokkantellátást olyan emberek, akiknek a háztartásaiban van még akadályozott ember. Feltételezhető, hogy azok, akiknek a környezetében van rokkantellátott, könnyebben nyújtanak be igénylést: hiszen ez ismert és elérhető „stratégia” számukra, és talán éppen a tapasztalatok okán, nem jelent akkora nehézséget a „stigmával” való szembesülés sem.

A vizsgálat jelzi azt az összefüggést, hogy az idősebbek nagyobb valószínűséggel válnak ellátottá, vagyis úgy tűnik, hogy méltányolja a munkaerő-piaci nehézségeiket és „rugalmatlanságukat” a minősítési rendszer (az előbbi elemzéshez hasonlóan ebben az esetben is felmerül persze az a kérdés, hogy az 1990-es évek elejének könnyebb „bemenete” mennyiben játszik szerepet ebben az összefüggésben). Nincs azonban egyértelmű különbség az ellátottak és nem ellátottak között az iskolai végzettségüket tekintve.

Az eljárás eredményei megkérdőjelezik azt a feltevést, hogy a rendszer működését nem befolyásolják területi-intézményi különbségek. Az eltérő munkaerő-piaci körülmények indokolhatják azt az eredményt, miszerint egy közép-magyarországi igénylőhöz képest háromszoros (2,95) eséllyel lesz ellátott egy közép-dunántúli, hatszoros eséllyel egy dél-dunántúli és mintegy öt és félszeres (5,6) eséllyel egy dél-alföldi igénylő (akik más, vizsgált jellemzőiket tekintve egyébként „ugyanolyanok”). Azt viszont már kevésbé, hogy nincs érdemi eltérés abban, hogy mekkora eséllyel lesz egy észak-magyarországi és egy közép-magyarországi igénylő rokkant-ellátott: úgy tűnik ezekből az adatokból,



hogy ezen a területen a körülményeket figyelembe véve „nehezebb” rokkantellátáshoz jutni. Ez mindenképpen felveti azt a kérdést, hogy vajon a valós működésben akár kormányzati, akár helyi szinten létezett-e valamilyen „informális intézményes korlát”, esetleg „sajátságos működés” a bemenetek számát illetően ezen térségek esetében (jogszabályban értelemszerűen nem jelenhetett meg ilyesmi). Ugyancsak meglepő eredmény, hogy a községben élő „igénylőkhöz” képest a megyeszékhelyen élőknek mintegy kétszeres, a városiaknak mintegy másfélszeres az esélye arra, hogy ellátást kapjanak.

Bár sem önmagában az ellátás igénylését, sem a beáramlást vizsgáló logisztikus modellben nem volt érdemi eltérés a roma érintettek esélyeiben, a két lépést együtt vizsgálva (tehát azt elemezve, hogy az akadályozott emberek között mennyi esélye egy roma embernek rokkantellátáshoz jutni) mégis az látható, hogy egy roma igénylő egy nem roma igénylőhöz képest pedig 0,52-szeres eséllyel jut ellátáshoz, ha minden más vizsgált jellemzőjük hatását kiiktatjuk az elemzésből.

### **3. 6. Összegzés**

A kutatási kérdést megválaszoló fejezet elméleti bevezető részében – a szakirodalmi előzmények elemző áttekintése nyomán – amellet érveltem, hogy új gondolati keret szükséges a rokkantnyugdíjazásba való beáramlás folyamatainak értelmezéséhez és empirikus elemzéséhez. Rávilágítottam, hogy rokkantnyugdíjazásról folytatott kutatások legjelentősebb része – napjainkban is – a racionális döntésméleti megközelítés felől vizsgálódik. A közelmúlt elméleti eredményei és néhány empirikus vizsgálat azonban egyre inkább megkérdőjelezi ennek a megközelítésnek az alkalmazhatóságát: amellet érvelnek, hogy a rokkantnyugdíjazás igénybevételének szándéka – jellemzően – egy „kényszerített helyzetben” (sok esetben akár a munkaerőpiaci, illetőleg anyagi nehézségektől megromlott egészségügyi állapotban) hozott, (jellemzően) nem „szabad választásokra” épülő, érdek-alapú, racionális döntés. O’Brian [2013] túllép ezen a szemléleten is: meggyőző érvelése szerint a rokkantnyugdíjazásról való gondolkodást „érdemesebb” az egészségügyi állapot megroppanása tényezőinek és egyenlőtlenségeinek megértésétől kezdeni, és csak ezt követően elemezni az ellátásba való beáramlási motivációt módosító intézményes és egyéni tényezőket. Adatelemzési eredményeim egyértelműen alátámasztják azt – a nemzetközi szakirodalmakban mind gyakrabban hangoztatott, ám empirikusan ez idáig kevéssé vizsgált – feltételezést, hogy az érintett emberek meglehetősen heterogén csoportot képeznek (fogycatékosságuk

típusán túl is), és az egyes csoportjaikat különbözőképpen érintik mind a hétköznapi, mind az intézményrendszeri működések (így az esetleges aktivizálási törekvések is). A rokkantellátásban részt venni szándékozó emberek között – közel 30 egészségügyi, társadalmi, gazdasági jellemzőjüket együttesen vizsgálva – 5 különböző csoport rajzolódott ki: különálló csoportot képeztek a „súlyosabb, illetőleg klasszikus fogyatékos emberek”, „munkaerő-piac (és a társadalom) számkivetettjei”, a „bezárkózók”, a „megóvottak”, valamint a „relatív depriváltak”.

Dolgozatom jelen fejezetében a beáramlás folyamatát két lépésben vizsgáltam. Egyrészt az elemeztem, hogy az akadályozott emberek között kik azok, akik rokkantellátást szándékoznak igénybe venni (a személyes egészségügyi, társadalmi, humán erőforrás tényezőkön túl kontextuális jellemzőket is bevonva az elemzésbe), majd azt, hogy kik azok, akik valóban ellátáshoz jutnak: e tekintetben legfőképpen arra voltam kíváncsi, hogy a beáramlást vajon módosítják-e látens intézményrendszeri szemléletek és folyamatok.

Az eredmények tanulsága szerint az „igénylők” valóban rosszabb szubjektív és objektív egészségügyi állapotban vannak a „nem igénylő” akadályozott emberekhez képest. A nemzetközi kutatási eredményekkel összhangban az látható, hogy a nőknek a férfiakhoz képest kisebb az esélye, hogy rokkantellátást szándékozzanak igénybe venni; az idősebbek pedig motiváltabbak az ellátásba való beáramlásba. Az igénybevétel szándékát eredményeim szerint is érdemben meghatározzák kontextuális tényezők: az erős területi különbségek mellett az eredmények arra is utal(hat)nak, hogy a rokkantnyugdíjazásba való beáramlást nem önmagában a kedvezőtlen helyzet, hanem a relatívan kedvezőtlen helyzet (vagyis a „relatív depriváltság”) is befolyásolja.

Az ellátáshoz jutás tényezőit vizsgáló eljárás eredményei mindemellett megkérdőjelezzik azt a feltevést, hogy a minősítő rendszer működését nem befolyásolják területi-intézményi különbségek.

A társadalmi csoportok közötti egyenlőtlenségek alaposabb feltérképezéséhez (is) adalékul szolgálhat az az eredmény, hogy – az adatok tanulsága szerint – a születetten fogyatékos emberek jó része „kényszerpályán” mozog (munka)életútja tekintetében: a nem születetten fogyatékos emberekhez képest nagyobb valószínűséggel válnak rokkantellátást igénylővé, és azonos egészségügyi-társadalmi jellemzők esetén nagyobb eséllyel kapják meg ellátást is. Az pedig a roma emberek hátrányára világít rá, hogy egy roma igénylő egy nem roma igénylőhöz képest mintegy fele akkora eséllyel jut végül ellátáshoz. E folyamat pontosabb megértése mindenképpen további kutatásokat igényel.

## **4. Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre<sup>52</sup>**

### **4. 1. Bevezetés**

A nemzetközi szinten meglehetősen sok, empirikus adatokon nyugvó irodalom elemzi a különböző rokkantellátások munkaerő-piaci részvételre gyakorolt (ellenőztönző, szívíó) hatását, viszont meglehetősen kevés tanulmány foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy kik is azok, akik az egészségük károsodását követően (újra) dolgozni tudnak. A munkaerő-piacról rokkantellátásba történő kivonulást követő munkavállalásról pedig mind kvantitatív elemzések, mind kvalitatív kutatási eredmények is nagyon korlátozottan állnak rendelkezésre. Magyarországon e tekintetben még kedvezőtlenebb a helyzet.

Mindez a fogyatékoság függőségi mítoszát szem előtt tartva nem meglepő: az elmúlt évtizedekben a tudományos gondolkodás legjelentősebb részében (a fogyatékoságtudomány kivételével), valamint szakpolitikai és a hétköznapi gondolkodásban a rokkantellátásban való részvétel egyaránt a passzív, segélyezett szereppel kapcsolódott össze.

Amint azt dolgozatom első fejezetében bemutattam, a fogyatékoságtudományi megközelítés (különösképpen a társadalmi modell megjelenésével) és maga a fogyatékos mozgalom már nagyjából három-négy évtizede erősen küzd ennek – a társadalom szövetébe nagyon mélyen beágyazott – képnek a megváltoztatásáért. A külső gazdasági körülmények változásai, a jóléti államok megroppanása sajátosan – és rendkívül sok anomáliát okozva – „sietett a segítségükre” az elmúlt években.

Dolgozatom jelen fejezetében arra keresem a választ, hogy a fogyatékoság – társadalmi tudatba és intézményi működésekbe erősen beépült – függőségi értelmezésének, a

---

<sup>52</sup> A dolgozat jelen fejezetének bizonyos részei megjelentek: Nagy, Z. É. [2013a]: Az „Átvezetés módszertan” célcsoportjának jellemzői. In.: Nagy, Z. É. – Bari, D. – Borza, B. – Forrai, E. – Pakot, Á. – Prókai, O. – Sörös, A. – Szabó, N. – Szerepi, A.: Helyzetfeltárás az „Átvezetés” módszertanához. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány; Nagy, Z. É. – Sörös, A. – Szerepi, A. [2013b]: Foglalkoztathatóság javítását célzó intézkedések értékelése. A nonprofit szervezetek szerepe a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában – különös tekintettel a TÁMOP 1. és 2. prioritására. Budapest: Nemzeti Fejlesztési Ügynökség; Nagy, Z. É. - Csoba, J. [2011]: A fogyatékosággal élők. In.: Csoba, J. [szerk.]: Munkaerő-piaci változások, leszakadó társadalmi csoportok. Debrecen: Debreceni Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszék, pp. 133-141.; Nagy, Z. É. [2014]: Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre. *Metszetek* 2 (1), pp. 238-264.

fogyatékoságpolitika szemléletváltást és aktivizálást sürgető megközelítésének, és a külső, elsősorban a gazdasági körülmények megváltozása miatti, a valós beilleszkedés segítő intézményrendszert jórészt nélkülöző (szak)politikai nyomásnak a keresztmetszetében ki az, aki valójában dolgozni tud a rokkantellátásban részesülő emberek közül.

#### **4. 2. Elméleti háttér és kutatási előzmények: ki szeretne és tud dolgozni a rokkantellátásban résztvevő emberek közül?**

##### **4. 2. 1. Az egyéni jellemzők, és a személyes környezetre vonatkozó tényezők<sup>53</sup>**

A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci (re)integrációját (feltételezhetően) meghatározó tényezők egyik csoportját az egyének személyes jellemzői jelentik, kétféle értelemben is. Egyrészt ezek a személyes jellemzők meghatározhatják az egyéni viszonyulásokat, motivációkat az elhelyezkedésre (vagyis az egyéni stratégiákat), másrészt érdemben befolyásolhatják a munkaerő-piac egyénekhez való viszonyulását is (így: bizonyos károsodott csoportokat inkább „diszkriminál” a munkaerőpiac).

A kapcsolódó, vizsgált csoportra vonatkozó – meglehetősen korlátozott mennyiségben rendelkezésre álló – empirikus kutatások az esélyek tekintetében jellemzően a *nemnek, a kornak, a károsodás típusának, valamint a korábbi munkaéletút jellemzőinek* szerepét emelik ki .

Az (alacsonyabb végzettségű) *idősebb munkavállalók* munkaerő-piaci hátránya jól dokumentált tény mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalomban [lásd erről például: Galasi – Nagy 1999, Fazekas – Scharle 2012 és még sokan mások]. Az idősebb, egészségkárosodott emberek munkaerő-piaci lehetőségeit (is) vizsgáló kutatások mindemellett e csoportban a hátrányok halmozódására hívják fel a figyelmet. A kutatási eredmények azt jelzik, hogy az életkor már a károsodást követően a munkaerő piacról való kivonulásra (és: rokkantellátás igénybevételére) vagy bent maradásra vonatkozó egyéni döntésnél is meghatározó (vagyis két hasonlóan károsodott, ám különböző korú ember eltérő valószínűséggel dönt az egyes lehetőségek mellett)<sup>54</sup>. A Munkaerő-

<sup>53</sup> A tartósan inaktív, illetve munkanélküli emberek esetében a munkavállalást meghatározó tényezőkről lásd például G. Fekete 2008, Adler 2007, Bukodi 2004, Csoba 2011, Lelkes – Scharle 2004, Bihari – Kovács 2004, Cseres-Gergely 2005, Galasi – Lázár – Nagy 1999.

<sup>54</sup> Lásd Charles [idézi: Bound – Burkhaser 1999] korábban idézett elemzését: a Panel Study of Income Dynamics-ből készített elemzésében azt találta, hogy a vizsgált amerikai férfiak jellemzően akkor kezdtek el foglalkozni egészségügyi korlátozottságukkal, amikor az jelentősebb jövedelemcsökkenést eredményezett. Az egészségügyi állapot megváltozására irányuló egyéni reakciókat alapjaiban

felmérés 9 évének mintegy 550 000 főt tartalmazó adatbázisát elemezve Berthoud [2003] azt találta, hogy bizonyos munkaerő-piaci hátránytényezők (mint a magasabb életkor, alacsonyabb kompetenciák, egyedülálló családi állapot, magasabb gyermekszám, fogyatékoság, kisebbséghez tartozás, a korábbi munkaéletút megszakítottsága) hatása nem összegződik, hanem kummulálódik a több hátránytényezővel rendelkező személyek esetében. Így – eredményei szerint – bár a károsodás önmagában is hátrányt jelent a munkaerő-piacon, az idősebb károsodott emberek esetében ez fokozottan érvényesül.

A kapcsolódó kutatásokból az körvonalazódik, hogy a rokkantellátásban résztvevő *férfiak és nők* (újbóli) munkaerő-piaci részvételének esélye különböző, erre alapvető hatással vannak a társadalmi normák (elvárt nemi szerepek) és a társadalmi attitűdök. A rokkantellátásba való bekerülés (napjainkban a nők növekvő korábbi munkaerő-piaci részvétele okán folyamatosan csökkenő) nemi egyenlőtlenségei<sup>55</sup> jól ismertek [lásd például: OECD 2010, 2012]. A kutatások azonban azt is jelzik, hogy a fogyatékos nők a fogyatékos férfiakhoz képest kisebb arányban dolgoznak, és nagyobb arányban végeznek nem fizetett vagy alacsonyabb jövedelmű munkát, ráadásul a fogyatékos nők fogyatékos férfiakhoz képesti hátránya e tekintetben nagyobb, mint a nem fogyatékos nők nem fogyatékos férfiakhoz képest mérhető hátránya [Gerschick 2000, idézi: Hutton – Bohle – Namara 2012, Jones 2008].

Ezek az adatok egyrészt jelezhetik, hogy a társadalmi környezet és gondolkodás az egészségkárosodott nők esetében még inkább a munkaerő-piaci passzivitást, illetve a háztartáson belüli aktivitást (vagyis a klasszikus nemi szerepeket) támogatja. A női „tökéletlenség” ilyen módon történő erősebb „büntetésének” feltételezését egy az elhízás hatásairól szóló 2014-es kutatás is erősíti [Mason 2014], amely azt vizsgálta, hogy milyen hatással van az emberek bevételeire az elhízottság. Az eredmények azt mutatják, hogy míg az elhízott férfiak az idő előre haladtával és tapasztalataik növekedésével le tudják küzdeni hátrányukat, addig az elhízott nők egész életükben hordozzák a béregyenlőtlenségeket.

---

meghatározta az érintett életkora: a fiatalabb munkavállalók kisebb hányada igényelt rokkantsági ellátást és vonult ki a munkaerőpiacról.

<sup>55</sup> A férfiak nagyobb arányban kerülnek be rokkantellátásba: a kutatások szerint részben azért, mert a nők a korábban kedvezőtlenebb munkaerő-piaci részvételük okán kisebb arányban képesek megfelelni az ellátások feltételeinek, részben mert a férfiak nagyobb valószínűséggel dolgoztak olyan munka-intenzív iparágakban, melyek kedvezőtlenebb egészségügyi hatásokkal jártak, illetve nagyobb arányban szüntek meg az elmúlt évtizedekben. [Lásd: Argyrous – Neale 2001 és mások.]

Mindemellett az adatok azt mutatják, hogy a házasságban, illetve a partnerkapcsolatban élő egészségkárosodott nőknek (is) alacsonyabb a munkaerő-piaci részvétele az egyedülálló nőkhöz, illetve férfiakhoz képest. Ennek háttérében több tényező állhat: egyrészt a döntést könnyítheti, hogy az otthonlét a házas nők esetében társadalmilag elfogadott szerep [Krémer – Nagy 2007; a háztartási helyzet munkavállalási szándékra gyakorolt hatásáról nem fogyatékos emberek esetében lásd például: Adler 2007].

Másrészt a nem túl nagy összegű, ámde stabil rokkantellátás választani még inkább „jobb / racionálisabb döntés” lehet (a bizonytalanabb munkanélküli ellátásokhoz, vagy az ugyancsak alacsony jövedelmű, kedvezőtlen feltételű, bizonytalan teljes állásokhoz képest), különösen akkor, ha valaki másokkal együtt él: hiszen ilyen esetben a háztartás tagjainak jövedelmei összeadódnak, ráadásul a kiadásokat jelentősen tudja csökkenteni egy racionálisabb háztartásvezetést végző (jellemzően) nő (pl. otthoni főzéssel, kiskerttel, stb.). Ezt a feltételezést megerősítik azok a kutatási eredmények, amelyek azt mutatják, hogy az egészségkárosodott nők a férfiakhoz képest nagyobb arányban keresnek részmunkaidős állást (a teljes munkaidős állás helyett), illetve, hogy a rokkantellátásban való részvétel az azonos korú házas fogyatékos nőket kevésbé érintette kedvezőtlenül, mint a férfiakat és az egyedülálló nőket [Loprest – Rupp - Sandell 1995, idézi: Hutton – Bohle – Namara 2012]

A kutatási eredmények jelzik, hogy *a munkaéletút megszakíttottsága, a korábbi munkanélküliségi tapasztalatok* alapvetően meghatározzák a rokkantellátásba való beáramlást [Autor – Duggan 2003, idézi: Cai – Gregory 2005]. Az adatok azonban arra is rámutatnak, hogy a későbbi munkaerő-piaci [re]integrációra nézve is meghatározóak ezek a tényezők [ami nem meglepő: a munkanélküliség egyénekre gyakorolt hatása ugyancsak jól dokumentált a szakirodalomban, lásd például: Jahoda – Lazarsfeld - Zeisel 1999, Bánfalvy 2003 és sokan mások].

*A károsodás miatti munkából való kimaradás* későbbi munkaerő-piaci részvételre gyakorolt hatásáról szolgál fontos adalékokkal az a kutatás, amely Új-Zéland meglehetősen egyedülálló<sup>56</sup> balesetbiztosítási rendszerének alanyait vizsgálta kontrollcsoportos, különbségek különbsége [DiD] módszerrel [Crichton – Stillman – Hyslop 2011]. A kutatás eredményei szerint a legalább 4 hónapos ellátással járó károsodások érdemben csökkentették az érintett személy munkaerő-piaci lehetőségeit:

<sup>56</sup>Az új-zélandi baleset-biztosítási rendszer mind a károsodás ellátásának közvetlen költségeit téríti, mind kompenzációt ad a sérült dolgozó számára, a korábbi jövedelem 80%-ig mindaddig, amíg az érintett újra nem tud dolgozni.

így például, akik 7-24 hónapig kaptak ellátást, azoknak átlagosan 9-10%-kal volt alacsonyabb a foglalkoztatási rátája, és 3-5%-kal volt alacsonyabb a jövedelme 6-18 hónappal az ellátás befejeződése után a kiinduló állapothoz képest. Ezt a helyzetet még inkább súlyosbítja az a tény, hogy ezek a hatások nem csökkentek az idő előre haladtával. A kutatás eredményei szerint ezek a hatások eltérőek voltak a különböző társadalmi csoportokban: a hosszabb ellátás kedvezőtlenebb hatással volt a nők, az idősebb munkavállalók és a korábban alacsonyabb jövedelmű és bizonytalanabb munkapiaci státuszú emberek esetében. Ezen egyenlőtlenségek okainak feltárásához azonban – a kutatók szerint – további kutatások szükségesek.

Hogan és munkatársai<sup>57</sup> [2012] az Ausztrál Statisztikai Hivatal 2003-as „Felmérés a fogyatékosokról, az idősödésről és a gondozásról” elnevezésű kutatásának 41 233 fő adatait tartalmazó adatbázisában logisztikus regresszióval vizsgálták, hogy milyen tényezők befolyásolják a sikeres munkaerő-piaci elhelyezkedést. Eredményeik azt mutatták, hogy a „klasszikus” tényezőkön túl (*életkor, nem, iskolai végzettség, a kért angol anyanyelvű-e*<sup>58</sup>) fontos szerepet játszott az *érintett akadályozottságának típusa és annak súlyossága*, valamint az, hogy a *foglalkoztatáshoz szükséges-e a munkáltató felkészítése, vagy a munkahely alkalmazkodása*. Adataik szerint mentális betegséggel a legkisebb, kisebb kéz- illetve ujj-deformitással a legnagyobb az esélye a munkaerő-piaci részvételnek, azonos nemű és életkorú emberek esetében pedig azt találták, hogy azoknak, akiknek csak egy károsodása van, mintegy 3,39-szer nagyobb az esélye az elhelyezkedésre azokhoz képest, akik több károsodással is küzdenek.

Egy fókuszcsoportos, 21 rokkantellátásban résztvevő személlyel készült ausztrál kutatásban [Morris 2006] – a korábbiakban bemutatott eredményekhez hasonlóan – arra jutottak a kutatók, hogy a sikeres munkaerő-piaci részvételt (feltételezhetően<sup>59</sup>) meghatározza az egyén életkora, a korábbi munkatapasztalatok, hogy mennyi ideig volt foglalkoztatott, a fogyatékoság súlyossága és jellege, valamint a *család anyagi helyzete*. A kutatók szerint (az újbóli) a munkaerő-piaci részvétel sokkal nehezebb, ha

<sup>57</sup> A kutatásban a fogyatékoságot „önbesorolással” vizsgálták, vagyis megkérdezték az egyént: hogy van-e olyan korlátozottsága vagy károsodása, amely legalább 6 hónapja fennáll, és még várhatóan 6 hónapig fenn fog állni, és korlátozza a mindennapi tevékenységeiben. A kutatás válaszadói 80%-ának nem volt, 8%-ának 1, 12%-ának két vagy több fogyatékosága is volt.

<sup>58</sup> Az angol anyanyelvű országból származó, magasabb végzettségű férfiaknak a legnagyobb, a nem angol anyanyelvű országból bevándorolt, alacsony végzettségű női válaszadóknek a legkisebb az esélye arra, hogy foglalkoztatottak legyenek.

<sup>59</sup> A szerzők is feltételes módon fogalmaztak, hiszen a kutatás kvalitatív volt, melyből a mintavétel jellege okán nem lehet statisztikai jellegű ok-okozati információkat leszűrni.

az érintett ember túlságosan „be van hálózva a családba”, vagyis *gyermekszerepben* kezelik [lásd erről bővebben: Nagy – Krémer 2008, Katona 2011].

A munkavállalást és munkavállalási szándékot több vizsgálat szerint is érdemben befolyásolják a *mentális, pszichés tényezők*<sup>60</sup>. A Morris és munkatársai által végzett adatfelvételben több megkérdezett említette, hogy úgy érzi: addig nem tudtak elhelyezkedni, amíg mentálisan nem voltak készen a munkára, illetve amíg nem küzdötték le azt a félelmüket, hogy az állapotuk rosszabbodni fog a munkától. Ez utóbbi egyébként reális félelem lehet: néhányuk azt jelezte, hogy a túl korai belépés valóban rontott az állapotukon. A (munkaerő-piaci) integrációt, a más emberekkel való kapcsolatban kerülést gátló egyéni jellemzőként említették a „szégyent” is: a posztmodern identitás kiépítése nehezebb az érintettek (főként: fiatalok) számára, hiszen az alapjait képező fogyasztás a munka hiánya és az átlagosan kedvezőtlenebb körülmények miatt gyakran korlátozott.

A mentális tényezők fontosságára hívja fel a figyelmet az a kutatás is, melyet Murphy és munkatársai [2007] 36 gerincvelő-sérült emberrel, interjú technikával végeztek. Azt

---

<sup>60</sup> Csoba [2009] – evidenciákat nem ismertető – tanulmányában a munka világába történő beilleszkedés [lehetséges] akadályai között – nem kimondottan megváltozott munkaképességű emberek esetében – a következőket is említette:

- „A kirekesztettek kirekesztése”: bizonyos csoportok foglalkoztatására [a szerző a mentális beteg és értelmi fogyatékos embereket említi] a munkahelyek nincsenek felkészülve.
- „Hiányzó képességek”
- „Habitusból eredő hátrányok”: olyan személyes jellemzők, tulajdonságok, amelyek megnehezítik, illetve ellehetetlenítik a beilleszkedést [pl.: végtelen lassúság, elviselhetetlen agresszió].

Személyes csapdahelyzetek között a következőket jeleníti meg:

- „Hamis énkép”: a munkavégző képességre és az elérhető állásra vonatkozó elképzelések irreálisak.
- „Önfelmentés”: olyan elkerülő magatartás, amikor a munkavállaló hamis diagnózist állít fel a saját helyzetéről, és e diagnózis okán nem is igyekszik a munkaerőpiac várható nehézségeivel szembesülni, illetve megküzdni.
- „Altruista életpályák”: személyes és társadalmi kötelek [és szerepek] túlzott fontossága a munkavállaló életében, amely megakadályozza a munkavállalást [a szerző felveti, hogy ez a magatartás egyaránt lehet oka, illetve önfelmentő magatartásként következménye a munkaerő-piaci sikertelenségnek].
- „Pályakezdők illúziói”: irreális elvárások a jövőbeni munkahellyel kapcsolatosan, elsősorban a bérre, a beosztásra, a tevékenységekre vonatkozóan.
- „Függő helyzetek”: a szerző a szenvedélybetegségeket és a hajléktalanságot említi e szempont esetében.

Intézményes csapdahelyzetek:

- „rezervációs bér”
- „árnyékgazdaság”
- „A hosszú távú passzív ellátásra való kondicionálás”: a passzív ellátások hosszú időn keresztül történő igénybevétele nyomán „passzív habitus” alakul ki, amely a munkavégző képesség, készség fokozatos leépülését eredményezi.
- „Paternalista játszma”: A „tanult tehetetlenség” társadalmi szintű megjelenése, az a szemlélet, hogy az államot terheli a felelősség azért, hogy a társadalom tagjairól gondoskodjon.



találták, hogy az elhelyezkedés személyes gátjai között fontos szerepet játszik az *egyéni motivációk hiánya*, valamint az *érintetteknek az a (vélt vagy megalapozott) félelme, hogy a fizikai korlátaik miatt nem felelnek meg a munkahelyi körülményeknek*.

A hazai rokkantellátottak munkaerő-piaci esélyeiről áttételesen elérhető információk egyik forrása lehet a TOP 200 kutatás, amely a 200 (árbevétel tekintetében) legnagyobb hazai gazdasági társaság közül 138 esetében vizsgálta a fogyatékos és megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának jellemzőit [Könczei – Komáromi – Keszi – Vicsek 2003]. A célcsoport meghatározásából következően a kutatás kérdésfelvetése nem [csak] a rokkantnyugdíjasokra irányult, de a feltárt tendenciák információkat biztosíthatnak a rokkantnyugdíjasok foglalkoztatását meghatározó tényezők vonatkozásában is<sup>61</sup>.

Az egyéni jellemzők közül a *nemek* tekintetében egyértelmű eredményt hozott a kutatás: a TOP 200 szervezetnél foglalkoztatottak között mindössze 39% a nők aránya, vagyis ez az érték feltételezhetően azt jelzi, hogy ilyen típusú munkahelyen nehezebb a megváltozott munkaképességű nőknek elhelyezkedni. Az adatok szerint az alkalmazott célcsoporttagok átlagos életkora 44,7 év, ami a célcsoport átlagéletkoránál érdemben alacsonyabb, vagyis feltételezhetően a munkavállalást ebben a szektorban az *életkor* is befolyásolja. A fogyatékoság típusára vonatkozó eredményekből nem lehet arra következtetni, hogy ez befolyásolja-e a munkavállalást.

A Krolify által [2004] a célszervezetek több mint 80%-ának körében elvégzett kérdőíves kutatás adatai ugyancsak áttételesen biztosíthatnak információkat a célcsoport munkavállalásának esélyeire vonatkozóan. Az eredmények alapján úgy tűnik, hogy a célszervezeteknél dolgozók nemi, illetve iskolai végzettség szerinti összetétele nem tér el érdemben a célcsoport összetételétől. Ez az eredmény a TOP 200 kutatás előbb bemutatott eredményeivel összevetve arra enged következtetni, hogy ezek az egyéni szintű változók nem (feltétlenül) a foglalkoztatás tényét, de sokkal inkább annak jellegét és szektorát határozzák meg. Mindemellett a dolgozók életkor szerinti összetétele a teljes célcsoportnál ebben az esetben is érdemben fiatalabb, ami ugyancsak felveti az életkor munkavállalási esélyeket befolyásoló hatásának valószínűségét.

A TOP 200 kutatás és a nemzetközi irodalmak közül is több a sikeresség további fontos tényezőjeként említi az *érintettek mobilitási képességét* (közlekedés, tömegközlekedés

---

<sup>61</sup> Fontos megjegyezni, hogy a kutatás eredményeinek egy része a vizsgált cégekre, egy része a munkavállalókra irányult; ráadásul az eredményeket – feltételezhetően adatok hiányában - a kutatók nem vetették össze a célcsoport egészére vonatkozó adatokkal, így az itt ismertetett eredmények a saját (időnként óvatos) következtetésem.

igénybevételének képessége, esetleg szállítás) [több kutatás eredményét is összefoglalta Young 2010-ben]. A *közlekedés, a fizikai terep akadályozottsága*, vagy esetleg a *munkavállalást ilyen módon segítő ellátások megléte*, illetve hiánya mindemellett a munkavállalást alapvetően befolyásoló tágabb környezeti jellemző is.

#### **4. 2. 2. A tágabb környezet tényezői**

A környezeti feltételek sikeres (újbóli) elhelyezkedésre gyakorolt hatásának vizsgálata – kapcsolódva a fogyatékos társadalmi modelljének szemléletéhez – a nemzetközi szakirodalomban, az utóbbi években egyre gyakrabban megjelenő kérdésfelvetéssé vált (hasonlóan a munkanélküliség és aktivitás társadalmi kirekesztődésre koncentráció megközelítéséhez, lásd: Bukodi 2004).

Mindemellett viszonylag kevés vizsgálat szolgáltat e tekintetben is evidenciákkal, és ráadásul jellemzően úgy, hogy a kutatások nem a környezeti jellemzők sikeres elhelyezkedésre gyakorolt hatásáról szólnak, sokkal inkább arról, hogy „feltételezhetően”, vagy az érintettek által „érezkelten” a környezeti feltételek milyen gátakat képeznek az elhelyezkedés során. A környezeti tényezők „valós” hatásainak érdemi vizsgálatához ugyanis sok esetben nem lehet elég az egyénekről szóló adatgyűjtés: azokat legalább kontextuális változókkal kell kiegészíteni, vagy még inkább meg kell nézni a „környezet” (pl. foglalkoztatók, „munkaerőpiac”, „fizikai környezet”) valós működési gyakorlatát.

Az elhelyezkedési esélyeket meghatározó környezeti feltételek között mindenképpen említést kell tenni a *makroszintű gazdasági, illetve munkaerő-piaci helyzetről, valamint változásokról* (lásd például: Adler 2007, G. Fekete 2008, és sokan mások). A munkaerő-piacon az utóbbi évtizedekben történt tartós, jellemzően strukturális változások ugyanis a munkaerő-kereslet érdemi megváltozását eredményezték: a (szakképzett) fizikai munkahelyek és a képzetlenek iránti igény csökkenése, a rugalmasság mind nagyobb követelménye, a munkaerő-piacon igényelt készségek változása, mind-mind erőteljes hatást gyakorolnak az alacsony, képzetlen munkaerő munkaerő-piacról történő kiszorulására [Csoba 2011, és sokan mások]. Ez két irányból is érintette a vizsgált embereket: egyrészt a változások okozta bizonytalanság könnyen járhatott az egészség megromlásával, és ez önmagában növelte a rokkantellátásba való kiáramlást, másrészt ezek a körülmények nehezítették az egészségkárosodott emberek (újbóli) munkaerő-piaci részvételét is. Nemzetközi szakirodalmakban ugyancsak gyakran említik, hogy a globalizáció miatt önmagában nőtt a kínálat a szakképzetlen

munkásokból több országban is, amely nagyobb versenyt eredményezett: egy ilyen versenybe pedig az egészségkárosodott emberek hátrányból indulhatnak, főként a vállalkozások kockázatkerülő magatartása okán [lásd például: Argyrous – Neale 2001]. Az előbb röviden összefoglalt folyamatok nyomán nem meglepő, hogy Fogg, Harrington és McMahon [2011, idézi: Burke et al. 2013] tanulmányukban arra jutottak, hogy a gazdasági válság sokkal inkább érintette az egészségkárosodott munkavállalókat, mint a nem egészségkárosodott munkavállalókat.

A makroszintű tényezők között ugyancsak fontosak a *rokkantellátás tágabb rendszerének* munkaerő-piaci (re)integrációt esetlegesen ösztönző, illetve ellen ösztönző hatásai is. Ennek legfontosabb szempontjait is összefoglalta az OECD [2012] – dolgozatom korábbi fejezetében is ismertetett – modellje. E modell szerint a rendszerek „aktivizálási” hatásának legfontosabb szempontjai a következők: *az aktivizálást hivatott rendszer lefedettsége és egymásra épültsége, a rendszer értékelése (felelősség és következetesség szempontjából), a hátrányos megkülönböztetés elleni jogszabályok, beleértve a munkáltatók felelősségét a munka megtartása és az akadálymentesítés terén, a támogatott foglalkoztatás, és a foglalkoztatási támogatások rendszere (mértéke, állandósága, rugalmassága) a védett foglalkoztatás (mértéke, átmeneti jellege), foglalkozási rehabilitációs programok (kötelezettség és a kiadások mértéke), a rehabilitáció időzítése, az ellátás felfüggesztésének szabályai és a munka ösztönzők további rendszere.*

A szűkebben vett – és objektív mutatókkal nehezebben mérhető – környezeti körülmények nagyon fontos tényezőjét jelentik *a munkáltatók attitűdjei és a munkahelyek jellemzői*. A kutatások jellemzően a *fizikailag túl megterhelő / nem megfelelően illeszkedő munkaköröket, az akadálymentesítés hiányát, a munkáltatók negatív attitűdjeit, a diszkrimináció jelenlétét* említették e tekintetben [Murphy 2007, Morris 2006, Burke et al 2013 és mások].

Burke és munkatársai nagyszabású szakirodalmi áttekintésükben Chan, Lee, Yuen and Chan definíciója nyomán [2002, idézi: Burke et al. 2013] a munkáltatói attitűdök kognitív, affektív és viselkedési összetevői mentén összegezték az Egyesült Államokban 1987 és 2012 között megjelent 34 kutatási jelentés eredményeit. Az összegzés egyik legfontosabb tanulsága az volt, hogy bár a fogyatékos emberek foglalkoztatásával kapcsolatban szavakkal kifejezett munkáltatói attitűdök általában pozitívak, ez azonban nem mutatkozik az érintett emberek rendkívül alacsony foglalkoztatási arányaiban. A kutatók a szakirodalmi háttér alapján azt a hipotézist

vetették fel, hogy a munkáltatók körében két szélsőségesebb csoport lehet: vannak akik (talán túlzottan is) optimisták, illetve akik túlzottan pesszimisták, elzárkózóak a célcsoport munkaerő-piaci részvételével, jellemzőivel, megbízhatóságával, termelékenységével kapcsolatosan.

Az összefoglalóban idézet kutatások egy része arra is rávilágított, hogy a munkáltatók pozitív, illetve negatív attitűdjei összefüggést mutatnak a jelentkező károsodásának jellegével. Míg Morris korábban idézett vizsgálatában [2006] a résztvevők azt jelezték, hogy tapasztalataik szerint mind látványosabb fogyatékossgal mind nehezebb a munkaerő-piacra történő bekerülés, addig a Burke és munkatársai által bemutatott vizsgálatok a mentális betegek és a kommunikációjukban károsodott emberek hátrányaira hívták fel elsősorban a figyelmet [Diksa – Rogers 1996; Link – Phelan – Bresnahan – Stueve – Pescosolido 1999; Barrette – Garcia – Larouche 2002; idézi: Burke et al. 2013].

Az összefoglalóban áttekintett vizsgálatok arra is rávilágítottak, hogy a munkáltatók pozitív, illetve negatív attitűdjei, félelmei eltérőek a vállalat mérete alapján, erős összefüggés mutatnak a vezetők hozzáállásával, illetve a munkatársak fogyatékossgához való általános hozzáállásával is.

A munkáltatói attitűdök elhelyezkedési sikerességre és tartósságára gyakorolt hatását közvetve vagy közvetlenül magyar kutatási eredmények is alátámasztják. A korábban már idézett TOP 200 kutatás eredményei erős regionális különbségeket mutattak a célcsoport foglalkoztatásának intenzitása tekintetében: úgy tűnik, hogy a cégek nagyobb hányada foglalkoztat ott megváltozott munkaképességű embereket, ahol a *célcsoport* amúgy is nagyobb *arányban* van jelen (például: Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl): mindez – éppen a nagyobb létszám okán – persze nem jelenti (biztosan) azt, hogy könnyebb munkát találni ezeken a területeken [Könczei – Komáromi – Keszi – Vicsek 2003]. Több elemzési szempont esetében érdemi különbség mutatkozott a  *hazai és a nemzetközi tulajdonú szervezetek* működésében. Így a megváltozott munkaképességű emberek csoportjában a nemi diszkrimináció a magyar tulajdonú cégekben sokkal inkább jellemző a nemzetközi tulajdonú cégekhez képest, az életkor tekintetében viszont a hazai cégek „toleránsabbak”: az itt dolgozók átlagéletkora mintegy 3 évvel magasabb a külföldi tulajdonú cégekben mérhetőhöz képest. Az iskolai végzettséget vizsgálva az látható, hogy a külföldi tulajdonú cégek magasabb arányban foglalkoztatnak magasabb végzettségű megváltozott munkaképességű munkavállalókat. Mindezt természetesen befolyásolhatja a cégek eltérő profilja, de feltételezhető az is,

hogy kontextuális tényezőként a megváltozott munkaképességű munkavállalókkal kapcsolatos eltérő attitűdök is érdemi szerepet játszhatnak a foglalkoztatási esélyekben (ez a nagyon fontos kérdés további, alapos kutatást igényelne).

Az attitűdök fontosságát megerősíti, hogy – a kutatási eredmények szerint – összességében a vállalatok által alkalmazott megváltozott munkaképességű emberek létszámát négy tényező befolyásolja: *a vállalatnál foglalkoztatott munkavállalók létszáma, az alternatív munkavégzési rendszerben dolgozók száma a vállalatnál*<sup>62</sup>, *a fogyatékosok személyek alkalmazásakor észlelt problémák intenzitása, illetve a regionális fejlettség dimenziója.* „*A vállalatok megváltozott munkaképességű munkavállalóira értelmezett foglalkoztatási hajlandósága az alábbi regressziós modellel írható le: a két szervezeti háttérjellemző, a regionális elhelyezkedés és az észlelt problémák mértéke, mint látens változó együttesen fejt ki hatását. A fejlettebb régióban működő vállalatok több megváltozott munkaképességű munkavállalót alkalmaznak ugyan, de csak abban az esetben, ha az általuk észlelt problémák mértéke alacsony szintű. A két változó „interakciós” hatása tehát az a mechanizmus, amely a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatási hajlandóságát meghatározza*” [Könczei – Komáromi – Keszi – Vicsek 2003: 9].

A kutatás fókuszcsoportos szakaszának válaszadói azt is jelezték, hogy érzésük szerint a cégek rokkantellátottakat kevésbé foglalkoztatnak: formálisan azért, mert a rokkantellátásban résztvevőknek már van jövedelmük, illetve a többi foglalkoztatotthoz képest a fizetés mellett a rokkantnyugdíj már extra jövedelmet jelent. A kutatás készítői azonban megjegyzik, hogy e vélemény mögött az is állhat, hogy „*a rokkant nyugdíj elnevezése miatt sokan úgy érzik ez olyan ellátás amellel már nem 'illik' dolgozni*” [Könczei – Komáromi – Keszi – Vicsek 2003: 10].

Az mtd Tanácsadói közösség 2010-es 321 munkáltató (melyből 126 szervezet foglalkoztatott megváltozott munkaképességű embereket) válaszait tartalmazó kutatásának eredményei szerint a foglalkoztatás megvalósulását, illetve sikerességét alapvetően meghatározza az, hogy *a munkáltatók azért foglalkoztatnak-e megváltozott munkaképességű embert, hogy „feltöltsék” a rehabilitációs hozzájárulás*<sup>63</sup>

<sup>62</sup> A matematikai modell pontos bemutatása nélkül felmerül a kérdés, hogy ez eredmény vajon nem-e következmény... .

<sup>63</sup> „A munkaadó a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjának elősegítése érdekében rehabilitációs hozzájárulás fizetésére köteles, ha az általa foglalkoztatottak átlagos statisztikai állományi létszáma a 25 főt meghaladja, és az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek átlagos statisztikai állományi létszáma nem éri el a létszám öt százalékát, vagyis a kötelező

„elkerüléséhez” szükséges létszámot, vagy „*tervezik, előkészítik, után követik és célzottan támogatják a célcsoport foglalkoztatását*” [Tardos 2013: 69]. Míg az előbbi esetben gyakran nem is valósul meg foglalkoztatás, addig az utóbbi esetben lényegesen gyakrabban következik be hosszú távú és sikeres együttműködés. A foglalkoztatás sikerességéhez ugyancsak hozzájárul a *szervezeti kultúra befogadó szemléletének* kialakítása, illetve fejlesztése (ezen belül a célcsoporttal kapcsolatos „valós” információk megosztása, a velük kapcsolatos félelmek eloszlátása a szervezet minden szintjén), és a *megfelelő belső kommunikáció*: az adatok tanulsága szerint a megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztató szervezetek 48,3%-a, míg a nem foglalkoztató szervezetek 61,7%-a ítélte meg úgy, hogy nem befogadó a munkahely szervezeti kultúrája. A szervezeti kultúra átalakításának alapvető feltétele a *felsővezetői elköteleződés*: a foglalkoztató szervezetek 64,7%-ában voltak a felsővezetők elkötelezettek a célcsoport foglalkoztatása mellett. Ez az arány a nem foglalkoztató szervezetek esetében lényegesen alacsonyabb.

A *szervezet alkalmazkodásának* ugyancsak fontos állomása a *munkakörök és körülmények alakítása* a munkavállaló jellemzőihez, illetve a fizikai és infokommunikációs akadálymentesítés. A megfelelő munkahelyi szociális támogatást, valamint a rugalmas, az érintett igényeihez illesztett munkahelyi körülmények és rugalmasság fontosságát több kutatás is említi [ezeket összefoglalta: Young 2010].

Hogan és munkatársai [2012] a – korábban idézett – nagymintás vizsgálatukban azt találták, hogy a munkaerő-piacon résztvevő károsodott emberek esetében a különböző károsodások eltérő valószínűséggel okoznak korlátozottságot a foglalkoztatás során. Legnagyobb arányban a mentális betegek (91,2%), a sajátos érzelmi állapotban lévők (87,8%), a deformitás elszenvedők (84,7%), a fizikai aktivitásukban korlátozottak (83,8%), a végtaghiányos emberek (78,7%), a krónikus fájdalommal küzdők (78,1%), valamint fejsérülést, agykárosodást, stroke-ot elszenvedők (74%) tapasztalnak korlátozottságot; legkevésbé pedig a hallássérült (45,7%), valamint a látássérült (57,9%) emberek. A munkaerő-piacon résztvevő, a foglalkoztatás során korlátozottságot elszenvedő emberek mindössze 27%-a jelezte, hogy a munkahely valamilyen formában alkalmazkodott az ő korlátozottságához. A leggyakrabban a mentális betegek számoltak be segítségről (56%-uk), 26%-uk esetében a segítség személyi segítőt jelentett.

---

foglalkoztatási szintet. [Lásd a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény (a továbbiakban: Mmtv.). 23–24. §.]”  
[http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full\\_afsz\\_hasznos\\_megvaltt\\_munkavall&switch-content=afsz\\_gyik\\_megv\\_mkep\\_rehab\\_hozzajarulas&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full](http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_afsz_hasznos_megvaltt_munkavall&switch-content=afsz_gyik_megv_mkep_rehab_hozzajarulas&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full)

Az mtd Tanácsadó közösség hazai kutatásában a válaszadó szervezetek egytizede alkalmaz mindössze mentort, és e tekintetben nincs különbség a megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztató és nem foglalkoztató cégek között. Ez a vizsgálat azt is mutatta, hogy megváltozott munkaképességű embert foglalkoztató szervezeteknél mind a fizikai akadálymentesítés (48%), mind az infokommunikációs akadálymentesítés (18,9%) érdemben nagyobb arányban fordul elő, mint a célcsoport tagjait nem foglalkoztató szervezeteknél.

A tanulmány szerzője a *munkáltatói alkalmazkodás* egyik eszközeként kezeli a *részmunkaidős foglalkoztatást* (a célcsoportot foglalkoztató almintában a részmunkaidőre lehetőséget adó szervezetek aránya 59,8%, szemben a teljes minta 39,9%-ával), bár a szakirodalom megosztott e foglalkoztatási forma megítélése esetében: gyakran inkább a célcsoport alulfoglalkoztatásaként értelmezik ezt [Adler 2007, Domokos 2008, OECD 2010, és mások]. Ugyancsak nagyobb arányban fordult elő a rugalmas munkaidő lehetősége a megváltozott munkaképességű ember foglalkoztató szervezetek között (40,2%, a teljes mintában 28,3%), nincs viszont érdemi különbség a távmunka és az osztott munkakörök estében.

#### **4. 2. 3. Hol és hogyan dolgoznak a fogyatékos / megváltozott munkaképességű emberek?**

A nemzetközi kutatások tapasztalatai szerint a fogyatékos emberekre az ép emberek esetében megfigyelhetőnél jobban jellemző az „alulfoglalkoztatottság”: nagyobb arányban dolgoznak részmunkaidőben<sup>64</sup> és alternatív foglalkoztatási formákban, végzettségüknél alacsonyabb munkakörben, valamint felülreprezentáltak a fizikai munkakörökben [lásd erről: Jones 2008 és mások].

Parent és munkatársai [1996] 110 támogatott foglalkoztatásban résztvevő [a támogatott foglalkoztatásról lásd bővebben: Csányi et al. 2007, Jásper – Csányi 2009] súlyosan fogyatékos ember munkával kapcsolatos elégedettségét mérő kutatásukban azt találták,

<sup>64</sup> A részmunkaidős állások „bizonytalanságáról” Magyarországon is vita zajlik a kutatók között [lásd például: Adler 2007, Domokos 2008]. Domokos [2008] például úgy véli, hogy a részmunkaidős állás nem bizonytalanabb. 300 vállalkozás válaszait tartalmazó kutatásában [mely a magyarországi alkalmazottal rendelkező vállalkozásokra reprezentatív] így fogalmaz: „*Felmerül a kérdés, hogy ha elbocsátásra kerül sor, akkor melyik munkaszerződési forma nyújtja a legnagyobb biztonságot a munkavállalóknak. A cégvezetők véleménye szerint igazából egyik sem, negyedük a határozott idejű szerződéssel foglalkoztatottakkal kezdik a leépítést, 17 százalékuk a határozatlan idejű szerződéssel, részmunkaidőben foglalkoztatottakkal kezdik, 30 százalékuk a határozatlan idejű szerződéssel, teljes munkaidőben foglalkoztatottakhoz nyúlnak először, míg 21 százalékuk a munkaerő kölcsönző cégen keresztül foglalkoztatottakat bocsátja el első lépésben. Ha felvételre kerülne sor, akkor viszont elsősorban határozatlan idejű szerződéssel, teljes munkaidőben tervezik a munkaerő bővítést*” [Domokos 2008:15].

hogy az érintettek jellemzően magas szintű munkahelyi elégedettségről számoltak be. Korábbi kutatások eredményeihez hasonlóan úgy vélik, hogy ennek hátterében elsősorban az áll, hogy ezek az emberek főként egyszerűen azért elégedettebbek, mert dolgozhatnak (v.ö.: a foglalkoztatás alacsony szintje, az alulfoglalkoztatás tendenciái, magas munkanélküliség). A kutatás eredményei rávilágítanak a célcsoport „biztonságkeresésére” is: a megkérdezettek mindössze fele vélekedett úgy, hogy munkahelyet váltana, ha találna egy másik, esetleg jobb munkát. Ezt a kutatók egyébként három tényezővel indokolták: egyrészt azzal, hogy az érintett súlyosan fogyatékos embereknek lehetett az az érzetük, hogy a munkájuk választásában döntést hoztak, és ez önmagában növeli az elégedettséget és csökkenti a változtatási hajlandóságot. Valójában persze – jegyzi meg – ez a döntés nem két vagy több munka közötti választásra, hanem annak az eldöntésére irányult, hogy akarják-e az adott munkát. Másik magyarázatként vetik fel, hogy a célcsoport által végzett munkák jellemzően nem kínálnak lehetőséget szakmai előmenetelre, feljebb lépésre, és ezzel az érintettek nem is számolnak. Harmadrészt a viszonyulást egészen egyszerűen az is befolyásolhatja, hogy az érintetteknek korlátozottak a munkaerő-piaci tapasztalatai, és egyszerűen nem tudják, hogy egy munka (hogyan) lehet a tapasztaltakhoz képest más vagy jobb.

#### **4. 3. Kutatási kérdések**

A „passzív” segélyezettek aktivizálására irányuló hazai foglalkoztatáspolitikai folyamatok egyik kiemelt célcsoportját jelentik a rokkantellátott emberek. A rokkantellátásba való beáramlást és tartós „bennrekedést” befolyásoló intézkedések mellett az elmúlt években történtek lépések az aktivizálás, a munkaerő-piaci (re)integráció elősegítése érdekében is.

A szakirodalomban jól dokumentált tény, hogy az egészségkárosodás önmagában is munkaerő-piaci hátránytényező, azonban alapvető kérdés, hogy e jellemző meglétekor a további személyes, illetve szűkebb környezeti jellemzők és körülmények milyen esetekben és módon befolyásolják az egyéni elhelyezkedés szándékát és lehetőségét. Másrészt nagyon fontos (és sajnálatosan nagyon ritkán feltett) kérdés, a munkaerő-piac szereplőinek az érintett egyénekhez való „viszonyulása” is: feltételezhetően bizonyos károsodott csoportokat inkább befogad, másokat inkább „diszkriminál”, esetleg „teljesen kizár” a lokális „keresleti oldal”.



A kapcsolódó szakpolitikai intézkedések, beavatkozások és eszközök ráadásul azonban nem, vagy csak nagyon nagy vonalakban differenciáltak: nem érzékenyek a célcsoport tagjainak eltérő demográfiai, társadalmi, gazdasági jellemzőire, életkörülményeire, (részben ezekből adódó) eltérő motivációs hátterére és lehetőségeire, ahogy a környezeti (munkaerő-piaci) feltételekre és körülményekre sem – márpedig ez a célzási probléma nagyban ronthatja a beavatkozások hatékonyságát, sikerességét, és rendkívül kedvezőtlen módon befolyásolhatja a az érintett emberek életkörülményeit.

Az elemzésben - a jelenleg zajló folyamatok és az érintett emberek jellemzőien alaposabb megismerése érdekében – a következőket vizsgálom:

- (1) Mi jellemzi a megváltozott munkaképességű emberekkel kapcsolatos (intézményi) folyamatokat? Hogyan „működik” az új, komplex minősítési rendszer az első tapasztalatok tükrében?
- (2) Mi jellemzi a sikeres munkaerő-piaci integrációt feltételezhetően meghatározó, objektíven mérhető tényezők tekintetében az egészségkárosodott embereket, és különösképpen azokat, akik (a „rehabilitálhatók”) munkaerő-piaci reintegrációjának az elkövetkező években meg kell(ene) valósulnia?
- (3) Ki tud dolgozni az érintett emberek közül? Milyen tényezők határozzák meg a sikeres munkavállalást az adatok szerint?
- (4) Hol dolgoznak a sikeresen elhelyezkedők? Mutatkoznak-e különbségek a munkaerőpiac különböző szegmenseiben a tekintetben, hogy a célcsoport mekkora hányada és mely része jelenik meg ott?
- (5) Ki keres munkát? Milyen tényezők határozzák meg az érintett emberek munkavállalási motivációt?

#### **4. 4. Adatok és módszerek**

A kapcsolódó elemzések adatainak forrása egyrészt az NCSSZI-TÁRKI 2010-es – a jelen dolgozat módszertani bevezetőjében részletesen is bemutatott – adatbázisa. Emellett statisztikai adatok másodelemzését végeztem a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) statisztikai adatközléseiből, melyek a szervezet honlapján, illetve a 2012-es Statisztikai évkönyvben elérhetőek; valamint az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) statisztikai adatközléseiből, melyek a szervezet honlapján elérhetőek. Az adatelemzéseket egy – a jelen dolgozat bevezetőjében ugyancsak bemutatott – interjú vizsgálat tapasztalataival is kiegészítettem: ez a „Helyzetelemzés” kutatási tanulmány, mely a Revita Alapítvány

szakmai műhelyében, a szombathelyi Regionális Szociális Forrásközpont megbízásából készült, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségért Közhasznú Nonprofit Kft. által irányított "Rehabilitáció - Érték - Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram" (TÁMOP-5.3.8-11/A1-2012-0001) keretében.

Az adatok elemzése során a kutatási kérdésekhez illeszkedve választottam a megfelelő matematikai-statisztikai módszereket: így eloszlásokat, szignifikancia vizsgálatokat, valamint logisztikus regressziós modelleket egyaránt alkalmaztam. A logisztikus regressziós modellekben bevont változók körét, és azok indoklását az eredmények ismertetésénél mutattam be.

## **4. 5. Eredmények**

### ***4. 5. 1. Milyen tendenciák jellemzik az új komplex minősítési rendszer első időszakát?***

A közel félmillió aktív korú, nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülő megváltozott munkaképességű ember közül a kormányzati szándék elsősorban a közel 220 000 főt kitevő, a rájuk vonatkozó nyugdíjkorhatárnál több, mint 5 évvel fiatalabb, „III. csoportos” rokkantsági nyugdíjas, illetve rendszeres szociális járadékban részesült egészségkárosodott emberek munkaerő-piaci helyzetének „felülvizsgálatára” és megváltoztatására irányul(t). A tervek szerint mintegy 120 000 ember foglalkozási rehabilitációjának és nyílt munkaerő-piaci integrációjának kellene megvalósulni az elkövetkezendő időszakban. Az új rendszer első másfél évének (adatokban is mérhető) tapasztalatai<sup>65</sup> szerint a felülvizsgálatok azonban a tervezettnél jóval lassabban haladnak: 2012-ben a 220 000 fő ötödének, 44215 embernek történt meg a felülvizsgálata, míg 2013 első két hónapjában 6610 felülvizsgálatot végeztek (az új igénylések, valamint a szakhatósági és szakértői vizsgálatok mellett) (2. táblázat). A 2012-es év feladatellátását nyilvánvalóan nehezítették az intézményi átalakulások (az új rendszer központi intézményei, a Rehabilitációs Szakigazgatási Szervek (RSZSZ) július 1-én kezdték meg munkájukat három intézményrendszerből érkező feladatokat és munkatársakat átvéve). Ugyanakkor a folyamatot továbbra is lassítja a komplex felülvizsgálatot végző szakmai munkatársak (szakértői bizottságok) elégtelen száma.

<sup>65</sup> Forrás: az idézett statisztikai adatok, illetve szakértői interjúk.

2013 első két hónapjának adatai sem jeleznek számottevő változást a felülvizsgálatok intenzitásának tekintetében.

**2. táblázat Megváltozott munkaképességük okán nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülő emberek száma (ONYF, 2011, 2012)**

	2011. december (közvetlenül az új, komplex minősítési és ellátási rendszer bevezetése előtt)	2012. december (az új minősítési és ellátási rendszer első évének végén)
Korbetöltött rokkantsági nyugdíj (2012: abból átsorolt öregségi nyugdíj)	396 378 fő	383 143 fő
Baleseti járadék	10 756 fő	10 022 fő
Rokkantsági járadék	32 526 fő	32 461 fő
<i>Változó ellátások</i>	<b>474 929 fő</b> , ebből: Korhatár alatti rokkantsági nyugdíjak: 305 323 fő Rehabilitációs járadék: 25 394 fő Egészségkárosodott személyek szociális járadékai: 144 212 fő	Rokkantsági és rehabilitációs ellátások: <b>445 157 fő</b> ebből: - rokkantsági ellátás: 248 974 fő - rehabilitációs ellátás: 179 776 fő - rehabilitációs járadékok: 14 212 fő

Saját összegző számítás, az adatok forrása: ONYF statisztikák, <http://beta.onyf.hu/hu/dokumentumok/statisztikak.html?id=38>

Az első év adatainak tanúsága szerint az előzetes kormányzati becsléshez képest érdemben kisebb arányban minősítik az érintetteket rehabilitálhatónak, vagyis a munkaerőpiacra reálisan visszajuttathatónak (B1, C1 kategória). 2012-ben minden hatodik komplex felülvizsgálaton átesett ember kapott B1-es (13 610 fő), minden tizedik C1-es (8057 fő) minősítést, összességében minden negyedik embert minősítettek rehabilitálhatónak. Így 2013. február 28-ig 24 587 embert minősítettek rehabilitálhatónak. Ugyanakkor B2, illetve C2, valamint D kategóriát a komplex minősítésen átesettek 55,4%-a, 45 618 személy kapott 2012-ben, illetve további 8558 fő 2013 első két hónapjában.

A komplex minősítés alapján 60%-os vagy kisebb mértékű egészségmaradvánnyal rendelkező érintettek egy része számára nem (csak) az új minősítési, hanem sokkal inkább az új ellátási rendszer okoz érdemi, kedvezőtlen élethelyzet változást. Nem felelnek meg ugyanis annak a jogosultsági feltételnek, hogy megváltozott munkaképességű személyek ellátásaira az jogosult, aki a kérelem benyújtását megelőző 5 éven belül legalább 1095 napon át a Tbj. 5 §<sup>66</sup> szerint biztosított volt. Így adott esetben minősítés-vesztés nem, de ellátásvesztés bekövetkezhet, a jogosultsági idő megszerzéséig mindenképpen (lásd a folyósított ellátások 2012. évi adatait: 2. táblázat).

<sup>66</sup> Elérhető itt: [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700080.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700080.TV)

**3. táblázat A komplex minősítések eredményei (fő, illetve %; NRSZH, 2012, 2013. 01-02)**

		2012		2013.01.01 – 2013. 02. 28.	
		Fő	%	Fő	%
60% <		13 118	15,9	1552	11,7
51-60 %	B1	13 610	16,5	1691	12,8
	B2	11 839	14,4	1926	14,5
31-50 %	C1	8 057	9,8	1229	9,3
	C2	22 302	27,1	4313	32,5
1-30 %	D	11 477	13,9	2319	17,5
	E	1 883	2,3	225	1,7
Összesen		<b>82286</b>	100	<b>13255</b>	100
ebből: új igénylés		<b>38071</b>		<b>6645</b>	
ebből: felülvizsgálat		<b>44215</b>		<b>6610</b>	

Saját összegző számítás, az adatok forrása: NRSZH statisztikák <http://nrszh.kormany.hu/statisztika>

Különösen kedvezőtlen helyzetben vannak a jogosultsági feltételeknek nem megfelelő B2 és C2 minősítést kapott<sup>67</sup> emberek: tekintve, hogy rehabilitációjuk nem javasolt, így az RSZSZ elsődleges ügyfélkörébe nem tartoznak<sup>68</sup>, vagyis a célcsoport ezen része a rendszer számára gyakorlatilag „láthatatlan”, pedig a jogosultsági idő, valamint jövedelem szerzésének céljából a munkavégzésre motiváltak lehetnek. Ők a közeljövőben feltehetően nagyobb számban megjelenhetnek a szociális intézményrendszerben.

#### **4. 5. 2. Mi jellemzi a lehetséges munkavállalókat, kiemelten a rehabilitálható embereket?**

##### **4. 5. 2. 1. Területi elhelyezkedés**

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es mérése szerint az egészségkárosodott népesség legjelentősebb csoportjai Budapesten (9,1%), illetve Pest megyében (8,5%), Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (8,3%), valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (10,5%) élnek.

A komplex rehabilitáció első évének (2012-nek) területi elhelyezkedés szerinti adatai – a célcsoport területi elhelyezkedésének különbségei mellett – nyilvánvalóan szoros

<sup>67</sup> B2 és C2 minősítést a komplex minősítésen átesett személyek 41,5%-a kapott az új rendszer működésének első évében.

<sup>68</sup> Elvileg kérhetnek szolgáltatást, de ez a célcsoportot és az RSZSZ erőforrásait tekintve ez kevésbé reális; ráadásul az RSZSZ-ek jellemzően adat-szinten sem igazán tudnak róluk.

kapcsolatban vannak azzal is, hogy a helyi, intézményi szereplők hogyan tudtak megbirkózni az intézményrendszer átalakulásának nehézségeivel.

**4. táblázat Az egészségkárosodott emberek területi elhelyezkedése (fő, illetve %; NRSZH, 2012; KSH, 2012; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő)**

2012 összes vizsgálat	Teljes aktív korú egészségkárosodott népesség NCSSZI-TÁRKI (% , 2010)	2012 – összes komplex minősítés - rehabilitálható (B1, C1)		Hány aktív korú emberre jut jelenleg egy rehabilitálható személy?	2012- összes komplex minősítés - rehabilitációja nem javasolt (B2, C2, D, E)	
		Fő	%		Fő	%
Budapest	9,1	1 224	5,6	965	6 650	14,0
Baranya	5,7	2 885	13,3	122	1 507	3,2
Bács-Kiskun	5,8	2 305	10,6	112	3 763	7,9
Békés	5,9	1 191	5,5	204	3 284	6,9
Borsod-Abaúj-Zemplén	8,3	1 133	5,2	408	2 077	4,4
Csongrád	5,7	1 327	6,1	211	3 532	7,4
Fejér	2,8	291	1,3	1005	1 249	2,6
Győr-Moson-Sopron	3,3	1 221	5,6	255	1 078	2,3
Hajdú-Bihar	6,6	1 000	4,6	374	2 232	4,7
Heves	3,8	802	3,7	257	1 227	2,6
Jász-Nagykun-Szolnok	5,4	991	4,6	263	2 120	4,5
Komárom-Esztergom	3,1	565	2,6	369	1 420	3,0
Nógrád	2,1	449	2,1	302	1 203	2,5
Pest	8,5	1 384	6,4	602	6 092	12,8
Somogy	3,4	582	2,7	373	2 009	4,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg	10,5	1 843	8,5	212	2 854	6,0
Tolna	3,6	623	2,9	253	2 148	4,5
Vas	1,9	499	2,3	355	963	2,0
Veszprém	2,8	792	3,7	305	1 128	2,4
Zala	1,8	560	2,6	345	965	2,0
Országos összesen	100	21 667	100	313	47 501	100

Saját összegző számítás, illetve saját számítás: NRSZH statisztikák <http://nrszh.kormany.hu/statisztika>, KSH, illetve saját az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából.

2012 végén a rehabilitálható (B1, C1 kategóriás) emberek közül a legtöbben Baranya (2885 fő, a rehabilitálható személyek 13,3%-a), Bács-Kiskun (2305 fő, 10,6%), illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (1843 fő, 8,5%) éltek. Jelenleg ezeken a területeken, illetve mellettük még Békés és Csongrád megyében a legmagasabb az egy aktív korú emberre jutó egészségkárosodott személyek aránya – vagyis (eltekintve

ezeknek a területeknek az amúgy sem kedvező munkaerő-piaci viszonyaitól) már csak számosságukat tekintve is itt várható a legnagyobb munkaerő-piaci verseny a munkaerő-piacra visszatérni kényszerülő / szándékozó emberek számára.

A táblázat adataiból az is jól látszik<sup>69</sup>, hogy az ország egyes területei jelentősen különböznek a tekintetben is, hogy a komplex minősítésen átesett emberek mekkora hányada kerül rehabilitálható kategóriába<sup>70</sup>. Az adatok tanúsága szerint, az akkreditált foglalkoztatókkal „jobban ellátott” és kedvezőbb munkaerő-piaci helyzetű Budapesten és Pest megyében az ország más részeihez képest lényegesen jellemzőbben (nagyobb arányban) minősítik az érintetteket nem rehabilitálhatónak, míg Baranya, Bács-Kiskun, illetve Győr-Moson-Sopron megyékben az országos átlagnál érdemben nagyobb arányban kaptak rehabilitálható minősítést. A két szélsőséget kiemelve: míg Budapesten 5 nem rehabilitálható emberre jutott 2 rehabilitálható ember, addig Baranya megyében 4 rehabilitálható emberre jutott 1 nem rehabilitálható ember.

A célcsoport területi elhelyezkedésének másik fontos kérdése, hogy az érintettek milyen típusú településeken élnek: a szakértői- és célcsoport-interjúk során gyakorlatilag valamennyi szereplő azt jelezte, hogy a munkavállalási motiváció és lehetőségek egyik legfontosabb meghatározó tényezője az egészségkárosodott ember lakóhelye (lásd később: a munkavállalók „merítése” a költségek és nehézségek okán, az egészségkárosodott emberek esetében pedig a „megéri-e dolgozni” kérdése). Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es kutatásának eredményei szerint az egészségkárosodott emberek legnagyobb hányada községben (10-ből 4-en), illetve városokban él (minden harmadik személy). A teljes 18-62 éves népességnél érdemben kisebb hányaduk él Budapesten.

---

<sup>69</sup> A százalékos adatokat ugyan nem erre az összefüggésre számoltam, érdemes azonban megnézni megyénként a rehabilitálhatónak minősítettek és a nem javasoltak arányait egymáshoz viszonyítva is.

<sup>70</sup> Ez a különbség több tényező okán létrejöhet, de – feltételezhetően – érdemben összefügg az érintett célcsoport összetételével (is). A rendszer illetően működésének elemzése jelen dolgozat keretében nem feladatomban, azonban az elemzés az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatállománya (illetve szakértői interjúk) segítségével elvégezhető.

**5. táblázat Az egészségkárosodott emberek szocio-demográfiai jellemzői (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő)**

	Teljes aktív korú egészségkárosodott népesség; 2010 (NCSSZI-TÁRKI)	A felülvizsgálat / tranzitálás potenciális célcsoportja
<b>Életkor (%)</b>		
25 év alatti	(18-39) 9,6	(18-39) 12,5
26-29 év közötti		
30-39 év közötti		
40-49 év közötti	16,6	26,6
50-56 év közötti	37,3	60,9
57 év feletti	36,5	-
<b>Nem (%)</b>		
Nő	58	57,8
Férfi	42	42,2
<b>Iskolai végzettség (%)</b>		
Általános iskola, kevesebb, mint 8 osztály	5,1	4,7
Általános iskola	30,7	31,8
Speciális szakiskola	n.a.	n.a.
Szakiskola/Szaktanúsok	38,8	40
Középfokú végzettség/Érettségi	16,5	15,8
Technikusi végzettség	3,9	3
Felsőfokú szakképzés (OKJ-s képzés)	1,1	1
Felsőfokú végzettség (diploma)	3,9	3,7
Egyéb	0	0,1
<b>Településtípus (%)</b>		
Megyeszékhely	16,6	16,5
Város	34,6	34,5
Község	39,7	41,5
Budapest	9,1	7,5
<b>Munkavállalók aránya (alkalmazott, vállalkozó, alkalmi munkás %)</b>		
	15	18,6
<b>A munkahely típusa (az alkalmazottak körében) (%)</b>		
Szervezet akkreditációs tanúsítvánnyal	30,9	31,6
Bentlakásos intézmény, amely foglalkoztat fogyatékossgal élő embereket	1,5	1,1
Egyik sem	58,5	57,1
Nem tudja	9,1	10,2
Saját számítás az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából.		

6. táblázat A szakértői bizottságok által végzett komplex minősítések - I. fokú eljárás (fő, illetve %; NRSZH, 2012)

KORCSOPORTOK	Vizsgálati szám				A Komplex minősítés eredményei													
					minősítési kategória / egészségi állapot mértéke (%)													
	"Új igény"		"Felülvizsgálat"		60% <		B1		B2		C1		C2		D		E	
							51-60 %				31-50 %				1-30 %			
fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	
Nők 50 év alatt	7 789	41,4	7 895	32,6	3 233	24,6	3 459	25,4	1 669	14,1	1 925	23,9	3 264	14,6	1 834	16,0	300	15,9
Nők 50-57 év között	8 906	47,4	13 666	56,5	3 625	27,6	4 311	31,7	3 625	30,6	2 168	26,9	6 021	27,0	2 490	21,7	332	17,6
Nők 57 év felett	2 102	11,2	2 628	10,9	565	4,3	107	0,8	1 466	12,4	49	0,6	1 814	8,1	612	5,3	117	6,2
<b>NŐK összesen</b>	18 797	100,0	24 189	100,0														
Férfiak 50 év alatt	7 448	38,6	7 081	35,4	2 673	20,4	2 783	20,4	1 301	11,0	1 863	23,1	3 333	14,9	2 190	19,1	386	20,5
Férfiak 50-57 év között	8 387	43,5	10 552	52,7	2 375	18,1	2 858	21,0	2 411	20,4	1 991	24,7	5 663	25,4	3 140	27,4	501	26,6
Férfiak 57 év felett	3 439	17,8	2 393	11,9	647	4,9	92	0,7	1 367	11,5	61	0,8	2 207	9,9	1 211	10,6	247	13,1
<b>FÉRFIAK összesen</b>	19 274	100,0	20 026	100,0														
<b>ÖSSZESEN</b>	<b>38 071</b>		<b>44 215</b>		<b>13 118</b>	<b>100</b>	<b>13 610</b>	<b>100</b>	<b>11 839</b>	<b>100</b>	<b>8 057</b>	<b>100</b>	<b>22 302</b>	<b>100</b>	<b>11 477</b>	<b>100</b>	<b>1 883</b>	<b>100</b>

Saját összegző számítás. Az adatok forrása: NRSZH statisztikák <http://nrszh.kormay.hu/statisztika>



#### 4. 5. 2. 2. Nem, illetve életkor szerinti összetétel

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es mérésének adatai szerint az egészségkárosodott népesség 58%-a nő és 42%-a férfi, míg a teljes 18-62 éves népességben ugyanez az arány 52%, illetve 48%. Az adatfelvétel tanúsága szerint az érintett emberek háromnegyede 50 év feletti, és csak minden 10-dik egészségkárosodott ember 40 év alatti. Az új rendszer szerinti „védett korúak” az érintett népességnek nagyjából a harmadát teszik ki. Mindemellett az elvileg rehabilitálható korúakat is meglehetősen idős korstruktúra jellemzi: 10-ből 6-an közülük is 50 év felettek.

A 2012-ben komplex (felül)vizsgálaton részt vett emberek összetétele a teljes egészségkárosodott népességtől némileg eltér: kiegyensúlyozottabb nemi összetétel (52% volt a nők és 48% a férfiak aránya, amely megegyezik a teljes népesség nemi összetételével) és némileg fiatalabb korstruktúra jellemzi. Az érintett emberek kicsit több, mint harmada (nők: 36,5%-a, férfiak: 36,9%-a) 50 év alatti; míg nagyjából minden második ember 50-57 év közötti (nők: 52,5%; férfiak: 48,2%). Ez utóbbi adat jelzi, hogy a komplex (felül)vizsgálatok időpontjában a férfiak átlagosan egy kissé idősebbek voltak, mint a nők, de ez a különbség nem jelentős.

#### 7. táblázat A 2012-ben I. fokú eljárásban rehabilitálhatónak minősített (B1, C1 kategória) emberek nem és kor szerinti összetétele (fő, illetve %; NRSZH, 2012)

	Fő (%)
Nő, 50 év alatt	5384 (24,8)
Nő, 50-57 év között	6479 (29,9)
Nő, 57 év felett	156 (0,7)
Férfi, 50 év alatt	4646 (21,4)
Férfi,50-57 év között	4849 (22,4)
Férfi, 57 év felett	153 (0,7)
<b>Összesen</b>	<b>21 667 (100)</b>

Saját összegző számítás. Az adatok forrása: NRSZH statisztikák <http://nrszh.kormay.hu/statisztika>

A komplex minősítés eredményét tekintve az adatok mélyebb elemzése egyértelműen azt jelzi, hogy a nőket nagyobb arányban minősítették enyhébb egészségkárosodási kategóriával, illetve rehabilitálhatónak (a nők aránya tehát 52%; a nők aránya a B1 minősítést kapott emberek között: 57,9%; B2: 57,1%; C1: 51,4%; C2: 49,7%; D: 43%; E: 39,7%).

A 2012-ben rehabilitálható (B1 és C1 minősítést kapott) emberek közel fele 50 év alatti (46,3%); kicsit több, mint a fele 50-57 év közötti (52,3%), illetve elenyésző hányaduk

57 év feletti (1,4%), vagyis érdemben fiatalabb korstruktúra jellemzi őket mind a teljes egészségkárosodott népességnél (ott: nagyjából negyedük 50 év alatti), mind a 2012-ben komplex (felülvizsgálaton) átesetteknél (ott: kicsit több mint harmaduk 50 év alatti).

A 2012-ben rehabilitálhatónak minősített emberek nem és kor szerinti összetételét a következő táblázat foglalja össze.

#### 4. 5. 2. 3. Egészségügyi állapot

Az NCSSZI-TÁRKI 2010. évi kutatásának eredményei szerint az egészségkárosodott emberek kétharmadánál állapítottak meg mozgássérülést, végtagok vagy azok részeinek hiányát, bénultságot, funkciózavarát (is), 58%-ánál krónikus betegséget (is), 41%-ánál krónikus fájdalmat vagy kényelmetlenségérzést (is), 28,2%-ánál sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapotot (is)<sup>71</sup>.

#### 8. táblázat Milyen elváltozást állapítottak meg az orvosszakértői minősítésében? (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő)

	Az egészségkárosodott emberek %-a (NCSSZI-TÁRKI 2010)
Látássérülés, vakság, alig-, gyengénlátás	15
Mozgássérülés, végtagok vagy azok részeinek hiánya, bénultsága, funkciózavara	65
Tartósan fennálló / krónikus betegség (pl. keringési megbetegedés)	58
Krónikus vagy rendszeresen visszatérő fájdalom, kényelmetlenségérzés	41
Nagy betegség (pl. daganat, transzplantáció)	31,3
Sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapot	28,2
Feltűnő testi jellemző vagy elváltozás, deformitás	10
Értelmi sérülés	9,1
Tanulási vagy megértési nehézség (pl. diszlexia, diszgráfia)	8,6
Hallássérülés kommunikációs nehézségekkel	8,2
Beszédnehézség	7,4
Autizmus	4,9
Egyéb	4,4

Saját számítás az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából.

A 2012-dik évi új igénybejelentések adatsora hasonló tendenciákat jelez: a keringési rendszer betegségei, a mentális-, illetőleg viselkedészavarok, csont-izomrendszer és

<sup>71</sup> A minősítés során többféle elváltozást megállapíthatnak. Az NCSSZI-TÁRKI kutatásban a kutatók valamennyi elváltozásra kíváncsiak voltak [tehát elváltozásonként megkérdezték az érintetteket, hogy találtak-e azon a területen egészségkárosodást az ő esetükben], ezért nem összegezhetőek az arányok 100%-ra.

kötőszövet betegségei, valamint a daganatok képezték leggyakrabban az egészségkárosodás fő komponensét.

**9. táblázat Az egészségkárosodott emberek egészségügyi állapota – új igénybejelentések (fő, illetve %; NRSZH, 2012)**

2012 új igénybejelentések	rehabilitálható (B1, C1)		rehabilitációja nem javasolt (B2, C2, D, E)	
	Fő	%	Fő	%
Fertőző és parazitás betegségek	60	0,64	265	1,31
<b>Daganatok</b>	446	4,74	4 527	<b>22,35</b>
A vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek	45	0,48	46	0,23
Endocrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek	538	5,71	712	3,51
Mentális és viselkedészavarok	2 257	<b>23,97</b>	3 785	<b>18,68</b>
Az idegrendszer betegségei	482	5,12	946	4,67
A szem és függelékének betegségei	232	2,46	455	2,25
A fül és csecsnyúlvány megbetegedései	177	1,88	156	0,77
A keringési rendszer betegségei	2 419	<b>25,69</b>	4 983	<b>24,60</b>
A légzőrendszer betegségei	438	4,65	825	4,07
Az emésztőrendszer betegségei	341	3,6	532	2,6
A bőr és bőr alatti szövet betegségei	58	0,6	73	0,4
A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	1 390	<b>14,8</b>	1 912	9,4
Az urogenitális rendszer megbetegedései	97	1,0	282	1,4
Terhesség, szülés és gyermekágy	0	0,0	0	0,0
A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok	0	0,0	2	0,0
Veleszületett rendellenességek, deformitások és chromosoma abnormitások	175	1,9	161	0,8
Máshova nem osztályozott panaszok, tünetek és kóros klinikai és laboratóriumi leletek	4	0,0	11	0,1
Sérülés, mérgezés és a külső okok bizonyos egyéb következményei	257	2,7	584	2,9
A morbiditás és mortalitás külső okai	0	0,0	0	0,0
Az egészségi állapotot és az eü. szolgálatokkal való kapcsolatot befolyásoló tényezők	0	0,0	0	0,0
<b>Összesen</b>	<b>9416</b>		<b>20 257</b>	

Forrás: NRSZH Statisztikai Évkönyv 2012. 35. sz. tábla

A rehabilitálhatónak minősített 9416 ember negyede küzd (főproblémájaként) keringési rendszeri betegséggel (25,69%), illetve mentális-, illetőleg viselkedészavarral (23,97%). Minden hetedik embernek van köztük mozgásszervi problémája. Az adatok azt jelzik, hogy a daganatos beteg embereket a többi csoportban megfigyelhetőnél lényegesen nagyobb arányban minősítik nem rehabilitálhatónak: így a rehabilitálható emberek

között az arányuk mindössze 4,74% (a nem rehabilitálhatóak csoportjában az arányuk 22,35%).

A mentális megbetegedések egyre növekvő arányú megjelenését az akkreditált foglalkoztatásban és az alternatív munkaerő-piaci programokban gyakorlatilag valamennyi interjúalanyunk jelezte.

#### **4. 5. 2. 4. Iskolai végzettség, képzettség**

Az aktív korú egészségkárosodott emberek iskolai végzettsége jelentősen elmarad a teljes aktív korú népesség iskolai végzettségétől. Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es mérései alapján 35,8%-uk legfeljebb általános iskolát (a teljes, aktív korú lakosság körében ugyanez az arány 20%<sup>72</sup>); 38,8%-uk szakmunkásképzőt vagy szakiskolát (teljes, aktív korú népességben: 33%) végzett; legalább érettségivel minden negyedik érintett rendelkezik (teljes, aktív korú népesség: 47%). A felsőfokú szakképzettséggel vagy végzettséggel rendelkezők aránya körükben 5%, míg a teljes aktív korú népességben ennek közel háromszorosa (14%).

#### **4. 5. 2. 5. Az elhelyezkedést meghatározó egyéb tényezők**

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es kutatásának eredményei szerint az aktív korú egészségkárosodott emberek:

- háztartásaiban gyenge a munkaerő-piachoz fűződő kapcsolat: 52%-uk esetében nem él a háztartásban foglalkoztatott (ugyanez az arány a teljes aktív korú népességben 20%);
- közel negyede (23%) szegénységben él (míg a teljes aktív korú népességben ez az érték 15%);
- a munkavállaláshoz is elengedhetetlenül szükséges kapcsolatrendszere a teljes népességben megfigyelhetőnél jóval szűkebb: átlagosan 2,25 barátjuk van – ez az szám a HÉV 2006-os adatai szerint a teljes népességben 6,16 fő.

#### **4. 5. 3. Ki tud dolgozni?**

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatfelvételeinek tanulsága szerint az aktív korú egészségkárosodott embereknek mindössze 15%-a dolgozik: 13,4%-uk alkalmazottként vagy vállalkozóként, 1,6%-uk alkalmi munkásként. A rokkantellátott embereknél ez az arány némileg még alacsonyabb, 12,2%. Körükben az ILO definíciója szerint

<sup>72</sup> Forrás: Bernát [2011], 44. old.

munkanélküliek aránya 7%, a regisztrált munkanélkülieké 5,8%. Ezek az értékek érdemben kedvezőtlenebbek azoknak – az egyébként széles körben ismert – adatfelvételeknek az adataitól, amelyek a megváltozott munkaképességet önbevallás alapon vizsgálják (lásd pl. KSH 2012, itt a foglalkoztatottak aránya 18,1% volt).

**10. táblázat A rokkantellátott, dolgozó emberek jellemzői (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=1750)**

		A dolgozók aránya az egyes csoportokban (%)*
Nem		nem szign.
Iskolai végzettség	Általános vagy egyéb alapfokú oktatás (ISCED 1-2.)	10,7
	Középfokú oktatás felső évfolyamai (ISCED 3.)	16,8
	Középfokú oktatást követő, nem felsőfokú képzés (ISCED 4.)	11,9
	Felsőoktatás (ISCED 5-6.)	22,9
Roma- ex	nem	12,6
	igen	7,1
Kor	25 év alatt	10
	25-34 éves	19
	35-44 éves	18,5
	45-54 éves	13,5
	55 éves vagy idősebb	9,8
A munkaéletútjának mekkora hányadát töltötte...*	...fizetett munkával töltött idő aránya a munkaéletútban (dolgozók / nem dolgozók)	nem szign.
	...munkanélküliként (dolgozók / nem dolgozók)	1,96 / 3
	...rokkant-ellátásban (dolgozók / nem dolgozók)	nem szign.
	...gyermek után járó ellátásban (dolgozók / nem dolgozók)	nem szign.
	...tanulással (dolgozók / nem dolgozók)	8 / 5,8
	...egyéb inaktívként (dolgozók / nem dolgozók)	0,6 / 2,8
Családi állapot	nőtlen / hajadon	12,8
	együtt élő házas	12,3
	különélő házas	16,9
	elvált	14,8
	özvegy	6,3

		A dolgozók aránya az egyes csoportokban (%)*
Milyen az Ön egészsége általában?	nagyon rossz	5,3
	rossz	10
	kielégítő	16,8
	jó	27,5
	nagyon jó	40
Önmagukat fogyatékos embernek tartók aránya		9,3
Mióta él fogyatékossgal?		nem szign.
Jellemzi-e Önt súlyos...	...látássérülés	nem szign.
	...hallássérülés	7,9
	...tartósan fennálló krónikus / nagy betegség×	10,9
	...értelmi nehézség, tanulási vagy megértési nehézség×	3,5
	...sajátos érzelmi, mentális vagy pszichés állapot, mentális betegség	7,4
	...mozgássérülés×	10,3
Idegen nyelven beszélők között		20,3
Érvényes jogosítvánnyal rendelkezők között		20,2
Van otthon internetkapcsolata		19,9
Van-e a háztartásban aktív kereső (ahol van)		14,5
Van-e a háztartásban nyugdíjas (ahol van)		9,5
Házastárs /élettárs aktív kereső-e (ahol igen)		15,3
Házastárs /élettárs nyugdíjas-e (ahol igen)		8,4
Barátok száma (átlagosan) (dolgozók / nem dolgozók)*		nem szign.
Településtípus	megyeszékhely	18,7
	város	12,1
	község	10
	Budapest	10,9
Régió		nem szign.
A teljes csoportban		12,2

\* A csillaggal megjelölt esetekben a dolgozók és nem dolgozók csoportjaiban vizsgáltam az adott státuszok munkaéletútban betöltött arányát, illetve a barátok átlagos számát (0,05-ös szignifikancia szinten).

×0,1-es szignifikancia szinten szignifikáns, a többi esetben 0,05

Saját számítás az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából.

Ugyanakkor mind az aktivitási arány, mind a foglalkoztatottak aránya jelentősen elmarad a teljes aktív korú népességben megfigyelhető arányoktól (melyben ugyanakkor a foglalkoztatottak aránya 60,7%-ot tett ki).

A személyes és környezeti tényezők magyarországi rokkantellátottak munkaerő-piaci részvételére gyakorolt hatásának vizsgálata során először azt a kérdést szükséges megválaszolni, hogy az érintettek mely csoportjaiban magasabb érdemben a dolgozók aránya. Az eredmények azt mutatják, hogy a szakmával rendelkező érettségizettek (16,8%) és a felsőfokú végzettségűek (22,9%), a 25-44 évesek (19%, illetve 18,5%), a jó (27,5%), illetve nagyon jó (40%) szubjektív egészségügyi állapotúak, az idegen nyelvet beszélők (20,3%), érvényes jogosítvánnyal (20,2%), illetve internetkapcsolattal rendelkezők (19,9%), aktív házastárssal / élettárssal együtt élők (15,3%), valamint a megyeszékhelyen lakók (18,7%) az átlagosnál érdemben nagyobb arányban dolgoznak (10. táblázat). Jóval kisebb az aránya a foglalkoztatottaknak a romák (7,1%), az 55 évesnél idősebbek (9,8%), az özvegyek (6,3%), a nagyon rossz szubjektív egészségügyi állapotú (5,3%), illetve a súlyos értelmi fogyatékos, autista (3,5%), mentális beteg (7,4%) valamint hallássérült (7,5%) emberek körében. A nem foglalkoztatottak a munkaéletútjukon belül mintegy ötször annyi időt töltöttek egyéb inaktívként, mint a foglalkoztatott társaik.

Az NCSSZI-TÁRKI „D” adatbázisából logisztikus regressziós eljárással vizsgálható, hogy a szakirodalomban említett lehetséges tényezők közül valójában melyek azok, amelyek érdemben befolyásolják a rokkantellátott egészségkárosodott emberek aktivitását, vagyis azt, hogy rokkantellátás mellett dolgozik-e valaki (és melyek azok a fenti különbségek közül, amelyek a változók egymással való kapcsolata miatt mutatkoznak) (M3. táblázat).

A modellbe a dichotóm függő változó attribútumaiként a válaszadók „dolgozó” és „nem dolgozó” csoportjai kerültek. A magyarázó változókat csoportosan, lépésenként vontam be az elemzésbe, azért, hogy az egyes változócsoporthoz függő változóra és egymásra gyakorolt hatásai egyértelműen láthatóak legyenek. A modellbe 6 lépésben kerültek bevonásra a rokkantellátott emberek személyes és szűkebb környezeti jellemzőit mérő változók csoportjai<sup>73</sup>, a következőképpen: első lépésben az egészségkárosodásra,

<sup>73</sup> Egészségkárosodásra és fogyatékosagra vonatkozó változók: fogyatékosággal élő embernek érzi-e magát; mióta áll fenn a problémáját okozó akadályozottsága; milyen korlátozottságokkal rendelkezik (van-e látássérülése, hallássérülése, tartósan fennálló (nagy) betegsége, pszichés, mentális betegsége, mozgássérülése, tanulási vagy megértési nehézsége); és hogy ezek a korlátozottságok milyen fogyatékoságokat, illetve hátrányokat eredményeznek. Személyes humán-erőforrás változók: iskolai

fogyatékosra vonatkozó információk<sup>74</sup>, második lépésben a nem<sup>75</sup>, harmadik lépésben azt, hogy roma-e az illető<sup>76</sup>, negyedik lépésben a személyes humán erőforrást mérő változók<sup>77</sup>, ötödik lépésben a környezeti erőforrások<sup>78</sup>, hatodik lépésben a munkaerő-piaci jellemzők<sup>79</sup>.

A Nagelkerke  $R^2$  folyamatosan alacsony értékei alapvetően azt jelzik, hogy az elhelyezkedési esélyekből viszonylag keveset magyaráznak a célcsoportot jellemző „kemény” személyes és közvetlen környezeti tényezők, vagyis az elhelyezkedés esélyeit befolyásoló további tényezőket feltételezhetően az érintettek egyéb (pl. „szoft” jellemzői, így motiváltsága) mellett főként a munkaerő-piaci környezet további, jelen kutatásban nem mért jellemzőiben és folyamataiban (pl. az egészségkárosodott emberek foglalkoztatásával kapcsolatos munkáltatói attitűdök, akkreditált munkahelyek megoszlása) lenne érdemes keresni.

Az eredmények tanulsága szerint – összhangban a külföldi kutatási eredményekkel – a rokkantellátást kapó emberek munkaerő-piaci aktivitását befolyásolja a károsodásuk, illetve fogyatékoságuk típusa. Az enyhén/közepesen hallássérült embereknek a hallássérüléssel nem rendelkezőkhöz képest mintegy fele akkora az esélyük az elhelyezkedésre. A  $\beta$  együtthatók értéke nyomán ugyancsak látható, hogy a súlyosabb értelmi fogyatékosággal, illetve autizmussal rendelkező embereknek kisebb az esélye az elhelyezkedésre, mint az ilyen károsodással nem rendelkező embereknek. Ugyancsak magas  $\beta$  együtthatók mutatkoztak az önmaguk másokkal való megértetésében, illetve a lakáson belüli helyváltztatásban korlátozott emberek esetében: az e tekintetben korlátozott emberek munkavállalási esélye a többiekénél ugyancsak mérsékeltebb lehet. Meglepő eredménynek tűnhet, hogy a sportolásban akadályozott embereknek mintegy 2,4-szer nagyobb az esélye az elhelyezkedésre, mint azoknak, akik nem korlátozottak. Ez azzal lehet összefüggésben, hogy a rokkantellátottak között nagyobb arányban jelen

---

végzettség, kor, jogositvánnyal való rendelkezés, beszél-e idegen nyelvet, van-e otthon internetkapcsolata, munkaéletútra vonatkozó változók (a munkaéletút mekkora hányadát töltötte fizetett munkával, munkanélküliként, rokkantellátásban, tanulással, gyermek után járó ellátásban, egyéb inaktívként). A környezeti erőforrásokra vonatkozó változók: családi állapot, a háztartás aktivitásra vonatkozó változók (van-e aktív kereső, van-e nyugdíjas, a házastárs/élettárs aktív kereső-e, a házastárs/élettárs nyugdíjas-e), a barátok száma. A lakóhelyre (munkaerő-piacra) vonatkozó változók: településtípus, régió. A szubjektív egészségügyi állapotnak érdemi hatása lehet a foglalkoztatásra, azonban a szakirodalmi előzmények éppen ennyire támogatják a foglalkoztatás kedvező hatásait is. Az ok-okozati viszonyok megítélhetetlensége okán ezt a változót nem tettem bele az elemzésbe.

<sup>74</sup> Nagelkerke  $R^2$  ekkor: 0,189

<sup>75</sup> Nagelkerke  $R^2$  ekkor: 0,189

<sup>76</sup> Nagelkerke  $R^2$  ekkor: 0,191

<sup>77</sup> Nagelkerke  $R^2$  ekkor érdemben emelkedett: 0,281

<sup>78</sup> Nagelkerke  $R^2$  ekkor: 0,307

<sup>79</sup> Nagelkerke  $R^2$  ekkor: 0,328



lévő mozgásukban (akár tartós betegségük okán) kisebb-nagyobb mértékben korlátozott emberek felvételére a munkaerő-piac inkább nyitott, mint a speciálisabb fogyatékosággal rendelkezők irányába.

A logit adatai nem támasztják alá azt a feltételezést, hogy a nem, illetve az, hogy az érintett roma-e önmagukban alapvetően befolyásolják a rokkantellátottak munkaerő-piaci integrációjának esélyét<sup>80</sup>.

A foglalkoztatási lehetőségekre alapvető hatást gyakorolnak viszont személyes humán erőforrás-tényezők: az adatok tanulsága szerint az idősebb rokkantellátottaknak kisebb az esélye az elhelyezkedésre, mint a fiatalabbaknak (az 55 év felettiak esélye a 45 év alattiakénak nagyjából a fele). Ugyancsak alátámasztják az eredmények azt is, hogy a foglalkoztatottság valószínűségével érdemi együtt járást mutat az, hogy az egyén korábbi életpályájában mennyire tapasztalta meg a(z „alacsonyán finanszírozott”) munkanélküliséget, illetve az egyéb (ellátás nélküli) inaktivitást. Úgy tűnik, hogy a korábbi életpályájukban mind nagyobb arányában munkanélküli, vagy egyéb inaktív emberek kevésbé aktívak a rokkantnyugdíj melletti munkavállalásban is. Az összefüggés hátterében elsősorban az a – tanulmány korábbi részében már érintett – összefüggés állhat, hogy az érintettek által megtapasztalt hosszabb munkanélküliség vagy egyéb inaktivitás olyan tanult tehetetlenségi mechanizmust indított el, amely éppen a munkakeresés valószínűségét csökkenti, és ezzel párhuzamosan olyan túlélési stratégiák kialakulását tette lehetővé, amelyek az akár kedvezőtlenebb, de mégis állandó rokkantnyugdíjas jövedelem mellett is fenntarthatóak (pl. a fogyasztás szélsőséges leszorítása). Az elhelyezkedési esélyekre ugyancsak érdemi hatása van a mobilitási képességnek (a jogosítvánnyal rendelkezőknek mintegy másfélszeres az esélye arra, hogy dolgozzanak), illetve az internet használatának (a használóknak mintegy háromszoros az esélye arra, hogy dolgozzanak). Ez utóbbi nyilván összefüggésben lehet azzal is, hogy a dolgozók nagyobb valószínűséggel tudják finanszírozni az otthoni internet előfizetést.

Ugyancsak meglepő eredmény, és az exogén tényezők alapvető hatásának feltételezését erősíti, hogy az iskolai végzettség, a családi állapot, illetve a háztartás további tagjainak jelenlegi aktivitása önmagában nem befolyásolja érdemben a rokkantellátottak aktivitását (a további elemzésekből viszont az derül ki, hogy a munkakeresési aktivitását igen). A település típusa viszont igen: a megyeszékhelyen élőknek mintegy kétszeres az

<sup>80</sup> A rokkantellátásba való bekerülésre vonatkozó elemzésemből azonban látszik, hogy ezen két csoport esetében a rokkantellátásba való bekerüléskor mutatkozik szelekció.

esélye a munkavállalásra a községekben élőkhez képest. Ez összefügghet azzal, hogy az akkreditált foglalkoztatók megoszlása a települések jogállása szerint erősen a városok és a megyeszékhelyek felé húz (lásd erről bővebben: Nagy et al. 2013).

A rokkantellátást kapó megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci aktivitását vizsgáló logisztikus regressziós elemzés adatai tehát azt mutatták, hogy a nem alapvetően nem befolyásolja a munkaerő-piaci integrációs lehetőségeket.

Felmerül a kérdés azonban, hogy eltérnek-e a nők és férfiak munkaerő-piaci integrációját befolyásoló tényezők? E kérdés megválaszolására az NCSSZI-TÁRKI „D” adatbázisából két logisztikus regressziós eljárást végeztem (M4, M5).

Az első eljárásban a dichotóm függő változó két attribútumát a rokkantellátást kapó nők „dolgozó” és „nem dolgozó” csoportjai, míg a második eljárásban a rokkantellátást kapó férfiak „dolgozó” és „nem dolgozó” csoportjai alkották. A magyarázó változókat mindkét esetben – az előző elemzésekhez hasonlóan – csoportosan, lépésenként vontam be az elemzésbe, azért, hogy az egyes változócsoporthoz függő változóra és egymásra gyakorolt hatásai egyértelműen láthatóak legyenek. A magyarázó változók dimenziói a teljes válaszadói csoporton végzett elemzéssel megegyezők.

Az adatok tanulsága szerint a rokkantellátásban részesülő férfiak elhelyezkedését meghatározó tényezők érdemben eltérnek a nőktől (és a teljes válaszadó kör mintáján) tapasztaltaktól. A férfiak esetében ugyanis az iskolai végzettség hatása bizonyos csoportokban meghatározó: a mind magasabb végzettség közel 5-szörösére emeli az elhelyezkedés esélyét; e tényező mellett mindössze az internetkapcsolattal való rendelkezés hatását lehetett kimutatni (az otthoni internetkapcsolat mintegy 3-szorosára emeli a munkavállalás esélyét). A nők esetében a teljes válaszadói csoportban tapasztaltaktól csak egy tényező tért el: körükben a krónikus betegség megléte növeli a foglalkoztatás esélyét. Ezek az adatok alátámasztani látszanak azon szakirodalmi felvetéseket, miszerint a „klasszikus” fogyatékossgal rendelkező nők esetében inkább az otthonmaradást támogatja környezet.

#### ***4. 5. 4. Hol dolgoznak az érintettek?***

Az NCSSZI-TÁRKI 2010 év végén készült kutatásának adatai szerint a dolgozó egészségkárosodott emberek közel harmada foglalkoztatott akkreditált foglalkoztatásban. A 2013-ban akkreditált foglalkoztatást végző 326 szervezet (az NRSZH nyertes listája szerint) összesen 30 331 fő megváltozott munkaképességű ember foglalkoztatását vállalta. A pályázat elbírálását követően nyilvánosságra hozott

adatok szerint ebből 27 932 fő tartós foglalkoztatási támogatásban, míg 2 399 fő tranzit foglalkoztatási támogatásban részesül. A tartós, illetve tranzit foglalkoztatásban részesülők száma azonban folyamatosan változik.

Az adatok összességében azt jelzik, hogy a munkavállaló emberek korstruktúrája lényegesen fiatalosabb az egészségkárosodottak teljes csoportjában megfigyelhetőnél. Az akkreditált foglalkoztatók munkavállalóinak 28,1%-a 44 év alatti (a teljes csoportban 16,6% ugyanez az érték). Míg a teljes aktív korú egészségkárosodott népesség közel fele (51,4%) 55 év feletti, addig az akkreditált foglalkoztatóknál a legidősebbek aránya 39,3%. Mindemellett úgy tűnik, hogy az akkreditált foglalkoztatók a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatóknál némileg nyitottabbak ennek az idős generációnak a foglalkoztatására (a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatók esetében az 55 év feletti aránya 34,9%).

Az adatokból jól látható, hogy míg a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatók esetében erős az iskolai végzettség szerinti „lefölözés”, addig az akkreditált foglalkoztatóknál dolgozó emberek iskolai végzettség szerinti összetétele jobban közelíti a teljes csoport összetételét. Az akkreditált foglalkoztatóknál dolgozó emberek háromnegyede alacsony iskolai végzettségű: legnagyobb hányaduk szakiskolát vagy szakmunkásképző iskolát (46,1%) végzett (ez az érték egy kissé magasabb a teljes csoporton belül megfigyelhető aránynál, amely 38,8%) és közel harmaduk (30,3%) végzett legfeljebb általános iskolát. 22,3%-uknak van legalább érettségije (ez a nyílt munkaerő-piacon dolgozók esetében ez az érték 43,5%, a teljes csoportban 25,4%).

**11. táblázat A munkavállalók iskolai végzettség szerinti összetétele (%; NCSSZI-TÁRKI - „D” kutatás, 2010, N=2045 fő; TÁMOP 1.1.1., 2012)**

	Teljes aktív korú egészségkárosodott népesség; 2010 (NCSSZI-TÁRKI)	Akkreditált foglalkoztatóknál dolgozók	Nyílt munkaerő-piacon dolgozók	TÁMOP 1.1.1 (2012)
Általános iskola, kevesebb, mint 8 osztály	5,1	30,3	15,6	29,6
Általános iskola	30,7			
Speciális szakiskola	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Szakiskola/Szakmunkásképző	38,8	46,1	40,9	62,1
Középfokú végzettség/Érettségi	16,5	16,8	33,3	
Technikusi végzettség	3,9			2,9
Felsőfokú szakképesítés (OKJ-s képzés)	1,1	5,5	10,2	5,4
Felsőfokú végzettség (diploma)	3,9			
Egyéb	0	0	0	0

Az adatok forrása: TÁMOP 1.1.1. tájékoztató, valamint saját számítás az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából.

Az interjúkból az derült ki, hogy az akkreditált szervezetekben leginkább a telephely településén, vagy az azt körülvevő, jól megközelíthető településeken élő emberek dolgoznak. Ennek oka, hogy a jellemzően 4 órás foglalkoztatás nem éri meg akkor, ha ez aránytalanul nagy utazási idővel, illetve költséggel jár az egyén részére.

Az érintett emberek munkaerő-piaci részvételét a következő években feltehetően érdemben meghatározza az, hogy a jelenleg bevonási szakaszban lévő TÁMOP 1.1.1-es programba<sup>81</sup> (amelyben a tervek szerint nagyjából 10 000 fő fog részt venni) a potenciális célcsoport mekkora és milyen összetételű hányada kerül be (akik értelemszerűen nem kerülnek az akkreditált foglalkoztatókhoz – első lépésben legalábbis). A TÁMOP 1.1.1-es program és az akkreditált foglalkoztatók (a rehabilitálható munkatársak tekintetében legalábbis) ugyanis (elvileg) ugyanabból a csoportból merítenek: míg az akkreditált foglalkoztatók a munkaerő-igényüket 2013. január 1 óta az illetékes RSZSZ-nek jelentik be, addig az NRSZH által koordinált TÁMOP 1.1.1-es programiroda, illetve az RSZSZ-ek között megegyezés született arra vonatkozóan, hogy az RSZSZ-ek munkatársai célcsoport-tagokat irányítanak a programirodák munkatársaihoz. Amint azt korábban bemutattuk, az akkreditált foglalkoztatók az új szabályozás szerint az egészségkárosodott emberek szélesebb körét foglalkoztathatják, mint akik a TÁMOP program elsődleges célcsoportját jelentik, azonban a gyakorlatban a nem rehabilitálható emberek az RSZSZ-eknél jellemzően nem jelennek meg (információs szinten sem).

Jelenleg még nem tudható pontosan, hogy kik kerültek, kerülnek bevonásra a TÁMOP programba [TÁMOP 1.1.1. 2013). Ami tudható, hogy a 2013-ban zárult első TÁMOP 1.1.1-es kiemelt projektben erős életkori lefőlözési hatás érvényesült: a bevontak 36,8%-a 45 év alatti személy volt, a legidősebb, 55-64 éves korcsoport a projektben mindössze 7,14%-ot képviselt. Az akkreditált foglalkoztatókhoz hasonlóan tehát a program inkább célzott a fiatalabb érintettekre. A programba bevontak és az akkreditált foglalkoztatóknál dolgozók iskolai végzettség szerinti összetétele pedig gyakorlatilag megegyezett. Összességében azt lehet tehát várni, hogy a fiatalabb, motiváltabb, magasabb végzettségű, RSZSZ-nél megjelenő (tehát biztosan: a rehabilitálható) célcsoporttagokat várhatóan „elviszi” a TÁMOP 1.1.1-es program. Ez, a bevontak számát nézve, az akkreditált foglalkoztatóknál komoly humánerőforrás-problémákat eredményezhet a következő években.

<sup>81</sup> A TÁMOP 1.1.1.-es programról lásd bővebben: <http://nrszh.kormany.hu/tamop-1-1-1-12-kiemelt-projekt>

Az új támogatási struktúra okán, és a bekerülő célcsoport várható átalakulásával az akkreditált foglalkoztatók szerepének átalakulását jósolta több akkreditált foglalkoztató is. Ennek a változásnak a megítélése különböző, az esetek többségében kedvezőtlen – e tekintetben kivételnek számít a következő interjúalany véleménye:

*„Nem kell ettől félni. Megváltozik a funkciója a cégeknek. Nekünk igazából, ha a mostani rendszerben gondolkodunk, akkor a szakpolitika irányítóinak, meg minden résztvevőnek arra kellene rákészülnie, és ezeket a fejlesztési forrásokat arra kellene fordítani, hogy ugyanúgy – ez megvan egészen a közoktatás, az elejétől kezdve lehet látni, már az óvodás kortól lehet látni, de a szociális, bentlakásos rehabilitációs intézményeknél is ugyanez van, hogy gyakorlatilag a halmozottan, súlyosan fogyatékos emberek maradnak meg a szegregált környezetben. ... Nálunk is ez van, tehát átmegyünk ilyen fejlesztő foglalkoztatásba, ilyen szociális foglalkoztatás típusú foglalkoztatásba, ami nem baj, nekünk erre kéne ráállni. És a támogatási ösztönzésnek és mindennek erre kéne ráállni, hogy egyrészt vállaljunk ilyen tranzit szerepet: aki jó képességű, de valami miatt a munkaerőpiacon nem tud megmaradni, azt készítsük föl, másrészt, a tartósan foglalkoztatottak, a nagyon súlyosan egészségkárosodott emberek, meg a súlyosan fogyatékos emberek legyenek nálunk, és nekünk erre kéne felkészülni. Szerintem ez nem baj. Tehát én azt mondom mindig, hogy nem akkor dolgozunk jól egyébként, ha egyszerre sok embert foglalkoztatunk, hanem úgy foglalkoztatunk sok embert, hogy sokan keresztülmennek rajtunk... És átalakulunk és átmegyünk egy ilyen szociális foglalkoztatóba.” (akkreditált foglalkoztató vezetője)*

#### **4. 5. 5. Ki keres munkát? A munkakeresési hajlandóságot meghatározó tényezők**

A célcsoport a munkakeresés szempontjából mindemellett „meglehetősen reményvesztett”: Tátrai [2011] az NCSSZI-TÁRKI adatállományából készített elemzése szerint az inaktív egészségkárosodott emberek mindössze 12%-a tud és akar is dolgozni és keres is állást; 15%-a szeretne dolgozni, de (már) nem keres munkát; 13%-a képesnek érzi magát munkára, de nem szeretne dolgozni, és 60%-a nem tartja magát munkaképesnek és nem is szeretne elhelyezkedni.

**12. táblázat Az egészségkárosodott emberek munkavállalási motivációja (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő)**

	Teljes aktív korú egészségkárosodott népesség; NCSSZI-TÁRKI (% , 2010)	A károsodottság enyhe (50% alatti)	50-79%	A károsodottság súlyos (80+%)
Aktív álláskereső	12	24	12	3
Szeretne dolgozni, de nem keres munkát	15	20	14	15
Képesnek tartja magát a munkára, de nem szeretne dolgozni	13	14	12	15
Nem tartja képesnek magát a munkára, nem akar dolgozni	60	42	62	67
Összesen	100	100	100	100

Saját számítás az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából, valamint Tátrai (2011), 96-97. old.

Az inaktivitás okaként az érintettek legnagyobb hányada (közel fele) az elégtelen munkaerő-piaci lehetőségeket, a kedvezőtlen külső körülményeket említette: azt, hogy „Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat” (44,3%), illetve hogy egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken (47,7%).

A válaszadók ugyancsak nagy hányada – minden ötödik érintett – azt (is) említette, hogy „A családja vagy barátai nem támogatják, vagy lebeszélnek arról, hogy munkába álljon”: vagyis a környezetük alapvetően függő, passzív szerepben látja őket.

**13. táblázat Az inaktivitás okai (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N= 1737 fő)**

	Az inaktivitás indoklása (%) az inaktív, aktív korú egészségkárosodott népességben 2010 (NCSSZI-TÁRKI)
A családja vagy barátai nem támogatják, vagy lebeszélnek Önt arról, hogy munkába álljon	21,1
Családi kötelezettségei miatt nem teheti meg	8,4
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket	44,3
Attól tart, hogy munkatársai elszigetelnék / elkülönítenék Önt	9,6
Diszkrimináció áldozata volt	5,9
Úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő	19,2
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség	17
Egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken	47,7
Elveszítené jelenlegi jövedelmei egy részét, ha munkába állna	27,3

Saját számítás az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából, valamint Tátrai (2011), 96-97. old.

Az érintettek közel ötöde (19,2%) jelezte, hogy úgy érzi „iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő”. Tátrai (2011) kutatásában rámutat, hogy „azok között, akik szívesen

*dolgoznának, de nem keresnek állást, (...) az összes inaktív személy válaszaihoz viszonyítva még inkább kiemelkedő, 60% körüli azok aránya, akik az álláslehetőségek hiányára hivatkoznak, a legmarkánsabb különbség azonban az, hogy többségük (60%-uk) úgy érzi, iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő a munkavállaláshoz. Ez az arány az összes inaktív között 19% volt.” (Tátrai 2011: 100)*

Az egészségkárosodott emberek összetétele mindemellett a munkába állási szándékok és munkakeresés tekintetében is meglehetősen heterogén (azzal együtt is, hogy a rokkantellátást kapó és nem kapó emberek átlagosan egyik vizsgált, és az alábbiakban ismertetett szempontból sem térnek el egymástól!). A „*Klasszikus fogyatékossgal élő emberek*” esetében a jelenleg dolgozók aránya a többi csoportban megfigyelhetőnél érdemben alacsonyabb (9,7%). Figyelemre méltó eredmény, hogy az elhelyezkedési szándékot az átlagosan megfigyelhetőnél lényegesen kisebb arányban látják a közvetlen környezet korlátozó hozzáállásában: az átlagosnál sokkal nagyobb arányban említették viszont a tágabb környezet korlátait: hogy nem ismernek a szükségletüknek megfelelő állásokat (49,6%), hogy elkülönítéstől tartanak a munkahelyen (20,6%), hogy a képzettségük nem megfelelő (31,6%), illetve, hogy nincsen megfelelő közlekedési eszköz a környéken (25,4%).

Nem elvitatva a társadalmi környezet korlátainak jelentőségét, mégiscsak felmerül a kérdés, hogy egy alapvetően kiszolgáltatott helyzetben, esetlegesen „gyerekszerepben” valójában mennyire „lehet” és „kell” látni a közvetlen környezet folyamatait, és esetlegesen mennyivel „egyszerűbb” a tágabb környezet korlátait érzékelve, inkább azokban keresni a lehetetlenségek okát.

A „*Megóvottak*” esetében viszont az átlagosnál jóval nagyobb arányban jelenik meg az inaktivitás okaként az, hogy a család, illetve a barátok nem támogatják az érintett elhelyezkedését. Esetükben ugyancsak az átlagosnál nagyobb – minden 10-dik e csoportba tartozó válaszadót érintve – az olyan családi kötelezettségek jelenléte, amelyek saját bevallásuk szerint visszatartják őket a munkaerőpiacról.

14. táblázat Az egészségkárosodott emberek munkavállalási motivációja (%; NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő)

	„Klasszikus fogyatékos emberek” (145 fő)	„Megóvottak” (542 fő)	„A munkaerő-piac számkivetettjei” (59 fő)	„Bezárkózók” (836 fő)	„Relatív depriváltak” (154 fő)	Egészségkárosodottak ö.	Rokkanttételt kapók	
Jelenleg dolgozók aránya	9,7	18,3	16,9	12	27,3	15	12,2	
ILO munkanélküliek aránya	5,5	8,3	15,3	7,3	13	8,5	7	
A jelenleg munkát keresők aránya	7,6	9,6	18,6	8,9	14,9	10,2	8,6	
Mióta keres munkát? (átlagosan)	5 éve	3 éve	4 éve	4 éve	3 éve	4 éve	4 éve	
Szeretne-e munkát vállalni, elhelyezkedni? (mindenki / nem dolgozók arányában)	24,8/27,5	23,4/28,9	28,8/34,7	19,4/22	29,2/40,5	22,6/26,7	21,3/24,3	
Regisztrált munkanélküliek aránya	4,8	7,2	16,9	6,8	5,2	7,6	5,8	
Az elmúlt 5 évben rehabilitációs programban részt vettek aránya	7,6	7,4	3,4	5,5	9,7	6,1	5,9	
A munkakeresés akadályai (a jelenleg nem dolgozók körében)	családja, barátai nem támogatják az elhelyezkedését	11,5	28,4	8,2	20,6	24,5	21,1	21,7
	családi kötelezettségei visszatartják	5,3	9,3	2	8,5	5,4	8,4	7,9
	nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat	49,6	46,3	34,7	42,6	44,1	44,3	45
	attól tart, hogy a munkatársai elkülönítenék	20,6	7,7	12,2	8,5	10	9,6	9,7
	diszkrimináció áldozata volt	8,4	5	18,4	4,8	7,2	5,9	6
	képzettsége nem megfelelő	31,3	19,2	30,6	18,7	6,3	19,2	18,8
	nincs megfelelő közlekedési lehetőség	25,4	16,5	22,4	16,7	16,2	17	16,5
	nincsenek munkalehetőségek egyáltalán a környéken	48,9	51,4	55,1	45,4	49,5	47,7	47,4
	elveszítené jelenlegi jövedelme egy részét, ha munkába állna	19,8	35,2	24,5	25,3	22,7	27,3	27,9

Saját számítás az NCSSZI-TÁRKI „D” kutatásának adatbázisából.



A „*Számkivetettek*” esetében a kedvezőtlen lakóhelyi munkaerő-piaci és környezeti feltételek megmutatkoznak abban is, hogy az átlagosnál jóval nagyobb hányaduk érzékelése szerint nincsenek munkalehetőségek a környéken (55,1%; pedig az átlagosnál sokkal kisebb arányuk jelezte, hogy speciális szükségleteinek megfelelő állásra lenne szükségük, és ennek hiányában inaktívak), illetve olyannyira kedvezőtlenek a közlekedési feltételek, hogy emiatt nem tudnak munkát vállalni (22,4%). Kétségbeesítően nagy hányaduk – gyakorlatilag minden ötödik e csoportba tartozó ember – volt diszkrimináció áldozatai (feltételezhetően nem („csak”) a fogyatékoságuk okán).

A „*Relatív depriváltak*” közül dolgoznak a legtöbben (27,3%), ami nem meglepő a többi csoporthoz képest legkedvezőbb személyes humán-erőforrás és egészségügyi jellemzőiket tekintve. Sokat elárul viszont az ellátórendszer célzásáról (és esetleges hatékonyságáról?) az az eredmény, hogy körükben a legmagasabb az elmúlt években rehabilitációs szolgáltatásokban részt vett emberek aránya.

Logisztikus regresszióval vizsgáltam azt is, hogy mi befolyásolja a rokkantellátást kapó emberek munkakeresési hajlandóságát: egészen pontosan azt, hogy ki lesz közülük az ILO definíciója szerint munkanélküli (vagyis: a mérést megelőző héten 1 órát sem dolgozott, aktívan munkát keres, munkába tudna állni) (M6. táblázat).

A modellben a dichotóm függő változó két attribútumát a nem dolgozó rokkantellátott emberek ILO definíció szerint munkanélküli, illetve nem munkanélküli csoportjai képezték. A modellbe 7 lépésben kerültek bevonásra a rokkantellátott emberek személyes és szűkebb környezeti jellemzőit mérő változók csoportjai, a következőképpen: első lépésben az egészségkárosodásra, fogyatékosagra vonatkozó információk<sup>82</sup>, második lépésben a nem<sup>83</sup>, harmadik lépésben azt, hogy roma-e az illető<sup>84</sup>, negyedik lépésben a személyes humán erőforrást mérő változók<sup>85</sup>, ötödik lépésben a környezeti erőforrások<sup>86</sup>, hatodik lépésben a munkaerő-piaci jellemzők<sup>87</sup>, hetedik lépésben a rokkantnyugdíj helyettesítési rátáját az adott iskolai végzettséghez tartozó minimálbérhez képest<sup>88 89</sup>.

---

<sup>82</sup> Nagelkerke R<sup>2</sup> ekkor: 0,126

<sup>83</sup> Nagelkerke R<sup>2</sup> ekkor: 0,127

<sup>84</sup> Nagelkerke R<sup>2</sup> ekkor: 0,144

<sup>85</sup> Nagelkerke R<sup>2</sup> ekkor érdemben emelkedett: 0,225

<sup>86</sup> Nagelkerke R<sup>2</sup> ekkor: 0,275

<sup>87</sup> Nagelkerke R<sup>2</sup> ekkor: 0,307

<sup>88</sup> Nagelkerke R<sup>2</sup> ekkor: 0,36

<sup>89</sup> Egységkárosodásra és fogyatékosagra vonatkozó változók: fogyatékosággal élő embernek érzi-e magát; mióta áll fenn a problémáját okozó akadályozottsága; milyen korlátozottságokkal rendelkezik

A logisztikus regressziós modell tanulsága szerint a rokkantellátást kapó megváltozott munkaképességű emberek munkakeresési hajlandóságát szubjektív egészségügyi állapotuk, családi állapotuk és házastársuk aktivitása, illetve a rokkantellátásuk helyettesítési rátája határozza meg alapvetően.

A mind jobb egészségügyi állapotú emberek esetében nagyobb az esélye az álláskeresésnek: az önmaguk egészségügyi állapotát nagyon rossznak tartóknál mintegy 19-szer nagyobb eséllyel keresnek állást azok, akik egészségügyi állapotukat kielégítőnek, jónak vagy nagyon jónak ítélik meg.

A legnagyobb munkakeresési aktivitás az egyedülálló / hajadon érintetteket jellemzi, hozzájuk képest a házások mintegy 10-ed akkora eséllyel keresnek munkát. Mindemellett, ha a házastárs aktív, az 17-szeresére emeli az egyén munkakeresési esélyét ahhoz képest, ha a házastárs inaktív. Ezek az adatok felhívják a figyelmet a közvetlen környezet meghatározó szerepére, vagyis arra, hogy a célcsoport esetében sokkal inkább „aktív” és „inaktív háztartási stratégiákról”, mintsem egyes emberek döntéseiről szükséges gondolkodni. Ugyancsak érdemben alacsonyabb az özvegyek munkakeresési hajlandósága: ez részben (az egészségkárosodott emberek csoportjainak bemutatásakor már körvonalazott) a világtól elforduló, fogyasztás-leszorító életmóddal, részben az özvegyi nyugdíjazás rendszerével lehet összefüggésben.

Az adatok tanulsága szerint a rokkantellátás mind magasabb helyettesítési rátája mind alacsonyabb munkakeresési aktivitással jár együtt.

#### **4. 6. Összegzés**

Bár a fogyatékos mozgalomnak és a munkaerő-piaci szakpolitikáknak is kiemelt kérdésévé vált az elmúlt időszakban a fogyatékos, illetőleg megváltozott munkaképességű emberek aktivizálása, (a fogyatékoság függőségi mítoszát szem előtt tartva mégsem meglepő, hogy) az elmúlt évtizedekben a tudományos gondolkodásban és elemzésekben is a passzív, segélyezett szereppel kapcsolódott össze a rokkantellátásban való részvétel. Mindez azonban azt eredményezte, hogy a célcsoport

---

(van-e látássérülése, hallássérülése, tartósan fennálló (nagy) betegsége, pszichés, mentális betegsége, mozgássérülése, tanulási vagy megértési nehézsége); és hogy ezek a korlátozottságok milyen fogyatékoságokat, illetve hátrányokat eredményeznek. Személyes humán-erőforrás változók: iskolai végzettség, kor, jogosítvánnyal való rendelkezés, beszél-e idegen nyelvet, van-e otthon internetkapcsolata, munkaéletútra vonatkozó változók (a munkaéletút mekkora hányadát töltötte fizetett munkával, munkanélküliként, rokkantellátásban, tanulással, gyermek után járó ellátásban, egyéb inaktívként). A környezeti erőforrásokra vonatkozó változók: családi állapot, a háztartás aktivitásra vonatkozó változók (van-e aktív kereső, van-e nyugdíjas, a házastárs/élettárs aktív kereső-e, a házastárs/élettárs nyugdíjas-e), a barátok száma. A lakóhelyre (munkaerőpiacra) vonatkozó változók: településtípus, régió.

(esetleges) sikeres munkaerő-piaci elhelyezkedésének tényezőiről alig vannak ismereteink.

A kutatásokban különösen kevésbé vizsgált területet jelentenek a kontextuális tényezők: a meglévő vizsgálatok legjelentősebb része (részben nyilván mérés technikai, mérhetőségi okokból) a kínálati oldallal foglalkozik, és elfelejtkezik a keresleti oldal és a szűkebb és tágabb környezet jellemzőinek, viszonyulásainak nagyon is alapvető hatásairól.

Dolgozatom jelen fejezetében – a szakirodalmi előzmények áttekintését követően – elsőként a megváltozott munkaképességű emberek (különös tekintettel a „rehabilitálandókra”) munkaerő-piaci részvételét meghatározó szocio-demográfiai jellemzőit mutattam be, részben statisztikai adatok másodelemzésével, részben adatelemzésekkel. Az adatok világosan jelzik, hogy az érintett célcsoport jellemzői e tekintetben rendkívül kedvezőtlenek.

A logisztikus regressziós elemzés eredményei megerősítették azt az előzetes felvetést, hogy a megváltozott munkaképességű, illetőleg fogyatékos emberek egészségkárosodás tényén túli egyéb személyes és szűkebb környezeti jellemzői érdemben meghatározzák az érintettek esetleges munkaerő-piaci részvételét. Bizonyos csoportokban – így az értelmi fogyatékosokkal élő, autista, valamint hallássérült emberek körében, az idősebbeknél, a hosszabb korábbi munkaerő-piacon kívüli létet tapasztaló és kevésbé mobil embereknél kisebb az (újbóli) munkaerő-piaci részvétel esélye: vagyis e csoportok (re)integrációja – a munkaerő-piacon amúgy is meglehetősen hátrányos helyzetű – egészségkárosodott emberek között is külön figyelmet igényel. A szakirodalmi áttekintés és az elemzés eredményei mindemellett közvetlenül (településtípus hatása) és közvetve (az egyéni és szűkebb környezeti tényezők alacsony magyarázóértéke) is nyomatékosan felhívják a figyelmet a (lokális) munkaerő-piac folyamatainak és szereplőinek alapvető szerepére a rokkantellátott emberek (újbóli) munkaerő-piaci részvételében. Így a mind megalapozottabb és hatékonyabb szakpolitikai intézkedések és beavatkozások megtételéhez elkerülhetetlenül szükséges lenne a keresleti oldal viszonyulásainak, és mechanizmusainak alapos megismerése is (pl. az egészségkárosodott emberek foglalkoztatásával kapcsolatos munkáltatói attitűdök, akkreditált munkahelyek megoszlása).

A munkaerő-piaci környezet és területi jellemzők erőteljes, és egyre inkább növekvő hatása a további eredményekben is megmutatkozik.

A komplex minősítési rendszer működésének első adatai azt jelzik, hogy nagyon nagy területi különbségek vannak a tekintetben, hogy az érintett emberek mekkora hányadát minősítik rehabilitálандónak. Ráadásul ezek a különbségek nem tükrözik a lokális munkaerőpiacok jellemzői alapján várható megoszlást, sőt bizonyos esetekben éppen azzal ellentétesek.

A szakértői- és a célcsoporttal készült interjúk, valamint kérdőíves vizsgálat eredményei egyaránt megerősítették, hogy mind a munkavállalási motivációt, mind a valós lehetőségeket nagyban befolyásolja az érintett emberek lakóhelyének ellátásoktól és munkahelyektől való távolsága, ahogy az elérhető munkahelyek jellemzői is: az érintettek legnagyobb hányada az állástalansága okaként azt említette, hogy egyáltalán nincsenek munkalehetőségek azon a környéken, ahol él, illetve, hogy nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat.

Az érintett emberek munkába állási szándékok és munkakeresési motivációk tekintetében ugyancsak meglehetősen heterogén csoportot képeznek. A logisztikus regressziós elemzésem eredménye szerint a rokkantellátást kapó megváltozott munkaképességű emberek munkakeresési hajlandóságát szubjektív egészségügyi állapotuk, családi állapotuk és házastársuk aktivitása, illetve a rokkantellátásuk helyettesítési rátája határozza meg alapvetően. Mindez a közvetlen környezet meghatározó szerepét jelzi: a rokkantellátás melletti munkavállalás úgy tűnik, hogy a háztartási stratégia eleme.

## **5. Néhány gondolat a megváltozott munkaképességű emberek aktivizálásának magyarországi (nonprofit) intézményi háttéréről<sup>90</sup>**

### **5. 1. Bevezetés**

A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci reintegrációját alapvetően segít(het)ik: az, hogy kire céloznak és kiket érnek el a foglalkozási rehabilitációs célú programok (vagyis: kiknek van esélye egy ilyen típusú segítséget igénybe venni). Dolgozatom jelen fejezetében erre a kérdésre szeretnék – néhány gondolat erejéig – válaszolni: különös tekintettel a komplex munkaerő-piaci programokat működtető nonprofit szektor tevékenységére, ezen belül pedig arra, hogy az eltérő fogyatékoság-fogalmak és értelmezések befolyásolják-e, és ha igen, akkor hogyan befolyásolják az „eléréseket”.

### **5. 2. Elméleti háttér és kutatási előzmények: az aktivizálás eszközei és intézményei, különös tekintettel Magyarországra**

#### ***5. 2. 1. Az aktivizálás eszközeinek csoportjai és irányai***

Dolgozatom bevezető részében röviden bemutattam, hogy az elmúlt évtizedekben a fejlett országok mind nagyon hangsúlyt fektetnek a munkaerő-piacról kiszoruló csoportok újbóli integrációjára. Ez a korábban „munkaképtelennek” tekintett fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek esetében sincsen másként.

Az érintett csoportok újbóli aktivizálásának módjaiban és megítélésében azonban érdemi eltérések vannak mind az aktivizálást végző országok, mind a tevékenységek hatásosságát és hatékonyságát vizsgáló kutatók között.

Az európai jóléti rezsimek tipológiáihoz hasonlóan [lásd: Esping-Andersen 1990, Bonoli 1997, Sapir 2005, Composto 2008] az elmúlt években az „aktivizálás” eszközeinek (és azok változásainak) modelljei is rendelkezésre állnak. E modellek kezdetben jellemzően dichotóm kategóriákkal írták le az aktivizálás lehetséges útjait [lásd például: Torfing 1999 – „defenzív és offenzív warfare”; Barbier 2005 – „liberális aktiválás és univerzális aktiválás”; lásd a modellekről bővebben: Pascual – Magnusson

---

<sup>90</sup> A dolgozat jelen fejezetének bizonyos részei megjelentek: Nagy, Z. É. – Sörös, A. – Szerepi, A. [2013b]: Foglalkoztathatóság javítását célzó intézkedések értékelése. A nonprofit szervezetek szerepe a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában – különös tekintettel a TÁMOP 1. és 2. prioritására. Budapest: Nemzeti Fejlesztési Ügynökség; Nagy, Z. É. [2014]: Néhány gondolat a megváltozott munkavégző képességű emberek aktivizálásának magyarországi helyzetéről. In.: Csoba, J. (szerk.): Kopogtatás nélkül. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, pp. 387-404.

– Lang 2007, illetve Bonoli 2010]. Weston [2012] szerint ezek a dichotóm modellek alapvetően két utat rajzolnak ki az aktivizálás módjait illetően: az „emberi tőkébe való beruházást” követő modellekben a képessé tevésen, az egyén fejlesztésén van az elsődleges hangsúly, míg a „work first”-típusú beavatkozásban a munkára ösztönzés és az ellátásokhoz kötődő feltételrendszerek kapnak nagyobb hangsúlyt. A magyar szakirodalomban is mindinkább elterjedő welfare – workfare összehasonlítás is nagyon hasonló elvi megfontolásokon alapul [lásd: Csoba 2010].

Bonoli 2010-es munkájában már négyes tipológiát javasol: megerősített ösztönzők elsősorban az angol nyelvű országokban; foglalkozási asszisztencia, azaz az akadályok eltávolítása és a munkaerő-piaci reintegráció ösztönzése, elsősorban Észak- és a kontinentális Európában; foglalkozások a munkavégző-képesség megőrzése érdekében, elsősorban az 1980-as és a korai 1990-es években a kontinentális Európában; valamint a humán-tőkébe való beruházások elsősorban az északi országokban.

Átvéve a közgazdaságtani szemléletű kutatások főáramának szemléletét és következtetéseit<sup>91</sup>, a fogyatékkal / rokkantellátással kapcsolatos foglalkoztatáspolitikák, intézményrendszeri különbségek modellezése, illetve változásuk megértése érdekében az OECD 2010-ben [2007-re vonatkozó adatokkal], klaszter-elemzéssel modellt készített, melynek eredménye nagyon hasonlít a jóléti rezsimek Esping-Andersen-féle [1990] modelljéhez.

2010-ben az OECD munkatársai e modell segítségével igyekeztek értékelni az 1990 és 2007 között bekövetkezett intézményrendszeri változásokat. Eredményeik szerint a vizsgált rezsimek (bár különböző sebességgel, mértékben, de) konvergálnak az aktivizáló, foglalkoztatás-orientált megközelítés felé.

A csoportosítás két dimenzióban („kompenzáció”, illetve „integráció”) mintegy 20 változó bevonásával készült. A „kompenzáció” dimenzió alapvetően a rokkantellátó rendszer „nagylelkűségét” méri olyan változókkal, mint:

- az ellátás lefedettsége,
- az ellátásra való jogosultsághoz szükséges minimális munkaképtelenségi szint,
- a teljes ellátás eléréséhez szükséges munkaképtelenségi szint,

<sup>91</sup> Vagyis, csatlakozva ahhoz a racionális döntést feltételező irányhoz, ahol az ellátások igénybevételenek – így ezzel párhuzamosan a munkaerő-kínálatnak – az arányát alapvetően az elérhető jövedelem biztonsága, tartóssága és helyettesítési rátája, jogosultsági feltételei, viselkedési elvárásai és szankciói és a rehabilitációs szolgáltatások határozzák meg, valamint néhány, a munkaerő iránti keresletet meghatározó tényező, így például a jogalkotás vagy a munkáltatói diszkrimináció.

- helyettesítési ráta (a folyamatos munkajövedelemhez képest),
- az ellátások állandósága,
- az orvosi vizsgálat jellege,
- foglalkoztatási értékelés jellege,
- táppénz szintje, időtartama, felügyelete.

Az „integráció” dimenzió alapvetően a rendszer „aktivizálási” tevékenységét méri a következőkkel:

- az aktivizálást hivatott rendszer lefedettsége és egymásra épültsége,
- a rendszer értékelése (felelősség és következetesség szempontjából),
- a hátrányos megkülönböztetés elleni jogszabályok, beleértve a munkáltatók felelősségét a munka megtartása és az akadálymentesítés terén,
- a támogatott foglalkoztatás és a foglalkoztatási támogatások rendszere (mértéke, állandósága, rugalmassága),
- a védett foglalkoztatás (mértéke, átmeneti jellege),
- foglalkozási rehabilitációs programok (kötelezettség és a kiadások mértéke),
- a rehabilitáció időzítése,
- az ellátás felfüggesztésének szabályai
- és a munka ösztönzők további rendszere.

A modellben 3 fő csoportot (szociáldemokrata, liberális, korporatív) és azokon belül összesen 7 alcsoportot különböztettek meg: Magyarországot a korporatív modellbe sorolták.

Már maguk az OECD kutatói is megjegyzik azonban, hogy a komplex modellel felállított tipológia, valamint a mért változások nem tükrözik az érintett, megváltozott munkaképességű emberek (munkaerő-piaci) jellemzőit. Ők ennek okát alapvetően a szakpolitikai intézkedések és azok gyakorlati megvalósulása közötti eltérésekben látják: például abban, hogy a politikai vagy retorikai változások a mindennapi gyakorlatban lassabban okoznak tényleges elmozdulást (így a résztvevő szereplők, például orvosok, viselkedésében), vagy, hogy gyakran nem elégséges az erőforrások változtatása / átcsoportosítása (amelyet az új szolgáltatásokra fordítanak).

Más kutatási eredmények is jelzik, hogy a látszólagos közpolitikai elkötelezettség ellenére a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások „fejletlenek, alulfinanszírozottak vagy kihasználatlanok” a legtöbb európai országban (kivéve Finnországot, Franciaországot, Németországot, Hollandiát és Svédországot) [Scharle 2013].

Az OECD modelljével más baj is van: ahogy Scharle és Váradi [2013] tanulmányukban megjegyzik, bár a strukturális változások (az „alkalmazkodás”) sebessége kapcsolódik a rezsim-tipológiához, az egyes rezsimeken belüli jelentős különbségek azonban azt jelzik, hogy a szakpolitikai változásokat számos egyéb (a strukturális jellemzőkön túli) tényező is befolyásolja. Finnország, Norvégia és Svédország (az OECD tipológiája alapján mindhárom a szociáldemokrata típus ugyanazon altípusába tartozik) példáján keresztül vizsgálták, hogy hasonló kiinduló állapotot követően milyen tényezők befolyásolhatták a fogyatékkal kapcsolatos politikák, állami kiadások és eredmények változásait. Eredményeik azt mutatják, hogy a szakpolitika változására – vagyis a rokkantellátással kapcsolatos hivatalos szemléletre – alapvetően befolyással voltak a költségvetési megszorítások, az egyenlő jogok iránti a történelmi elkötelezettség, a politikai döntéshozatali képességét és a centralizáció.

A némileg bizonytalan és részben egymásnak ellentmondó kutatási eredmények számos kérdést vetnek fel. Bár a kormányzatok szívesen építkeznek a nemzetközi szervezetek által megfogalmazott szakpolitikai irányelvekre, az aktivizálási politikák és tevékenységek hatásait feltételezhetően számos „más”, mindezidáig nem felderített társadalmi – intézményrendszeri – tudati tényező befolyásolja, amelyek megértése és felderítése éppen ezért alapvető fontosságú lenne.

### **5. 2. 2. Az aktivizálás intézményei és eszközei Magyarországon**

Magyarországon, megváltozott munkaképességű embereknek aktivizáló szolgáltatások szélesebb körét jelenleg két irányból lehet igénybe venni: egyrészt a non-profit szektorban, másrészt az állami szektorban, 2008-2013 között az Állami Foglalkoztatási Szolgálat (gyakorlatban: a munkaügyi központok), majd 2013-tól a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által végrehajtott TÁMOP 1.1.1-es programban<sup>92</sup>.

A TÁMOP 1.1.1-es program célja *„az (volt), hogy az egészségkárosodással élő, megváltozott munkaképességű személyek számára segítse elő, támogassa a foglalkozási rehabilitációt, a foglalkoztathatóság munkavégző képesség javítását olyan foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások, képzések, támogatások biztosításával, amelyek segítik a korábbi munkahelyre való visszatérést, vagy az újbóli elhelyezkedést tartós támogatás nélkül”*[TÁMOP 1.1.1 tájékoztató: 1].

<sup>92</sup> A TÁMOP 1.1.1.-es programról lásd bővebben:

<http://www.kormanyhivatal.hu/download/2/4c/30000/T%3%81MOP%2011%20T%3%A1j%3%A9koztat%C3%B3.pdf>



A jelentős ráfordítással (16 280 000 000 Ft) végrehajtott TÁMOP 1.1.1-es program hatásvizsgálatát a Budapest Intézet végezte el 2013-ban. Értékelésük eredményei szerint a programba való bevonás *„mértéke szerény (14 841 fő, megj.: NZÉ), és a rosszabb helyzetű északi régiókban relatíve alacsonyabb”* [Budapest Intézet 2013: 21]. a programban résztvevő megváltozott munkaképességű emberek iskolai végzettsége magasabb, mint a csoport átlaga (ezzel kapcsolatos saját számításaimat a fejezet kutatási eredményekkel foglalkozó részében ismertetem).

A TÁMOP 1.1.1 hivatalos adatközlése alapján [TÁMOP 1.1.1 2013] bérjellegű támogatást 11 931 fő kapott (ebből hosszabb idejű bértámogatásban 778-an részesültek, a többiek munkatapasztalat-, munkagyakorlat vagy munkakipróbálás céljából kaptak támogatást). Képzéshez kapcsolódó támogatásokban 9967-en részesültek, bár a legtöbben azokon a képzéseken vettek részt, ahol nem kaptak szakképesítést (így például 2148 fő vett részt pályaaorientáló és álláskeresési ismeretek oktatásán). A munkaerő-piaci szolgáltatások közül a mentori szolgáltatás esetszáma volt a legmagasabb – a bevont 14841 fő 21 003 esetben kapott ilyen szolgáltatást. A többi munkaerő-piaci szolgáltatás esetszáma lényegesen elmarad ettől is.

A program hatásait a Budapest Intézet kutatói ún. párosítási módszerrel vizsgálták. Eredményeik szerint – mellyel kapcsolatosan már maguk a kutatók is fenntartásaikat fejezték ki, felfelé torzítottan minősítették, többek között a „lefölözési” valamint az „önszelekciós” mechanizmusoknak köszönhetően [lásd erről az értékelési tanulmány 5.5-ös fejezetét] – a program jelentős hatást gyakorolt az elhelyezkedésre: a nők esetében 30 százalékpontos, a férfiak esetében mintegy 27 százalékpontos javulás következett be az elhelyezkedés valószínűségében.

A non-profit szektor szerepvállalása a célcsoport munkaerő-piaci aktivizálásában Magyarországon nagyjából 15-20 évre nyúlik vissza. Korábbi, egy 667 foglalkoztatási célú nonprofit szervezetet kérdőívvel vizsgáló kutatásunk elemzésének eredményei szerint [lásd bővebben: Nagy et al. 2013b], a hazai foglalkoztatási célú nonprofit szervezetek közel harmada (32,6%) nyújtott szolgáltatást megváltozott munkaképességű embereknek az elmúlt három évben (ez nagyjából 200-300 szervezetet jelenthet). A nyújtott szolgáltatásokat faktorelemzéssel megvizsgálva nagyon világos tevékenységstruktúra rajzolódik ki: ez az egyes tevékenység-irányok letisztultságára (és az irányon belüli komplex alkalmazására) utal ezekben a szervezetekben. A szolgáltatások öt csoportba szerveződtek a következőképpen:

- „Tájékoztatás, felmérés, tanácsadás”: tájékoztatás, információszolgáltatás célcsoportoknak; képességek felmérése, fejlesztési tervek készítése; mentális segítségnyújtás, tréning;
- „Kompetencia-fejlesztés és képzés”: kompetencia-fejlesztés, munkára felkészítő tréning; mentorálás; képzés; képzésben benmaradás támogatása; pályorientáció, pályaválasztási tanácsadás;
- „Munkába állást és maradási közvetlenül segítő szolgáltatások”: álláskeresési tréning; tanácsadás munkát keresőknek (leendő kisvállalkozóknak); munkaközvetítés; állásfeltárás, elhelyezés; próbamunka szervezése munkáltatóknál; munkahelymegtartás segítése, utánkövetés; munkáltató fejlesztése, tanácsadás munkáltatóknak;
- „Foglalkoztatás”: munkahelyi betanítás, beilleszkedés segítése; tranzitfoglalkoztatás saját szervezeten belül; tartós foglalkoztatás saját szervezeten belül;
- „Egyéb tevékenységek”: érdekvédelmi tevékenység; (közfoglalkoztatás szervezése)

A nyújtott szolgáltatások struktúrája, a „szervezeti professzionalizmus” index, valamint a „szakmai kompetencia” index bevonásával elkészítettük a megváltozott munkaképességű embereknek szolgáltatást nyújtó szervezetek típusalkotását. Az elemzések eredményeként négy markánsan elkülönülő csoport rajzolódott ki. Két csoportban jelennek meg azok a szervezetek, akik egyértelműen foglalkoztatási célú nonprofit szervezetként definiálhatóak, ráadásul szervezeti professzionalizáltságuk és szakmai kompetenciáik is kiemelkedőek. A két csoport közül az egyik az érdekvédelmi, érdekképviseleti tevékenységgel is kiemelten foglalkozó szervezetek köre (a szervezetek 20,9%-a), míg a másik csoportba a komplex munkaerő-piaci szolgáltatás nyújtása mellett szervezeten belüli foglalkoztatást is jellemzően felvállaló szervezetek tartoznak (18,4%). A szervezetek típusalkotása során létrejött további két csoport nem kimondottan foglalkoztatási célú tevékenységet végez. Az egyik ide tartozó csoport jól szervezett és professzionális, de elsősorban képzéssel, kompetencia-fejlesztéssel foglalkozó szervezeteket takar (24,5%). A típusalkotás nyomán kialakult utolsó csoportba tartozó szervezetek – mindhárom másik csoporthoz képest – szervezeten belüli és szakmailag is jóval kevésbé professzionálisak, kiemelhető, a foglalkoztatási céllal összefüggő tevékenységi profiljuk nincs (36,2%).

Magyarországon (főként: a non-profit szektorban) egészen a közelmúltig 4 jelentős és professzionális komplex munkaerő-piaci program foglalkozott a célcsoport munkaerő-piaci (re)integrációjával (melyeket – jellemzően – az előző tipológiában a legprofesszionálisabbnak tekinthető csoportokba tartozó szervezetek működtetnek): ezek állami forrásból (illetőleg EU-s forrásból) finanszírozottak, a gesztorszervezeti feladatokat pedig a Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központja látta el.

Ezek a programok a következők [a programok részletes bemutatását és tematikus összehasonlítását lásd: Nagy et al. 2013c]:

- Támogatott Foglalkoztatás Szolgáltatás (TF): 8 szolgáltató szervezet az országban [további információk: Jásper – Kanizsai-Nagy 2011]
- Megoldás Munkáltatóknak és Megváltozott Munkaképességű Munkavállalóknak (4M Program): 14 megvalósító szervezet 22 szolgáltató irodában
- Látássérültek Foglalkozási Rehabilitációja (LSR / LFR): 6 szolgáltató szervezet [további információk: Dávid – Gadó – Csákvári 2008]
- Komplex Munkaerő-piaci Szolgáltatás (KMP /KEFISZ) [további információk: Köncei 2009, Zalabai Péterné 2006]: 14 szolgáltató szervezet

A Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. által irányított "Rehabilitáció - Érték - Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram" (TÁMOP-5.3.8-11/A1-2012-0001) keretében 2013-ban un. egységes szolgáltatási módszertant alakítottak ki a működő módszertanok tapasztalatainak figyelembevételével, azok vezető szakértőinek részvételével [lásd: Deák et al. 2013].

A foglalkozási rehabilitáció magyarországi gyakorlatait vizsgáló hiánypótló munkájában Scharle [2011] jó gyakorlatként vizsgálta és értékelte egy Támogatott Foglalkoztatás Szolgáltatást végző (TF, Fogd a Kezem Alapítvány), egy Megoldás Munkáltatóknak és Megváltozott Munkaképességű Munkavállalóknak (4M Program, Napra-Forgó Nonprofit Kft.) szolgáltatást végző, valamint Komplex Munkaerő-piaci Szolgáltatást (KMP /KEFISZ, Motiváció Alapítvány) nyújtó szervezet szolgáltatásait. Kérdőíves adatgyűjtésekből készült elemzésében a komplex szolgáltatást nyújtó szolgáltatók eredményességét a nyílt munkaerő-piaci integráció tekintetében a védett szervezetekhez képest érdemben magasabbra (mintegy negyven-ötvenszer nagyobbra) becsülte.

### 5. 3. Kutatási kérdések

Az aktivizálás eszközeivel és eredményességével foglalkozó nemzetközi szakirodalomban egyre inkább felismerik, hogy az aktivizálási politikák országonként különböző mechanizmusait és hatásait feltételezhetően számos mindezidáig nem vizsgált tényező befolyásolja.

Dolgozatom jelen fejezetében e „más” tényezők közül egy lehetséges tényezőt vizsgálok magyarországi adatokon: ez pedig az, hogy a meglehetősen heterogén csoportot képező fogyatékossgal élő, illetőleg megváltozott munkaképességű emberek közül mekkora hányadot érnek el, illetve kikre is céloznak – a legnagyobb hatékonyságúnak vélt - aktivizálást elősegítő, komplex foglalkozási rehabilitációs tevékenységek?

Kutatási kérdéseim a következők:

- (1) Az érintett emberek mekkora hányadát érik el a komplex, foglalkoztatást elősegítő programok Magyarországon?
- (2) Kikre „céloznak” a szolgáltatások? Milyen tényezők befolyásolják az „eléréseket”?
- (3) Milyen az eredményessége a szolgáltatásoknak?

### 5. 4. Adatok és módszerek

A dolgozatom jelen fejezetében megfogalmazott kutatási kérdések megválaszolása során két empirikus adatfelvétel adatainak elemzése mellett statisztikai adatközlések, illetve kvalitatív adatforrások elemzését is végeztem.

Így az NCSSZI-TÁRKI 2010-es – korábban már bemutatott – kutatásán túl felhasználtam a HÉTFA Kutatóintézet által, a Revita Alapítvány együttműködésében a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízásából a „Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése” című értékelésben készített online kérdőíves vizsgálat adatbázisát, mely 665 nonprofit szervezetet adatait tartalmazza.

Elemzésem fontos részét képezik a Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központjának statisztikai adatközlései, valamint a TÁMOP 1.1.1.-es programmal kapcsolatos tájékoztatás.

A kvalitatív adatok a Helyzetelemzés az „Átvezetés” módszertanához elnevezésű kutatásból származnak, melyet dolgozatom bevezetőjében ugyancsak részletesen is ismertettem.

## 5. 5. Eredmények

Bár az OECD ország-tipológiájának eredménye értelmében Magyarországon (mint a korporatív modell „A” csoportjába tartozó országban) „egészen” [OECD 2010: 92] fejlettek a munkaerő-piaci programok és a rehabilitáció, az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatbázisból nyert adataim szerint egészségkárosodott emberek mindössze 6,1%-a vett részt a mérést megelőző 5 évben bármilyen rehabilitációs, munkavállalást előkészítő programban (beleértve az egészségügyi, elemi, foglalkozási, szociális rehabilitációt(!)). A kimondottan foglalkozási rehabilitációs programban résztvevők aránya mindössze 3,4%.

A jelen dolgozat empirikus alapját képező interjúk vizsgálatokban a megkérdezett szakértők, civil és nonprofit szereplők körében gyakorlatilag egyöntetű volt az a vélemény, hogy ez a szolgáltató szektor – személyre szabott, komplex szolgáltatásai és működés módjának jellege okán – jobban tud(na) reagálni a célcsoport jelentős (kedvezőtlenebb társadalmi-demográfiai helyzetű) részének speciális igényeire. Mindennek ellenére a célcsoport maga alig-alig gondolkodik és alig-alig van kapcsolatban a nonprofit szektorral (is): az NCSSZI-TÁRKI adatfelvételtől származó adatok szerint a munkát kereső megváltozott munkaképességű emberek 38,6%-a főként a munkaügyi központokon, 32%-a barátokon, ismerősökön és mindössze 2%-a (!) civil szervezeteken keresztül keres munkát (26,4%-a csak hirdetésekre jelentkezik, 1% egyéb módokat választ)<sup>93</sup>.

Az (elsősorban) a nonprofit szektorban megvalósított komplex munkaerő-piaci programok célzását a Zalai Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központjának adatszolgáltatása alapján, valamint korábbi interjúk vizsgálataink eredményeinek felhasználásával vizsgálom.

A programok indulása óta (legkorábban a 4M indult, ezt 2002-ben kezdték el finanszírozni, a TF-et és a KMP-t 2008 végén, az LFR-t 2009 őszén kezdték el finanszírozni) mindezidáig összesen 18 508 fő tényleges bevonása történt meg (ha ezt az ebben az időszakban nagyjából 500 000 fő körül mozgó megváltozott munkaképességű népesség arányában nézzük, akkor 3-4% körüli bevonási arányt számíthatunk).

<sup>93</sup> Ezek az adatok még inkább kétségbeejtővé teszik a helyzetet, figyelembe véve a célcsoport jellemzőit: az informális kapcsolatrendszerük korlátozott voltát, a munkaügyi központtal való kapcsolat ritkaságát.

A programok „célzását” vizsgálva elmondható, hogy bár valamennyi modell elsődleges célcsoportját – nevesítetten – a megváltozott munkaképességű emberek képezik (a munkaadók és a 4M esetében a partnerek mellett), a vizsgált modellek között – több szempontból is – lényeges eltérések mutatkoznak a tekintetben, hogy a lehetséges célcsoport (a fogyatékos, megváltozott munkaképességű emberek) mely alcsoportjait célozzák meg és érik el valójában szolgáltatásukkal. E tekintetben jelentős szűkítések figyelhetőek meg.

A vizsgált modellek közül kettőben már ab ovo fogyatékos-típus szerint szűkítik az ügyfelek körét: a TF az értelmileg akadályozott, autizmussal élő, valamint látássérült személyeket tekinti közvetlen célcsoportjának; míg az LFR elsősorban látássérült ügyfeleknek nyújt támogatást.

Az interjúk vizsgálatok<sup>94</sup> tapasztalatai szerint a gyakorlatban a szolgáltatás lehetséges célcsoportjait több tényező is tovább szűkíti.

Az egyik nagyon fontos szűkítő tényezőt a szolgáltatás nyújtó szakemberek kompetenciái jelentik. Több modell esetében jelezték a szolgáltatást végző szervezetek, hogy vannak olyan ügyfél-csoportok, akik jellemzően és várhatóan olyan speciális, komplex, a munkavállalást (is) befolyásoló problémával küzdenek, amelyet a szakember-gárda (átmenetileg) nem tud kezelni (a szolgáltatás valami speciális tudást igényelne). (Pl. 4M – speciálisabb igényű fogyatékos emberek; KMP - súlyosan értelmileg akadályozott, illetve halmozottan sérült ügyfelek). A modellek többségénél ráadásul (ez kisebb mértékben volt megfigyelhető a „zártabb célcsoporttal foglalkozó” budapesti modellek esetében, és jóval inkább a vidéki, „vegyesebb célcsoporttal” foglalkozó modelleknél) azt jelezték, hogy ezek a kompetencia-problémák sokasodtak az elmúlt években. Egyrészt új, korábban nem, vagy lényegesen kevésbé gyakori célcsoportok jelentek meg a szolgáltatásokban: így több modellben is említették, hogy néhány éve nagyobb számban jelentek meg pszichiátriai betegséggel élő ügyfelek. Ezt a célcsoporttal foglalkozó szociális ellátások bővülésével magyarázták leginkább a szolgáltatók. A másik, több szervezet által említett jelenség, hogy a megjelenő ügyfelek munkaerő-piaci hátrányai jellemzően komplexebbé váltak (és ezek kezelése is speciális tudásokat, szolgáltatási elemeket igényel): mind kedvezőtlenebb szociális helyzetű, alacsonyabb iskolai végzettségű, hosszabb ideje munkanélküli emberek kerültek a szolgáltatásokba. Ezt a jelenséget a rehabilitációs hozzájárulás megemelésének

<sup>94</sup> Az interjúk vizsgálatoknál kollégáimmal valamennyi modell esetében egy-egy (a „modellgazda”) szervezetet kerestük fel.

„lefölöző hatásával”, a célcsoport ellátásával foglalkozó programok nagyobb számával, valamint az ellátórendszer átalakulásával (többen kimaradtak az ellátásokból, elszegényedtek stb.) indokolták.

A bevonandó célcsoport „szűrésére” irányuló motivációt a finanszírozás jellemzői is erősítik: a jelenlegi finanszírozási modellben az elhelyezésre vonatkozó indikátorok miatt olyan ügyfeleket szükségszerű beválogatni, akik adott keretek mellett mind nagyobb valószínűséggel elhelyezhetőek.

Az ellátási terület (és így a valójában elérhető célcsoport) a gyakorlatban valamennyi modell esetében területileg is erősen lehatárolt, a budapesti szolgáltatóknál jellemzően Budapestre (lényegesen kisebb hányadban az agglomerációra), a vidéki szolgáltatók esetében a szolgáltatásnyújtási hely (közlekedéstől függően) legfeljebb 5-10 km-es körzetére terjed ki. Ennek okát a célcsoport meglehetősen kedvezőtlen egzisztenciális helyzetében (túl drága a tömegközlekedés, ennyi járható be biciklivel), helyhez-kötöttségében (sokan nehezen mozdulnak ki otthonról), valamint a tömegközlekedés problémáiban (elérés, menetidők, akadálymentesítettség) látták a szolgáltatók (azon túl persze, hogy a „könnyebben” elérhető célcsoport-tagok sok esetben már eleve kitöltik a szervezetek ellátási kapacitását). Ez önmagában is nagyban befolyásolja a programok „célzását”. A célcsoport gyakorlatban történő „szűkítésének” irányait a modellgazda szervezeteknél<sup>95</sup> az alábbi táblázatban foglaltam össze.

Az egyes modellek ügyfél-csoportjai az ügyféladatok elemzése alapján is jelentősen eltérnek mind egymástól, mind a megváltozott munkaképességű népesség egészétől.

Valamennyi modell korcsoport-összetétele a teljes, aktív korú, megváltozott munkaképességű népességénél érdemben fiatalabb: vagyis a kedvezőbb munkaerő-piaci esélyekkel bíró (kor)csoportokat célozzák (a lényegesen fiatalabb korösszetétel különösen szembetűnő az LSR esetében<sup>96</sup>). Mindemellet jelentősek a modellek közötti különbségek. A teljes megváltozott munkaképességű népesség összetételéhez – 73%-uk 50 év feletti – leginkább a 4M ügyfeleinek összetétele hasonlít – itt ez az arány 53,6%, a többiek esetében lényegesen alacsonyabb. Az ügyfelek nemi összetétele ugyancsak jelentősen eltér: a mind speciálisabb fogyatékossgal rendelkező célcsoportoknak szolgáltató modellekben mind nagyobb a férfiak aránya (hasonlóan persze az érintett fogyatékossgal élő emberek nemi összetételéhez).

<sup>95</sup> Vagyis: a modellekhez kapcsolódó szolgáltató szervezetek tapasztalatai ettől eltérhetnek!

<sup>96</sup> A TF esetében annak pontos megválaszolása, hogy ez mennyiben indokolható a felvállalt fogyatékossgai csoport jellemzőivel [lásd: értelmi fogyatékossgal élő emberek korösszetétele], további vizsgálatot igényel.

15. táblázat Az ügyfelek jellemzői a modellgazda szervezeteknél

	Ki a célcsoport (ügyfelek)?	Kinek nem tudnak szolgáltatni?
Salva Vita Alapítvány (TF)	Értelmileg akadályozott, autizmussal élő és látássérült személyeket tekintve közvetlen célcsoportnak.	Jelenleg a modellgazda szervezet a látássérült személyek számára nem biztosít TF szolgáltatást, mivel a szervezet nem foglalkozik elemi rehabilitációval. Az autizmussal élők ellátása az elmúlt években nehézkessé vált finanszírozási okok miatt. Ebben a modellben más célcsoportok tagjainak ab ovo nem szolgáltatnak (pl. belszervi betegek stb.), őket továbbírányítják más szolgáltatásba.
Társadalmi Egyesületek Zala Megyei Szövetsége (4M)	A modell célcsoportját a munkaképes korú, gazdaságilag inaktív, egészségkárosodott, megváltozott munkaképességű, és ezzel összefüggésben szociális ellátásban részesülő, munkaviszonyban nem álló emberek képezik. Az ügyfélkör nem speciális, nem korlátozódik egy adott betegségi vagy fogyatékosági típusra.	A tapasztalatok szerint a speciális igényű fogyatékosokkal élő emberek csak ritkán jelennek meg a szolgáltatásban – mivel az ő - munkavállalás szempontjából is speciális igényeiket partnerek bevonása nélkül, vagy sokszor azok bevonásával sem tudják kielégíteni, így legtöbbször átirányítják őket más szolgáltatásba vagy szolgáltatóhoz.
Szempont Alapítvány (LSR)	(Budapesten és a Közép-magyarországi régióban élő) látássérült, aktív korú, jellemzően munkanélküli személyek.	Más célcsoportok tagjainak nem szolgáltatnak.
Regionális Szociális Forrásközpont, Szombathely (Munkaasszisztensi Szolgálat) <sup>97</sup>	A modell elsődleges célcsoportját az egészségkárosodott, megváltozott munkaképességű emberek jelentik.	A program célcsoportját jelentő emberek (elvárt) közös jellemzője a munkavállalásra való valós motiváltságuk (ezzel kapcsolatosan „rugalmatlan” a program a finanszírozási jellemzők okán), illetve az, hogy nincs olyan problémájuk (pl. súlyos pszichiátriai betegség, alkoholizmus), amelynek kezelésére nincsenek felkészülve a tanácsadók, vagy amelynek a kezelése a rendelkezésre álló keretekkel nem finanszírozható (mert pl. túl hosszú időt venne igénybe). (Speciális elemek beépítésével szolgáltatnak viszont értelmileg akadályozott ügyfeleknek.)
Motiváció Alapítvány (KMP) (KEFISZ)	16-62 éves megváltozott munkaképességű (egészségkárosodott és fogyatékos) emberek, akik a fővárosban és az agglomerációban élnek.	Súlyosan értelmileg akadályozott, halmozottan fogyatékos embereknek nem tudnak szolgáltatni.

Saját készítés a dokumentumelemzés eredményei, illetve az interjúkban elhangzottak alapján.

<sup>97</sup> A Munkaasszisztensi Szolgálat volt az ötödik jelentősebb modell, 2013-ban azonban ez a szervezet is 4M modell szerint kezdett el dolgozni.



16. táblázat A modellek eredményessége (fő, illetve %)

Program megnevezése	Tényleges bevonások száma	Elsődleges elhelyezések száma / aránya a bevontak számához képest	Egyéb elhelyezések (célszervezet / AM, illetve egyszerűsített foglalkoztatás)	OKJ képzésbe kerülés / aránya a bevontak számához képest	Egyéb képzésbe kerülés száma	„Elszámolható eredmények” összesen (elsődleges elhelyezés + OKJ) / aránya a bevontak között
Támogatott Foglalkoztatás Szolgáltatás (TF)	2075	559 / 26,9%	59 / 19	44 <sup>98</sup> / 2,1%	100	594 <sup>99</sup> / 28,6%
Megoldás Munkáltatóknak és Megváltozott Munkaképességű Munkavállalóknak (4M Program)	12 342	3803 / 30,8%	827 / 222	317 / 2,6%	61	4120 / 33,4%
Látássérültek Foglalkozási Rehabilitációja (LSR / LFR)	783	204 / 26%	36 / 2	32 / 4,1%	5	236 / 30,1%
Komplex Munkaerő-piaci Szolgáltatás (KMP /KEFISZ)	3308	908 / 27,4%	204 / 40	39 <sup>100</sup> / 1,2%	72	947 / 28,6%
<b>Összesen (valamennyi programban 2013. március 31-ig)</b>	18 508	5474 / <b>29,6%</b>	1126 / 283	432 / 2,3%	238	5897 / <b>31,9%</b>

Forrás: Zalai Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központ adatszolgáltatása, részben saját számítás

<sup>98</sup> itt: az OKJ mellett felsőfokú oktatásba kerülés, érettségi megszerzése is

<sup>99</sup> Az elszámolható eredményt néhány fő esetében nem engedélyezték [túl rövid munkaviszony, többszöri elhelyezés, stb.]

<sup>100</sup> itt: az OKJ mellett érettségi megszerzése is

A munkaerő-piaci helyzetet erősen befolyásoló iskolai végzettségi adatok is jelentősen különböznek. Két modell esetében kiugróan magas a legalább érettségizettek aránya: az LSR esetében 42,2%, a KMP-ben 44% (a teljes megváltozott munkaképességű népességben ez az arány 25,4%). A 4M ügyfelei e tekintetben viszonylag jól leképezik a teljes magyar, aktív korú, megváltozott munkaképességű népességet.

A programok célzását tekintve tehát az látható, hogy a modellek célcsoport-specializáltak, egy részük (TF, LFR) a megváltozott munkaképességű embereken belül kisebb arányt képviselő „klasszikus, súlyosabb” fogyatékossgal élő embereknek szolgáltatnak, míg alapvetően a 4M (illetve a korábbi Munkaasszisztensi Program) éri el inkább a megváltozott munkaképességű emberek nagyobb hányadát adó csoportokat. Minden modellre igaz azonban, hogy az adott csoporton belül a jobban mobilizálható, szolgáltatási helyhez közel(ebb) élő, jellemzően magasabb végzettségű, „probléma mentesebb” vagyis az amúgy is kedvezőbb esélyekkel rendelkező (pl. motiváltabb) ügyfeleket vonják be a modellekbe.

Az adatok tanulsága szerint a programok valóban magas eredményességgel dolgoznak: a bevont résztvevők 29,6%-át helyezték el nyílt munkaerőpiacon (ez nagyjából egybevág a Budapest Intézet 2011-es eredményeivel, melyben azonban csak 11 alternatív szolgáltatótól érkeztek mintegy 1148 főre vonatkozó adatok, lásd: Scharle 2011), további 2,3%-ukat OKJ-t, érettségit vagy diplomát nyújtó képzésben. Ez az érték (értelemszerűen) alacsonyabb, mint az állami munkaügyi ellátórendszer bértámogatási programjainak hatásossága (azonnali elhelyezkedési kimenet: 72%), de lényegesen magasabb a képzés és a közfoglalkoztatás kimeneténél (12%, illetve 5%) [lásd: Csoba – Nagy 2011], illetve annál az értéknél is, amelyet az akkreditált foglalkoztatóktól történő kimenet esetében becsülni lehet (becslési eljárástól függően, de 1% alatt, lásd: Scharle 2011).

A 2008-2011 közötti időszakban – a jogalkotó szándéka szerint – az Állami Foglalkoztatási Szolgálat is nagyobb részt vállalt a megváltozott munkaképességű emberek aktivizálásából. Mind a szakértői, mind a célcsoporttal készült interjúk, valamint a kérdőíves adatfelvételekből származó adatok egyértelmű üzenete ennek ellenére (még mindig az), hogy az egészségkárosodott emberek nem szívesen veszik igénybe a munkaügyi intézményrendszer szolgáltatásait, a munkaügyi ellátórendszer alig-alig éri el őket. Az NCSSZI-TÁRKI kutatásából származó számításaim szerint a nem dolgozó megváltozott munkaképességű embereknek mindössze 9%-a (ez a teljes csoport 7.6%-a) volt a mérést megelőző két évben bármikor regisztrálva a munkaügyi

ellátórendszerben. A bértámogatás, közfoglalkoztatás valamint a munkaerő-piaci képzések hatását vizsgáló korábbi kutatásunkban [lásd: Csoba – Nagy 2011] a regisztrált álláskeresők 5,5%-ának volt megállapított munkaképesség-csökkenése<sup>101</sup>: a célcsoport regisztrált álláskeresőkhöz viszonyított arányait figyelembe véve ez kevesebb, mint fele a várható értéknek. Ezzel egybevágna a szakértői becslések is, amelyek mintegy 23-25 000 fő körül határozzák meg a regisztrált egészségkárosodottak számát.

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es méréséből az rajzolódik ki, hogy a munkaügyi ellátórendszer az egészségkárosodott emberek 25-55 éves korosztályát létszamarányánál némileg nagyobb, a legidősebb, 55-64 éves korosztályát pedig annál lényegesen alacsonyabb arányban éri el (17. táblázat).

**17. táblázat A megváltozott munkaképességű emberek korcsoportjai a munkaügyi ellátórendszerben és a TÁMOP 1.1.1-es projektben (NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő; TÁMOP 1.1.1., 2012)**

	TÁMOP 1.1.1 (2008- 2013)	NCSSZI- TÁRKI „D” 2010. – mindenki	NCSSZI- TÁRKI „D” 2010. – regisztráltak
<b>20 év alattiak</b>	0,1	0,25	0
<b>20-24 évesek</b>	0,89	0,79	1,9
<b>25-44 évesek</b>	35,80	15,62	25,8
<b>45-49 évesek</b>	28,34	9,63	14,2
<b>50-54 évesek</b>	27,72	22,35	33,5
<b>55-64 évesek</b>	7,14	51,38	24,5

Forrás: saját számítások, TÁMOP 1.1.1 tájékoztató

Számításai szerint a TÁMOP 1.1.1-es kiemelt projektben [TÁMOP 1.1.1 2013] ez a leföldözési hatás még inkább, jelentősen érvényesült: a bevontak 36,8%-a 45 év alatti személy volt, míg a regisztrált egészségkárosodottak között ugyanez az arány 27,7%; a legidősebb 55-64 éves korcsoport a projektben mindössze 7,14%-ot képviselt, míg a regisztrált egészségkárosodottak negyede, a teljes egészségkárosodott csoport fele tartozik ugyanebbe a korcsoportba.

Nemcsak a célcsoport kora, de a foglalkoztathatóságát még inkább jelentősen befolyásoló iskolai végzettsége szerint is hasonló tendenciák figyelhetők meg. A kutatási adatok szerint a regisztrált egészségkárosodottak 42,6%-a rendelkezik alapfokú végzettséggel (ISCED 1.-2.): megjelenési arányuk a TÁMOP 1.1.1-es projektben 29,6% volt. A legmagasabb végzettségűek (ISCED 5.-6.) esetében a projektben lényegesen

<sup>101</sup> kb. 20-25 ezer fő

nagyobb az arány: a bevontak 5,36%-a volt felsőfokú végzettségű, pedig a regisztrált egészségkárosodottak között az arányuk mindössze 1,3%-os.

A munkaügyi intézményrendszertől való távolmaradás okait keresgélve mind a szakértők, mind a célcsoportból megkérdezett válaszadók gyakran említették, hogy „nem éri meg regisztrálni”, nem kapnak (hatékony) szolgáltatásokat (és az esetek többségében értelemszerűen pénzbeli ellátást sem) a munkaügyi központokban, az állami intézményrendszer gyakran nem tud reagálni a célcsoport speciális igényeire.

**18. táblázat Az egészségkárosodott emberek iskolai végzettség szerinti csoportjai a munkaügyi ellátórendszerben és a TÁMOP 1.1.1.-es projektben (NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N=2045 fő; TÁMOP 1.1.1., 2012)**

	TÁMOP 1.1.1 (2008-2013)	NCSSZI- TÁRKI „D” 2010. – mindenki	NCSSZI- TÁRKI „D” 2010. – regisztráltak
Általános vagy egyéb alapfokú oktatás (ISCED 1-2.)	29,6	35,8	42,6
Középfokú oktatás felső évfolyamai (ISCED 3.)	62,1	55,3	53,5
Középfokú oktatást követő, nem felsőfokú képzés (ISCED 4.)	2,9	3,9	2,6
Felsőoktatás (ISCED 5-6.)	5,4	5	1,3

Forrás: saját számítások, TÁMOP 1.1.1 tájékoztató

„Tehát szerintem az állami szereplőnek nyilván nem, egyértelmű, hogy ott vannak a hatósági jogok, (...) így elég sok tapasztalat után ki is merem mondani, hogy ez az állami rendszer az alkalmatlannak tűnik arra, még akkor is, hogyha nagyon helyes, és nagyon jó emberek kerülnek be oda, és nagyon felkészültek is, hogy ez az ilyen nagyon egyénre szabott, és nagyon az egyéni szükségletekhez igazodó komoly emberi ráfordításokat végez ez az állami. Az állami szereplő ott jó, ahol viszonylag kis problémákkal küzdő, viszonylag jó munkaerő-piaci paraméterekkel rendelkező, olyan túl nagy tutujgatást, segítséget, fejlesztést nem igénylő embereknek információt kell adni, szolgáltatást, nagyon egyszerű szolgáltatásokat kell biztosítani. De ott ahol egyénre szabott álláskeresésre van szükség, ahol betanításra van szükség, ahol a legalapvetőbb felkészítés, tehát a papírok rendezésétől kezdve, egy nagyon sokszereplős fejlesztést kell indítani, az egyszerűen azt gondolom, hogy valahogy test idegen az állami szektortól.” Korábbi mérésünk igazolja ezt a véleményt [Csoba – Nagy 2011]: létszámarányukhoz képest a regisztrált megváltozott munkaképességű emberek érdemben kisebb hányada kerül aktív munkaerő-piaci eszközbe.

Emellett a célcsoport interjúkból (továbbra is) az derült ki, hogy - ennek a meglehetősen immobil rétegnek – sok esetben problémát jelent a munkaügyi központokba való eljutás, a bürokratikus és személytelennek ítélt működés.

*„Munkaügyi központba egyszer kellett mennem, hú, de utáltam. Olyan hülye helyen van, hogy alig találta meg a sofőr. (...) De hát ugye akkor az van, hogy rendelem a buszt, mert valahol B...-on van, ahova én tartozok. És valami lakótelepnek az zöldséges bódéja mellett valami eldugott helyen. Rendesek voltak, mert azt hiszem, előre is vettek, vagy időpontom volt, de nem kellett sokat várnom, azt tudom. De az az igazság, hogy én aztán azt mondtam nekik, hogy találtam munkát, amikor még közel-távol nem találtam munkát – mert az, hogy én háromhavonta bejárjak, na hagyjanak engem békén.”*  
(Középkorú, súlyosan mozgáskorlátozott nő)

*„Az az igazság, hogy a munkaügyi központ nem igazán tudott hatékonyan így megváltozott munkaképességűek számára segítséget nyújtani. Akkor még vidéken éltem, a lehetőségek nagyon beszűkültek voltak.”* (Középkorú, látássérült és enyhén mozgáskorlátozott férfi)

## 5. 6. Összegzés

Az adatok összességében tehát mind a nonprofit-szervezetek, mind az állami foglalkoztatási szervezet esetében azt mutatják, hogy a megváltozott munkaképességű emberek Magyarországon az aktív munkaerő-piaci eszközöket tekintve gyakorlatilag ellátatlanok, miközben érdemi társadalmi nyomás nehezedik rájuk.

Az aktivizálás elvi szándéka ellenére kutatási eredményeim azt mutatják, hogy a megváltozott munkaképességű emberek Magyarországon a munkaerő-piaci (re)integrációt potenciálisan elősegítő munkaerő-piaci eszközöket tekintve gyakorlatilag ellátatlanok. Az érintett emberek nagyon kis hányada (mindössze nagyjából minden 16-dik) vett részt a mérést megelőző 5 évben bármilyen rehabilitációs, illetőleg munkavállalást előkészítő programban akár az állami, akár a nonprofit szektorban.

Napjainkban a hazai non-profit szektorban 4 jelentős és professzionális komplex munkaerő-piaci program foglalkozik a célcsoport munkaerő-piaci (re)integrációjával. Bár a kutatási eredmények azt mutatják, hogy ezek a programok magas eredményességűek (az eddigi működésük során közel minden harmadik bevont embert elhelyezték a nyílt munkaerőpiacon), azonban nagyon kevés érintettet érnek el, ráadásul a „célzásuk” más tekintetben is szűkített. Az egyes modellek ügyfél-csoportjai jellemzően jelentősen eltérnek a megváltozott munkaképességű népesség jellemzőitől: a

célcsoportbeli szűkítések mellett „célzásukban” – az adatok tanulsága szerint, jellemzően – területi és humánerőforrás szempontból is „lefölözés” érvényesül.

Mindemellett a kutatási adatok egyértelmű üzenete az is, hogy a megváltozott munkaképességű emberek nem szívesen veszik igénybe a munkaügyi intézményrendszer szolgáltatásait, a munkaügyi ellátórendszer is alig-alig éri el őket.

## 6. Következtetések, összegzés

Doktori dolgozatomban végső soron arra kerestem a választ, hogy valójában mennyire tekinthetőek „reálisnak” a fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek nagyarányú (a tervek szerint mintegy 120 000 embert érintő) aktivizálására irányuló törekvések (Magyarországon, az új minősítési és ellátórendszer kezdetén)? E kérdés alapos megválaszolása céljából egyaránt vizsgáltam a szociológia, a fogyatékoságtudomány, a (szociál)pszichológia, valamint a munkagazdaságtan kapcsolódó elméleti és kutatási eredményeit, majd azokra építkezve, némely esetekben azokat megkérdőjelezve végeztem saját elemzéseimet, illetve vontam le következtetéseimet. Dolgozatom jelen fejezetében – legfontosabb eredményeim összefoglalását követően – válaszolok kutatásom alapvető kérdésére.

Számtalan szakirodalmi elméleti és empirikus eredményt áttekintő és összefoglaló ún. „társadalmi dominancia elmélet” szerint a csoportalapú társadalmi hierarchiákat három alapvető és egymással összefüggő folyamat működteti: egyrészt a személyközi viszonyrendszerek, másrészt az intézményi működések és diszkrimináció, harmadrészt az egyéni viselkedési asszimetriák [Sidanius – Pratto 2005]. E folyamatokat, illetve hatásait pedig a legitimáló mítoszok szabályozzák. A társadalmi dominancia elméletében a csoportok hierarchiájának három rendszerét különböztetik meg: az életkori, a nemi, valamint az önkényes kialakított csoportok közötti hierarchikus rendszereket. A fogyatékoságról szóló elméleti irodalmak az elmúlt évtizedekben egyértelműen felhívták a figyelmet a fogyatékoság önkényesen kialakított, vagyis társadalmilag konstruált jellegére: így komplexitása okán doktori dolgozatomban gondolatmenetemet és kérdésselvetéseimet a társadalmi dominancia elméletéhez illesztettem.

A fogyatékosággal foglalkozó első kutatók – kiemelten Goffman és Parsons, majd Foucault – elsősorban a személyközi, illetve az intézményi viszonyrendszerek – akár: fogyatékoságot „alakító” – hatásaira irányították a figyelmet. A XX. század harmadik harmadától a fogyatékoságról szóló tudományos elméletek és a mozgalmi politikák együtt fejlődtek. Az így kialakult megközelítésekben a társadalmi környezetnek (továbbra is) olyan cselekvő szerepet tulajdonítanak, amely a személyes és intézményes interakciókon, kommunikációkon, nyelvi és cselekvő viselkedésmódokon keresztül maga definiálja a fogyatékoságok mibenlétét és alakítja a fogyatékosághoz és a fogyatékos emberekhez való viszonyulásokat, érintkezési módokat, magatartásokat elvárt

normáit is. Az elméleti kutatók és a mozgalom „közös ellenségévé vált” a normatív szemléletű, egyéni felelősséget hangsúlyozó, kirekesztőnek tekinthető ún. „orvosi modell” és az azzal összefüggő fogyatékos-kép, melynek egyik legfontosabb eleme (legitimáló mítosza) a fogyatékos függőségi, passzivitást hangsúlyozó mítosza. A fogyatékos „társadalmi modelljéhez” kapcsolódó kutatók és mozgalmárok napjainkban is erősen küzdenek ennek – a társadalom szövetébe nagyon mélyen beágyazott – képnek a megváltoztatásáért. Elsősorban a külső gazdasági körülmények változásai, a jóléti államok megroppanása okán mindemellett az aktivizálás, az érintettek társadalmi, de főként munkaerő-piaci (re)integrációja a nemzetközi munkaerő-piaci politikák (dokumentumainak is) központi gondolatává vált.

Mindenek ellenére egyelőre mind a hétköznapi élet működéseiben, viszonyrendszereiben, az intézmények működéseiben, valamint a (nem fogyatékos-tudományi szemléletű) tudományos megközelítésekben és elemzésekben kevésbé, lassanként jelenik meg a fogyatékos kontextus-függő, társadalmi felelősséget előtérbe helyező, komplex értelmezése. Mindez pedig nagyon fontos keret: véleményem szerint ez az egyik oka az aktivizálási törekvések sikertelenségeinek. A hétköznapi és intézményi viszonyulások és viszonyrendszerek az egyéni lehetőségeket, a tudományos és szakpolitikai kutatások ilyenkor korlátozottsága pedig a megfelelő segítő eszközök megtalálásának lehetőségét szűkítik be jelentősen.

Az elméleti eredmények ellenére a rokkantnyugdíjazásról folytatott kutatások legjelentősebb része – napjainkban is – a munkagazdaságtani megközelítés felől vizsgálódik. A közelmúlt elméleti és empirikus kutatási eredményei azonban egyre inkább megkérdőjelezzik ennek a megközelítésnek az alkalmazhatóságát. Ezek az eredmények ugyanis rávilágítanak, hogy a rokkantnyugdíjazás igénybevételének szándéka – jellemzően – egy „kényszerített helyzetben” (sok esetben akár a munkaerő-piaci, illetőleg anyagi nehézségektől megromlott egészségügyi állapotban) hozott, (jellemzően) nem „szabad választásokra” épülő, érdek-alapú, racionális döntés. Mindez azt is jelenti, hogy a rokkantnyugdíjazásról való gondolkodást „érdemesebb” az egészségügyi állapot megroppanása tényezőinek és egyenlőtlenségeinek megértésétől kezdeni, és majd csak ezt követően elemezni az ellátásba való beáramlási motivációt módosító intézményes és egyéni tényezőket.

Ugyancsak az elmúlt néhány évben és napjainkban zajló változásnak tekinthető, hogy az elemzésekben lassanként megjelenik a fogyatékos társadalmi értelmezése és kontinuum felvetése, amely egyben ezzel párhuzamosan a fokozatos elmozdulás a



rokkantság és a passzivitás / függőség közé egyenlőségjelet tevő álláspontról: ez pedig megnyitja az utat azoknak az elemzéseknek, melyek a fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek (újbóli) munkaerő-piaci visszatérésének lehetőségeit vizsgálják.

Elemzési eredményeim egyértelműen alátámasztják azt – a nemzetközi szakirodalmakban mind gyakrabban hangoztatott feltételezést –, hogy a fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek meglehetősen heterogén csoportot képeznek (fogyatékoságuk típusán túl is), és az egyes csoportjaikat különbözőképpen érintik mind a hétköznapi, mind az intézményrendszeri működések. Ez arra is figyelmeztet, hogy a közpolitikai tervezések, így akár az aktivizálást segítő (eszköz)rendszer kidolgozása során érdemes erre is figyelemmel lenni: az eltérő háttérű, jellemzőjű, motivációjú emberek, akiket ráadásul (feltételezhetően) máshogy „értékelnek” mind a személyközi, mind az intézményes viszonyrendszerekben, minden bizonnyal más eszközökkel kell segíteni, és egyáltalán: máshol, máshogy lehet „megtalálni”.

A rokkantellátásban részt venni szándékozó emberek között – közel 30 egészségügyi, társadalmi, gazdasági jellemzőjüket együttesen vizsgálva – különböző csoportok rajzolódtak ki. Egyrésztől különálló csoportot képeztek a „*súlyosabb, illetőleg klasszikus fogyatékos emberek*”, azok, akiket a hétköznapi gondolkodásban leggyakrabban „fogyatékos emberként” minősítenek. Az eredményeket áttekintve az látható, hogy az ő – de közülük is különösen a születetten fogyatékos emberek – esetében érzékelhető a legmarkánsabban a függőséget, passzivitást „elváró” társadalmi, intézményi vélekedés. A születetten fogyatékos emberek jó része „kényszerpályán” mozog (munka)életútja tekintetében: a nem születetten fogyatékos emberekhez képest nagyobb eséllyel válnak rokkantellátottá (akkor is, ha az egészségügyi állapot és más tényezők különbözőségeinek hatását „kiiktatjuk” az elemzésben), és azonos egészségügyi-társadalmi jellemzők esetén nagyobb eséllyel kapnak ellátást is.

A rokkantellátásba részt venni szándékozó emberek között ugyancsak különálló csoportot képeztek azok – a főként roma származású emberek – akik a „*munkaerő-piac (és a társadalom) számkivetettjei*”-nek tekinthetőek: rendkívül rossz humán erőforrás jellemzőik, szűkös társadalmi erőforrásaik, nagyon kedvezőtlen szubjektív és objektív egészségügyi állapotuk ellenére a többi csoportban megfigyelhetőnél lényegesen kisebb hányaduk részesül rokkantellátásban is. Az akadályozott emberek között egy roma embernek mintegy fele akkora esélye van ellátáshoz jutni, mint egy nem roma embernek (akkor is, ha minden más egészségügyi, gazdasági, társadalmi jellemzőjük

hatását „kiiktatjuk”). Az adatokból azt sajnos nem sikerült megállapítani, hogy ez a hátrány az ellátás igénylésére vonatkozó szándék, vagy az igénylés elfogadására vonatkozó döntés esetében keletkezik-e: a két lépést külön-külön vizsgáló logisztikus elemzésekben az etnikai hovatartozás hatása nem volt érdemi, így együttesen azonban igen.

Úgy vélem, hogy meglehetősen „nehéz” feladatot jelent a – rokkantellátást igénybe venni szándékozó, és rokkantellátásban részesülő embereknek egyaránt legnagyobb csoportját jelentő – „*bezárkózók*” elérése és munkaerő-piaci reintegrációja. Ők ugyanis a többi csoportnál is érdemben idősebbek, nagyobb arányban nők, akik vagy inaktív házastárssal, élettárssal élnek (nincs köztük olyan, akinek házastársa / élettársa aktív kereső lenne), vagy súlyos magánéleti válságo(ko)n vannak túl (elváltak vagy özvegyek). Mindemellett rendkívül kedvezőtlenek a humán erőforrás-jellemzőik, kevésbé „nyitottak a világra” (alig-alig használnak internetet, átlagosan kevés barátjuk van, nagyon kis hányaduk rendelkezik jogosítvánnyal vagy idegen nyelv ismeretével), és ráadásul legjelentősebb részük kistelepülésen él.

Az aktivizálás és elérés szempontjából – elvileg – könnyebb „célcsoportot” jelenthetnek a rokkantellátásban részt venni szándékozó emberek másik jelentős csoportját alkotó „*megóvottak*”. Ők legjellemzőbben aktív háztartásokban, házasságban élnek és lehetőségeiket tekintve is „nyitottabbak a világra”. Mindemellett a munkavállalási motivációikat vizsgálva az rajzolódott ki, hogy az ő esetükben a család érdemi visszahúzó tényező lehet: harmaduk esetében ugyanis a közvetlen környezet nem támogatja azt, hogy munkába álljanak. Jellemzőiket tekintve az is felmerülhet, hogy esetleg ők a „*bezárkózók*” – egyelőre még „szerencsésebb” – „előzménye”.

Ugyancsak könnyebb az elérése a „*relatív depriváltaknak*” (erről az adatok is tanúskodnak: az ő esetükben a legmagasabb azok aránya, akik a mérést megelőző években rehabilitációs ellátásban vettek részt). Ők ugyanis a többi csoportnál lényegesen kedvezőbb humán-erőforrás jellemzőkkel bírnak, kiemelkedően nagy arányban beszélnek idegen nyelven és használnak internetet. A többi csoportban megfigyelhetőnél érdemben jobb mind a szubjektív, mind az objektív egészségügyi állapotuk: és – ennek megfelelően – kevesebben is kapnak ellátást közülük.

Az érintett csoport heterogenitásához kapcsolódva ugyancsak fontos néhány gondolatot ejteni a nők és férfiak eltéréseiről. Az egyik meglehetősen egyedülálló, a fogyatékkal kapcsolatos viszonyulásokat vizsgáló kutatás [Devenney 2002] is rámutatott, hogy mennyire máshogy viszonyulnak a női és férfi fogyatékhöz a

társadalom tagjai: a fogyatékosná vált férfi karaktereket inkább „aktívna, de dühösnek és csalódottna”, a nőket inkább „passzívna, a helyzetet elfogadóna, és hálásna” ábrázolták mind a vizsgálatban résztvevő egyének, mind a nyomtatott média elemzett egységei. Egy másik kutató is arra jutott, hogy a férfiak a funkcionális és adminisztratív fogyatékoságot mérő fogyatékosági csoportokban felülreprezentáltak: ennek lehetséges magyarázatát abban látta, hogy a férfiak valóban nem szívesen látják és határozzák meg magukat fogyatékos emberként (talán ezért is dühösek?) [Grönvik 2009].

Saját kutatási eredményeim is azt jelzik, hogy érdemi eltérések vannak a férfiak és nők rokkantellátásban való részvételének esélyeiben. A nőknek – feltételezhetően a munkaerő-piaci részvételi egyenlőtlenségek és az egészségkárosodással különösen fenyegetett ágazatok munkavállalóinak nemi különbségei okán, a nemzetközi tendenciákkal megegyezően – nagyjából fele akkora az esélyük arra, hogy „igénylők” legyenek a férfiakhoz képest. A komplex minősítési rendszer első „eredményeit” tekintve az adatok mélyebb elemzése egyértelműen azt jelzi, hogy a nőket nagyobb arányban minősítették enyhébb egészségkárosodási kategóriával, illetve rehabilitálhatónak, mint a férfiakat.

Mindemellett – bár a kutatásokból az körvonalazódik, hogy a rokkantellátásban résztvevő férfiak és nők (újborni) munkaerő-piaci részvételének esélye különböző – saját elemzéseim nem támasztották alá azt a feltételezést, hogy a nem önmagában alapvetően befolyásolná a munkaerő-piaci integráció esélyét.

Az akadályozott és rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci (re)integrációjának esélyéről mindemellett a korábbi kutatásokból meglehetősen keveset tudunk, annak ellenére is, hogy az aktivizálásuk és munkaerő-piaci részvételük nem csak a fogyatékos-mozgalomnak és szakpolitikának, de a munkaerő-piaci politikáknak is kiemelt kérdésévé vált az utóborni évtizedben. Mindez a fogyatékoság függőségi mítoszát szem előtt tartva nem meglepő: az elmúlt évtizedekben a tudományos gondolkodás legjelentősebb részében is a passzív, segélyezett szereppel kapcsolódott össze a rokkantellátásban való részvétel. Mindemellett a kutatások viszonylag kevés teret szenteltek a kontextuális tényezőknek is: legjelentősebb részük (részben nyilván mérés-technikai, mérhetőségi okokból) a kínálati oldallal foglalkozik, és elfelejtkezik a keresleti oldal és a szűkebb és tágabb környezet jellemzőinek, viszonyulásainak nagyon is alapvető hatásairól.

Kutatási eredményeim – tekintve, hogy vizsgálatomban én is alapvetően a kínálati oldallal foglalkoztam – e területen elsődlegesen a (további) szemléletváltás szükségességére hívják fel a figyelmet. Az eredmények ugyan azt mutatják, hogy az (újbóli) elhelyezkedés esélyeit alapvetően befolyásolják a károsodás, fogyatékoság típusa, az érintettek kora, az, hogy az egyén korábbi életpályájában mennyire tapasztalta meg a(z „alacsonyan finanszírozott”) munkanélküliséget, illetve az egyéb (ellátás nélküli) inaktivitást, hogy milyen a mobilitási képessége, valamint a „világra való nyitottsága”. Mindemellett az adatok azt jelzik, hogy az elhelyezkedési esélyekből viszonylag keveset magyaráznak ezek a célcsoportot jellemző „kemény” személyes és közvetlen környezeti tényezők, vagyis az elhelyezkedés esélyeit befolyásoló további tényezőket feltételezhetően az érintettek egyéb (pl. „szoft” jellemzői, így motiváltsága) mellett főként a munkaerő-piaci környezet további, jelen kutatásban nem mért jellemzőiben és folyamataiban (pl. az egészségkárosodott emberek foglalkoztatásával kapcsolatos munkáltatói attitűdök, akkreditált munkahelyek megoszlása) lenne érdemes keresni.

A munkaerő-piaci környezet és területi jellemzők erőteljes hatása a további eredményekben is megmutatkozik. Egyrészt a szakértői- és célcsoport-interjúk során gyakorlatilag valamennyi szereplő azt jelezte, hogy a munkavállalási motiváció és lehetőségek egyik legfontosabb meghatározó tényezője az egészségkárosodott ember lakóhelye, annak potenciális ellátásoktól és munkahelyektől való távolsága. Az inaktivitás okaként az érintettek legnagyobb hányada is az elégtelen munkaerő-piaci lehetőségeket, a kedvezőtlen külső körülményeket említette: azt, hogy egyáltalán nincsenek munkalehetőségek azon a környéken, ahol él, illetve, hogy nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat. Ez utóbbi tényező – a lehetséges munkahelyek alkalmazkodása – ugyancsak kiemelten fontos kutatási terület kell, hogy legyen a jövőben.

A területi különbségekre azért is fontos lenne a jelenleginél lényegesen nagyobb figyelmet szentelni, mert a komplex minősítési rendszer működéséről szóló első adatok azt jelzik, hogy Magyarország egyes területei jelentősen különböznek a tekintetben is, hogy a komplex minősítésen átesett emberek mekkora hányada kerül rehabilitálható (vagyis a munkaerőpiacra potenciálisan visszatérő) kategóriába. Márpedig ezek a különbségek nagyon nincsenek összefüggésben a munkaerő-piaci környezet lehetőségeivel (két szélsőséget kiemelve: míg a jobb munkaerő-piaci helyzetű Budapesten 5 nem rehabilitálható emberre jutott 2 rehabilitálható ember, addig a

lényegesen kedvezőtlenebb helyzetű Baranya megyében 4 rehabilitálható emberre jutott 1 nem rehabilitálható ember).

Az egészségkárosodott emberek összetétele a munkába állási szándékok és munkakeresés tekintetében is meglehetősen heterogén. A logisztikus regressziós elemzésem eredménye szerint a rokkantellátást kapó megváltozott munkaképességű emberek munkakeresési hajlandóságát szubjektív egészségügyi állapotuk, családi állapotuk és házastársuk aktivitása, illetve a rokkantellátásuk helyettesítési rátája határozza meg alapvetően. Mindemellett az érintettek egyes – korábban bemutatott csoportjai – lényegesen eltérnek a tekintetben, hogy miket tekintenek a munkavállalásukat leginkább gátló tényezőknek.

Az elemzéseim során az intézményi működéseket – korántsem mélyrehatóan, de – két szempontból vizsgáltam. Egyrészt arra voltam kíváncsi, hogy a rokkantellátásba való beáramlást végző intézményrendszerrel kapcsolatosan kimutathatóak-e olyan működési sajátosságok, amelyek a különböző jellemzőjű, helyzetű érintettek esetében eltérő esélyeket eredményeznek. Az elemzések eredményei megkérdőjelezték azt a feltevést, hogy a rendszer működését nem befolyásolják területi-intézményi különbségek: az ország különböző területein ugyanis eltérőek az ellátáshoz jutás esélyei, úgy, hogy ez független – a rendszer logikájából esetlegesen következő – munkaerő-piaci különbségektől (sőt néha azokkal éppen ellentétes: ezt jelzi például az az eredmény, hogy nincs érdemi eltérés abban, hogy mekkora valószínűséggel lesz egy észak-magyarországi és egy közép-magyarországi igénylő rokkant-ellátott, akkor, ha egyéni társadalmi, gazdasági, egészségügyi jellemzői hatását kiszűrjük az elemzésből ...). Másrészt az intézményi működésekkel kapcsolatosan egyértelműen kimutatható volt – ahogy azt összegzésem korábbi részében jeleztem – a „klasszikus”, főként születésük óta fogyatékos emberekkel kapcsolatos eltérő bánásmód. Mindemellett ellentmondásosak – és további kutatásokat igényelnének – az intézményrendszer működését tekintve a nőkkel és romákkal kapcsolatos – ugyancsak korábban ismertetett – adatok, eredmények.

A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberekkel kapcsolatos intézményi működéseknek egy másik területét is vizsgáltam. Az adatok összességében mind a nonprofit szervezetek, mind az állami foglalkoztatási szervezet esetében azt mutatják, hogy a megváltozott munkaképességű emberek Magyarországon az aktív munkaerő-piaci eszközöket tekintve gyakorlatilag ellátatlanok. A komplex szolgáltatásokat nyújtó – és az eredmények szerint meglehetősen hatékony – nonprofit szektor ellátásai

továbbra is viszonylag kevés embert érnek el, ráadásul „célzásuk” kevésbé illeszkedik a célcsoporthoz. Minden bizonnyal a szektor legprofesszionálisabb szervezeteinek „történetéből” következik, hogy arányukhoz képest inkább foglalkoznak a „klasszikus, születésük óta” fogyatékos emberekkel és kevésbé a felnőttként károsodottakkal. Mindemellett az ellátottjaik kiválasztása esetében – feltehetően a finanszírozás logikájából is következően – jellemzően „lefölözés” figyelhető meg a humán erőforrás-jellemzők és a területi tényezők esetében egyaránt.

A kutatási kérdések megválaszolása nyomán összességében úgy vélem, hogy a célcsoportra irányuló aktivizálási törekvések „nem reálisak”, mert:

1. nagyon erőteljes szociálpszichológiai, társadalmi-lélektani korlátai vannak a célcsoport aktivitásnak (amelyekkel mind kutatásokban, mind társadalompolitikai intézkedésekkel foglalkozni kellene);
2. az empirikus adatok is jelzik, hogy az aktivizálás legalább annyira (ha nem sokkal inkább...) múlik a keresleti oldalon (a keresleti oldal érdekszerűiről, „viselkedéséről” viszont alig-alig tudunk valamit);
3. gyakorlatilag „félábú” a rendszer: a minősítési rendszert ugyan átalakították, de alig-alig működnek az integrációt (elvből) segítő intézményrendszerek, a foglalkozási rehabilitáció Magyarországon (és ami működik, az is „rosszul célzott”, illetve „lefölöz”).

És mindemellett még mindig nagyon keveset tudunk arról, hogy valójában hogyan is élnek, milyen „stratégiákat” követnek az érintett megváltozott munkaképességű, illetőleg fogyatékos emberek: ennek a megértése további (elsősorban alaposabb kvalitatív) kutatásokat igényelne. Mindeközben pedig az érintett fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberekre (a „felülvizsgálatokra”, ellátásmegvonásra, munkaerő-piaci visszatérésre irányuló) jelentős politikai-társadalmi nyomás nehezedik.

## Felhasznált irodalom

Adler, J. [szerk., 2007]: A munkavállalási korú inaktív népesség motivációja, munkaerő-piaci távolmaradásának okai. Budapest: GKI Gazdaságkutató Zrt.  
<http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok/munkaugyi+kutatasok+2.html>

Altman, B. [2001]: Definitions, Models, Classifications, Schemes, and Applications. In.: Albrecht, G. L. – Seelman, K. – Bury, M. (eds.): Handbook of disability studies. Sage Publications, pp. 97-122. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412976251>

ANED – Greve, B. [2009a]: The Labour Market Situation of Disabled People in European Countries and Implementation of Employment Policies: a Summary of Evidence from Country Reports and Research Studies. Utrecht: Human European Consultancy – University of Leeds. Centre for Disability Studies.  
<http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED%20Task%206%20final%20report%20-%20final%20version%2017-04-09.pdf>

ANED – Oorschot, V. W. – Balvers, M. – Schols, M. – Lodewijks, I. [2009b]: European Comparative Data on the Situation of Disabled People: an Annotated Review Academic Network of European Disability Experts (ANED). Utrecht: Human European Consultancy – University of Leeds. Centre for Disability Studies.  
[http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED%20report%20European%20Comparative%20Data%20on%20the%20Situation%20of%20Disabled%20People%20\(corrected\).pdf](http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED%20report%20European%20Comparative%20Data%20on%20the%20Situation%20of%20Disabled%20People%20(corrected).pdf)

ANED – Priestley, M.– Roulstone, A. [2009c]: Targeting and Mainstreaming Disability in the 2008-2010 National Reform Programmes for Growth and Jobs. Utrecht: Human European Consultancy – University of Leeds. Centre for Disability Studies.  
<http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED%20Task%206%20-%20NRP%20synthesis%20report%20-%20070110%20-%20final.pdf>

Angelini, V. – Cavapozzi, D. – Paccagnella, O. [2012]: Cross-Country Differentials in Work Disability Reporting Among Older Europeans. Social Indicators Research, 105 (2), pp. 211-226. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-011-9878-6>. DOI: 10.1007/s11205-011-9878-6.

Argyrous, G. – Neale, M. [2001]: Labor Market Disability: Implications for the Unemployment Rate. *The Economic and Labour Relations Review* 2001 (12), pp. 263-284.

<http://elr.sagepub.com/content/12/2/263>. DOI: 10.1177/103530460101200208.

Autor, D. – Duggan, M. [2003]: The Rise in the Disability Rolls and the Decline in Unemployment. *Quarterly Journal of Economics* (118), pp. 157–205.  
<http://economics.mit.edu/files/568>

Barbier, J-C. [2005]: Activating social protection and employment insurance. TLM.NET 2005 Working Papers 2005 (26). Amsterdam: SISWO/Social Policy Research. [http://www.siswo.uva.nl/tlm/root\\_files/workp05-26barbier.pdf](http://www.siswo.uva.nl/tlm/root_files/workp05-26barbier.pdf)

Barrette, J. – Garcia, L. – Laroche, C. [2002]: New considerations for employers regarding workplace integration: The impact of communication disorders. *International Journal of Disability Community, and Rehabilitation*, 1 (1).

[http://www.ijdc.ca/VOL01\\_01\\_CAN/articles/barrette.shtml](http://www.ijdc.ca/VOL01_01_CAN/articles/barrette.shtml)

Bauman, Z. [1993]: Van-e posztmodern szociológia? *Replika* 1993 (9-10), pp. 7-21.

Bánfalvy, Cs. [2003]: A munkanélküliség szociálpszichológiájáról. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Becker, H. S. [1974]: A kívülálló. In.: Andorka, R. – Buda, B. – Cseh-Szombathy L. (szerk.): *A deviáns viselkedés szociológiája*. Budapest: Gondolat Kiadó.

Bencze, J. – Pordán, Á. [1999]: Az értelmi fogyatékos emberekről való gondolkodás rövid történeti áttekintése. In.: Maléth, A. – Pordán, Á. – Végh, K. (szerk.): *Kézikönyv az értelmi fogyatékos emberek lakóotthonaiban dolgozó segítők részére*. Budapest: Kézenfogva Alapítvány, pp. 17-30.

Berger, P. L. – Luckmann, T. [1998]: *A valóság társadalmi felépítése*. Budapest: József Kézirat Kiadó.

Berthoud, R. [2003]: Multiple disadvantage in employment. *Work and Opportunity Series No. 31*. <http://www.jrf.org.uk/publications/multiple-disadvantage-employment>

Bihari, Zs. – Kovács, K. [2004]: Települési lejtők és csúszdák, avagy a foglalkoztatási esélyek térbeli egyenlőtlensége az ezredfordulón. In.: Pritz, P. – Johancsik, J. – Baranyainé Szabó, P. (szerk.): *A tudomány a gyakorlat szolgálatában. A foglalkoztatási*



szint bővítésének korlátai és lehetőségei. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, pp. 7-35.

Black, D. – Daniel, K. – Sanders, S. [2001g]: The Impact of Economic Conditions on Participation in Disability Programs: Evidence from the Coal Boom and Bust. *American Economic Review*, 92 (1), pp. 27-50.

<http://www.popcenter.umd.edu/mprc-associates/ssander1/seth-sanders-publications/ssander1-15>

Boghossian, A. P. [2001]: What is social construction? *Times Literary Supplement*, 23, pp. 6-8.

Bonoli, G. [2010]: The political economy of active labour market policy. REC-WP 01/2010 Working Papers on the Reconciliation of Work and Welfare in Europe. Edinburgh: RECOWE Publication, Dissemination and Dialogue Centre.

Bound, J. – Burkhauser, R. J. [1999]: Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities. In.: Ashenfelter, O. – Layard, R. – Card, D. (szerk.): *Handbook of Labour Economics*. Vol. 3. Amsterdam: Elsevier, pp. 3417-3528.

Bound, J. – Schoenbaum, M. – Stinebrickner, T. – Waidmann, T. [1999]: The dynamic effects of health on the labor force transitions of older workers. *Labour Economics* 6 (2), pp. 179-202.

Börsch-Supan, A. – H. Roth [2011]: Work disability and health over the life course. In.: Börsch-Supan, A. et al.: *The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe*. Heidelberg: Springer.

Brown, P. [1995]: Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness, *Journal of Health and Social Behavior* 1995, (Extra Issue), pp. 34-52.

[http://www.asanet.org/images/members/docs/pdf/special/jhsb/jhsb\\_extra\\_1995\\_Article\\_2\\_Brown.pdf](http://www.asanet.org/images/members/docs/pdf/special/jhsb/jhsb_extra_1995_Article_2_Brown.pdf)

Brown, S. – Rogers, J. – Taylor, K. [2010]: Reservation wages, labour market participation and health. *Journal of Royal Statistical Society*, 173 (3), pp. 501-529.

Brunel Egyetem [2009]: A fogyatékoság definíciói Európában. Összehasonlító elemzés. Brüsszel: Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága. <http://mek.oszk.hu/09400/09455/09455.pdf>

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet [2011]: Mire jó a foglalkoztatási rehabilitáció? Tények és javaslatok.

[http://www.budapestinstitute.eu/kutatas/prj/A\\_foglalkoztatasi\\_rehabilitacio\\_hatekonysaga](http://www.budapestinstitute.eu/kutatas/prj/A_foglalkoztatasi_rehabilitacio_hatekonysaga)

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet [2013]: Foglalkoztathatóságot javító beavatkozások célcsoport- és hatásvizsgálata. Budapest: Nemzeti Fejlesztési Ügynökség.

Bukodi, E. [2004]: A munkaerő-piaci kirekesztődés folyamata. In.: Monostori, J. (szerk.): A szegénység és a társadalmi kirekesztődés folyamata. Tanulmányok. Budapest: KSH, pp. 43-108.

Burke, J. – Bezyak, J. – Fraser, R. T. – Pete, J. – Ditchman, N. – Chan, F. [2013]: Employers' Attitudes Towards Hiring and Retaining People with Disabilities: A Review of the Literature. Australian Journal of Rehabilitation Counselling 19 (1), pp. 21–38.

<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8927848>

Burkhauser, R. V. – Daly, M. C. [2012]: Social security disability insurance: time for fundamental change. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pam.21618/abstract>

Cai, L. – Gregory, B. [2005]: Unemployment Duration and Inflows onto the Disability Support Pension Program: Evidence from FaCS LDS Data. The Australian Economic Review, 38 (3), pp. 233–252. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8462.2005.00371.x/abstract>. DOI: 10.1111/j.1467-8462.2005.00371.x.

DOI: 10.1111/j.1467-8462.2005.00371.x.

Cai, L. – Vu, H. – Wilkins, R. [2007] :Disability Support Pension Recipients: Who Gets Off (and Stays Off) Payments? The Australian Economic Review, 40 (1), pp. 37–61.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8462.2007.00440.x/full>.

DOI: 10.1111/j.1467-8462.2007.00440.x.

Chan, C.H. – Lee, M.C. – Yuen, H. – Chan, F. [2002]: Attitudes toward people with disabilities between Chinese rehabilitation and business students: An implication for practice. Rehabilitation Psychology, 47, pp. 324–338.

<http://www.questia.com/library/journal/1G1-173463300/attitudes-toward-people-with-developmental-disabilities>

Charles, K. K. [1996]: The longitudinal structure of earnings losses among work-limited disabled workers: age of onset effects and adjustment. Manuscript. Department of Economics, University of Michigan.  
<http://jhr.uwpress.org/content/XXXVIII/3/618.short>

Offe, C. [2000]: A munka mint szociológiai kulcskategória? In.: Felkai, G. – Némedi D. – Somlai P. (szerk.): Olvasókönyv a szociológia történetéhez II. Szociológiai irányzatok a XX. században. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó, pp. 569-590.

Composto, R. [2008]: Welfare State Models in the Enlarged European Union: A Cluster Analysis. Criss Working Paper. No. 27.

Conrad, P. – Barker, K. K. [2010]: The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (1), pp. 67-79.  
[http://hsb.sagepub.com/content/51/1\\_suppl/S67](http://hsb.sagepub.com/content/51/1_suppl/S67) DOI: 10.1177/0022146510383495

Corker, M. – Shakespeare, T. [2002]: Mapping the Terrain. In: Corker, M. – Shakespeare, T. (eds.): *Disability / Postmodernity: embodying disability theory*. London: Continuum International Publishing Group, pp. 1-17.

Crichton, S. – Stillman, S. – Hyslop, D. [2011]: Returning to work from injury: longitudinal evidence on employment and earnings. *Industrial and Labor Relations Review*, 64 (4), pp. 765-785. <http://www.jstor.org/stable/41343683>

Cseres-Gergely, Zs. [2005]: Inaktív középkorú emberek és háztartások: ösztönzők és korlátok. *Közpénzügyi Füzetek* (13). Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem.  
[http://tatk.elte.hu/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=725](http://tatk.elte.hu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=725)

Cseres-Gergely, Zs. [2007]: Inactivity in Hungary – the persistent effect of the pension system. *Budapest Working Papers on the Labour Market 2007* (1). Budapest: Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Intézet – Budapesti Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Tanszék. [www.econ.core.hu/doc/bwp/bwp/bwp0701.pdf](http://www.econ.core.hu/doc/bwp/bwp/bwp0701.pdf)

Csoba, J [2009]: Akarnak-e dolgozni a munkanélküliek? *Esély*, 2009/5, pp. 3-20.

Csoba, J. [2010]: A tisztas munka. A teljes foglalkoztatás a 21. század esélye vagy utópiája? Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Csoba, J. – Nagy, Z. É. [2011]: A magyarországi képzési, bértámogatási és közfoglalkoztatási programok hatásvizsgálata. In.: Fazekas, K. – Kézdi, G. (szerk.): Munkaerőpiaci tükör 2011. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. pp. 113-144.

Dahrendorf, R. [1994]: A modern társadalmi konfliktus. Budapest: Gondolat Kiadó.

Dalminé, K. G. [1994]: Munka és szabadidő. Szociológiai Szemle, 1994 (3), pp. 65-79.

Daly, M. C. – Bound, J. [1996]: Worker Adaptation and Employer Accommodation Following the Onset of a Health Impairment. Journal of Gerontology, 51 B (2), pp. 53-60.

<http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/51B/2/S53.abstract>.

DOI: 10.1093/geronb/51B.2.S53.

Dávid, A. – Dr. Gadó, M. – Csákvári, J. [2008]: Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációja – Útmutató látássérült emberek rehabilitációjával foglalkozó szakemberek számára. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány.

Deák Éva et al. [2014]: Alternatív munkaerő-piaci szolgáltatás. Egységes szolgáltatás-módszertan. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft, pp. 9-40.

[http://fszk.hu/wp-content/uploads/M%C3%B3dszertani-k%C3%A9zik%C3%B6nyv\\_2013-0812.pdf](http://fszk.hu/wp-content/uploads/M%C3%B3dszertani-k%C3%A9zik%C3%B6nyv_2013-0812.pdf)

Deal, M. [2006]: A fogyatékoság modelljei és definíciói. [http://www.enham.org.uk/pages/research\\_page.html](http://www.enham.org.uk/pages/research_page.html)

Denton, M.– Plenderleith, J. – Chowhan, J. [2010]: Retirement decisions of people with disabilities: voluntary or involuntary. The program for research on social and economic dimensions of an aging population. SEDAP Research Paper no. 271. <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap271.pdf>.

Denton, M.– Plenderleith, J. – Chowhan, J. [2010a]: Retirement decisions of people with disabilities: voluntary or involuntary. QSEP Research Report No. 439. <http://socserv.mcmaster.ca/qsep/p/qsep439.pdf>.

Denton, M.– Plenderleith, J. – Chowhan, J. [2013]: Health and Disability as Determinants for Involuntary Retirement of People with Disabilities. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 32 (2), pp. 159-172.

<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8940879>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980813000202>

Devenney, V. J. M. [2002]: The Social Representations of Disability: Fears, Fantasies and Facts. PhD Thesis. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/devenney-PhD-Final-including-bibliography-.pdf>

Diksa, E. – Rogers, E. [1996]: Employer concerns about hiring persons with psychiatric disability: Results of the employer attitude questionnaire. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40 (1), pp. 31–44. <http://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/diska-rogers1996.pdf>

Domokos, T. [2008]: A munkaerő-piaci szereplők attitűdjeinek vizsgálata az eltérő flexicurity-modellekhez igazodó foglalkoztatáspolitikai intézkedésekről Magyarországon – összefoglaló.

<http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok/munkaugyi+kutatasok+2.html>

Esping-Andersen, G. [1990]: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Cambridge Polity Press.

Erlinghagen, M. – Knuth, M. [2013]: Unemployment as an Institutional Construct? Structural Differences in Non-Employment between Selected European Countries and the United States. *Journal of Social Policy*, 39 (1), pp 71-94.

<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=6730840&fileId=S0047279409990390>. DOI: 10.1017/S0047279409990390.

Etherington, D. – Ingold, J. [2012]: Welfare to work and the inclusive labour market: a comparative study of activation policies for disability and long-term sickness benefit claimants in the UK and Denmark. *Journal of European Social Policy*, 22 (1), pp. 30-44.

[http://lubswww.leeds.ac.uk/fileadmin/webfiles/ceric/Documents/JESP\\_February\\_2012.pdf](http://lubswww.leeds.ac.uk/fileadmin/webfiles/ceric/Documents/JESP_February_2012.pdf). DOI: 10.1177/0958928711425265

Fassin, D. [é. n.]: A kiállított test. A törvénytelenység morális összefüggéseinek vizsgálata. Az egyelőre meg nem jelent fordítás kézírata. Eredetileg megjelent: Fassin, D. – Memmi, D.: *Le gouvernement des corps*. Paris: EHESS, pp. 237-266.

Fazekas, K. – Scharle, Á. [2012]: Munkaerő-piaci láttelel. In.: Fazekas K. – Scharle Á. (szerk.): Nyugdíj, segély, közmunka. A magyar foglalkoztatáspolitikai két évtizede, 1990-2010. Budapest: Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet – Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Intézet.

Fogg, N. – Harrington, P. – McMahon, B. [2011]. The underemployment of persons with disabilities during the Great Recession. *The Rehabilitation Professional*, 19 (1), pp. 3–10.

[http://www.drexel.edu/provost/clmp/docs/CLMP\\_TheUnderemploymentofPersonswithDisabilitiesduringtheGreatRecession.pdf](http://www.drexel.edu/provost/clmp/docs/CLMP_TheUnderemploymentofPersonswithDisabilitiesduringtheGreatRecession.pdf)

Foucault, M. [1999]: A szexualitás története I-III. Budapest: Atlantisz.

Fraser, N. – Gordon, L. [1994]: A Genealogy of Dependency: Tracing a Keyword of the U. S. Welfare State. *Signs*, 19 (2), pp. 309-336.

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3174801?uid=2&uid=4&sid=21104097727641>

Fuller, C. R. – Myers, R. R. [1941]: Some Aspects of a Theory of Social Problems. *American Sociological Review*, 6 (1), pp. 24-32.

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2086338?uid=3738216&uid=2&uid=4&sid=21104125667417>

Galasi, P. – Lázár, Gy. – Nagy, Gy. [1999]: Az aktív foglalkoztatáspolitikai programok eredményességét meghatározó tényezők. *Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek*, 1999/4. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Kutatóközpont, Munkaerőpiaci Kutatások Műhelye – Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Emberi Erőforrások Tanszék.

<http://www.econ.core.hu/doc/bwp/bwp/bwp994.pdf>

Galasi, P. – Nagy, Gy. [1999]: Outflows from insured unemployment in Hungary, 1992–1996. Budapest: Institute of Economics, Hungarian Academy of Sciences.

Gans, H. J. [1992]: Mire szolgálnak az érdemtelen szegények? *Esély*, 1992/3, pp. 3-17.

[http://www.esely.org/kiadvanyok/1992\\_3/mireszolgalna.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/1992_3/mireszolgalna.pdf)

Gere, I. [2001]: A megváltozott munkaképességű emberek bekapcsolása a munka világába.

[http://www.3sz.hu/sites/default/files/uploaded/gere\\_ilona\\_-\\_a\\_megvaltozott\\_munkakepessegu\\_emberek\\_bekapcsolasa\\_a\\_munka\\_vilagaba.pdf](http://www.3sz.hu/sites/default/files/uploaded/gere_ilona_-_a_megvaltozott_munkakepessegu_emberek_bekapcsolasa_a_munka_vilagaba.pdf)

Gere, I. – Szellő, J. [szerk., 2007]: Foglalkozási rehabilitáció jegyzet. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány.

Gerschick, T. J. [2000]: Toward a theory of disability and gender. *Signs*, 25 (4), pp. 1263–1268.

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3175525?uid=3738216&uid=2&uid=4&sid=21104091984543>

G. Fekete, É. [2008]: A munkavállalási motivációk időbeni és térbeni változásai. Budapest: OFA. <http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok+1.html>

Goffman, E. [1981]: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Tanulmányok. Budapest: Gondolat Kiadó.

Gordon, G. [1966]: *Role Theory and Illness: A Sociological Perspective*. New Haven, Conn: College University Press.

Goto, Y. [2004]: Bridging the Gap between Sociology of the body and Disability Studies. CDAMS Discussion Paper 04/15E.

Grönvik, L. [2006]: Defining disability: effects of disability concepts on research outcomes. *International Journal of Social Research Methodology*, 12 (1), pp. 1-18.

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13645570701621977>

Hahn, H. [1985]: *Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines, and Policies*. <http://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html#toward>

Hogan, A. – Kyaw-Myint, S. M. – Harris, D. – Denronden, H. [2012]: Workforce Participation Barriers for People With Disability. *International Journal of Disability Management* (7), pp. 1-9.

<http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FIDM%2FIDM7%2FS1833855012000011a.pdf&code=60aad7c5690f33d61339879b90c07d0c>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/idm.2012.1>.

Honneth, A. [1997]: *Elismerés és megvetés: Tanulmányok a kritikai társadalomelmélet köréből*. Pécs: Jelenkor Kiadó.

[http://frankfurt.tek.bke.hu/media/szoveg/honneth\\_moraliskotelesseg.htm#\\_ftnref0](http://frankfurt.tek.bke.hu/media/szoveg/honneth_moraliskotelesseg.htm#_ftnref0)

Hunyadi, L. [2005]: A társadalmi csoportok értékelő megkülönböztetése: váltott kutatási perspektívák. In.: Sidanius, J. – Pratto, F.: *A társadalmi dominancia*. Budapest: Osiris Kiadó, pp. 7-40.

Huszár, Á. [2010]: Elosztás és elismerés. Nancy Fraser és Axel Honneth a kritikai társadalomelmélet újrafogalmazásáról. *Fordulat*, 10, pp. 9-34.

Hutton, M. – Bohle, P. – Mc Namara, M. [2012]: Disability and job search among older workers: a narrative review. *International Journal of Disability Management* (7), pp. 27-34.

<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8814898>

Jahoda, M. – Lazarsfeld, P. F. – Zeisel, H. [1999]: *Marienthal*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó

Jásper, É. – Kanizsai-Nagy, I. [2011]: *Autizmus Specifikus Támogatott Foglalkoztatás – Módszertani kézikönyv*. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány.

Jenkins, R. [2000]: Categorization: Identity, Social Process and Epistemology. *Current Sociology* 48 (3), pp. 7-25. <http://csi.sagepub.com/content/48/3/7.abstract>

Jones, M.K. [2008]. Disability and the labour market: a review of the empirical evidence. *Journal of Economic Studies*, 35 (5), pp. 405–424. <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1746651>

Katona, V. [2011]: Testi fogyatékossgal élő emberek a gyermek és a felnőtt lét határain – avagy permanens posztadoleszcencia? Előadás a Magyar Szociológia Társaság éves közgyűlésén. [www.szociologia.hu/dynamic/mszt\\_konf2011\\_katonav1.ppt](http://www.szociologia.hu/dynamic/mszt_konf2011_katonav1.ppt)

Kerr, D. A. – Smoluk, B. J. [2011]: Macroeconomic Influences on Social Security Disability Insurance Application Rates. *Journal of Insurance Issues*, 34 (2), pp. 112-150. <http://ideas.repec.org/a/wri/journal/v34y2011i2p112-150.html>

Kopp, M. [2007a]: A közép-kelet európai egészség paradoxon, In.: Kállai, J. – Varga, J. – Oláh, A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Kopp, M. – Skrabski, Á. [2007b]: A magyar népesség életkilátásai. *Magyar Tudomány* 168, 2007 (9), pp. 1149-1153.

Köllő, J. [2009]: Miért nem keresnek állást a magyar munkanélküliek? *Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek*, 2009/3. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia



Közgazdaságtudományi Intézet – Budapesti Corvinus Egyetem, Emberi Erőforrások Tanszék. <http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/BWP0903.pdf>

Könczei, Gy. – Komáromi, R. – Keszi, R. – Vicsek, L. [2003]: A fogyatékos és megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásáról a TOP 200 adatbázis alapján – összefoglaló.

<http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok/munkaugyi+kutatasok+2.html>

Könczei, Gy. [szerk., 2009]: A Motiváció Alapítvány kézikönyve Foglalkozási Rehabilitációs Szolgálatok számára. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Fogyatékoságtudományi Tanulmányok – Disability Studies.

Könczei, Gy. – Hernádi, I. [2011]: A fogyatékoságtudomány főfogalma és annak változásai. In.: Nagy, Z. É. (szerk.): Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Budapest: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pp. 7-28.

Központi Statisztikai Hivatal [2012]: Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon, 2011. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.

[www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf)

Krémer, B. [2008]: A megváltozott munkaképességű emberek és a nyílt munkaerőpiac. Debrecen: Revita Alapítvány.

[http://revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/equal\\_nyilt\\_mep\\_zaro.pdf](http://revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/equal_nyilt_mep_zaro.pdf)

Krémer, B. – Nagy, Z. É. [2008]: A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaéletútjának, valamint jövőbeni képzési és munkavállaláshoz kötődő terveinek feltárása. Debrecen: Revita Alapítvány.

Krémer, B. – Bói, K. – Kurucz, E. – Mód, P. – Ottucsák, M. – Pál, Zs. [2010]: Issue paper: A társadalmi kirekesztés által különösen veszélyeztetett csoportok (romák, megváltozott munkaképességűek) empirikus kutatása elé. Budapest: SZMI.

<http://modernizacio.hu/old/index.php?page=dokumentum&piller=5&dokid=32>

Krolify [2004]: A célszervezetek körében készült kérdőíves felmérés eredményei – összefoglaló.

<http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok/munkaugyi+kutatasok+2.html>

Lang, R. [2001]: The development and critique of the social model of disability.

<http://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/lccstaff/raymond->

[lang/DEVELOPMENT AND CRITIQUE OF THE SOCIAL MODEL OF D.pdf](http://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/lccstaff/raymond-lang/DEVELOPMENT_AND_CRITIQUE_OF_THE_SOCIAL_MODEL_OF_D.pdf)

Lelkes, O. – Scharle, Á. [2004]: Miért inaktív az 50 éves magyar férfiak egyharmada? In.: Kolosi, T. – Tóth I. Gy. – Vukovich, Gy. (szerk.): Társadalmi riport 2004. Budapest: TÁRKI, pp. 242–258.

Lieberman, C. R. [1995]: Social Construction (Continued). The American Political Science Review, 89 (2), pp. 437-441. <http://www.jstor.org/stable/2082436>

Link, B. – Phelan, J. – Bresnahan, M. – Stueve, A. – Pescosolido, B. A. [1999]: Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health, 89 (9), pp. 1328–1333.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508784/>

Leinonen, T. – Pietilainen, O. – Laaksonen, M. – Rahkonen, O. – Lahelma, O. – Martikainen, P. [2011]: Occupational social class and disability retirement among municipal employees -the contribution of health behaviors and working conditions. Scandinavian Journal of Work, 37 (6), pp. 464-472.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727991> DOI: 10.5271/sjweh.3182

Loprest, P. – Maag, E. [2001]: Barriers to and supports for work among adults with disabilities. The Urban Institute. <http://www.urban.org/url.cfm?ID=410107>

Lumsdaine, R. L. – Mitchell, O. S. [1999]: New Developments in the Economic Analysis of Retirement. Pension Research Council Working Papers 98-8. Wharton School Pension Research Council, University of Pennsylvania.

Központi Statisztikai Hivatal [2012]: Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon, 2011. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.

[www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf)

Krémer, B. – Nagy, Z. É. [2007]: „Megéri-e dolgozni?” Tartósan munkanélküli nők munkavállalási érdekeltségeinek és hajlandóságának vizsgálata, Kutatási zárójelentés. Debrecen: Revita Alapítvány

[http://www.revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/megerie\\_zarotanutmany.pdf](http://www.revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/megerie_zarotanutmany.pdf)

Lachance, M. E. – Seligman, S. J. [2008]: Involuntary Retirements: Prevalence, Causes, and Impacts.

[http://portal.business.colostate.edu/projects/ARIA/Shared%20Documents/4e\\_Lachance\\_involuntaryRetirement%20\(2\).pdf](http://portal.business.colostate.edu/projects/ARIA/Shared%20Documents/4e_Lachance_involuntaryRetirement%20(2).pdf)

László, J. [1981]: Goffman mikroszkópjai. In.: Goffman, E.: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Budapest: Gondolat, pp. 740-780.

Leiter, Valerie [2007]: “Nobody's just normal, you know”: The social creation of developmental disability. *Social Science & Medicine*, 65 (8), pp. 1630-1641.

Loprest, P. – Maag, E. [2001]: Barriers to and supports for work among adults with disabilities. Washington, D.C.: Urban Institute.

<http://www.urban.org/url.cfm?ID=410107>

Mason, K. [2012]: The Unequal Weight of Discrimination: Gender, Body Size, and Income Inequality. *Social Problems*, 59 (3), pp. 411-435.

<http://www.jstor.org/stable/10.1525/sp.2012.59.3.411>

Mike, K. et al. [2013]: Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése. Budapest: Hétfő Kutatóintézet – Revita Alapítvány.

[file:///C:/Users/Zita/Downloads/Foglalkoztathat%C3%B3s%C3%A1g\\_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9si\\_jelent%C3%A9s\\_I%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Zita/Downloads/Foglalkoztathat%C3%B3s%C3%A1g_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9si_jelent%C3%A9s_I%20(2).pdf)

Monostori, J. [2008a]: Korai nyugdíjba vonulás. Okok és következmények. *Életünk Fordulópontjai - Műhelytanulmányok 7*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

[http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Muhelytanulm/Muhtan7\\_Monostori.pdf](http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Muhelytanulm/Muhtan7_Monostori.pdf)

Monostori, J. [2008b]: Rokkantsági nyugdíjazás a 2000-es évek elején. *Korfa* 2008/2. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

<http://demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Korfak/KorFa2008-2.pdf>

Monostori, J. [2009]: Aktív korúak nyugdíjban. A korai nyugdíjazás jelensége és okai a rendszerváltás utáni évek Magyarországon. Doktori dolgozat. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem. [http://phd.lib.uni-corvinus.hu/396/1/monostori\\_judit.pdf](http://phd.lib.uni-corvinus.hu/396/1/monostori_judit.pdf)

Mooij, R. A. [1999]: Disability Benefits and Hidden Unemployment in The Netherlands. *Netherlands Journal of Policy Modeling*, 21 (6), pp. 695-713.

<http://ideas.repec.org/f/pmo473.html>

Morris, A. [2006]: Pain and mythology: Disability support pension recipients and work. Australian Review of Public Affairs, 7 (1), pp. 41–59.

<http://www.australianreview.net/journal/v7/n1/morris.pdf>

Murphy, G. C. [2007]: The individual or the environment? Workplace-based barriers to return to work. Paper for the national Comcare conference, Canberra, 25-26 October, 2007.

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dQYIm0xTgeUJ:comcare.gov.au/\\_data/assets/powerpoint\\_doc/0017/43505/Greg\\_Murphy\\_-\\_Barriers\\_to\\_return\\_to\\_work.ppt+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dQYIm0xTgeUJ:comcare.gov.au/_data/assets/powerpoint_doc/0017/43505/Greg_Murphy_-_Barriers_to_return_to_work.ppt+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu)

Nagy, Z. É. – Krémer, B. [2008]: A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaéletútjának, valamint jövőbeni képzési és munkavállaláshoz kötődő terveinek feltárása. (Kutatási zárójelentés) Debrecen: Revita Alapítvány.

[http://revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/equal\\_eletut\\_tanulmany.pdf](http://revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/equal_eletut_tanulmany.pdf)

Nagy, Z. É. – Könczei, Gy. – Hernádi I. [2009]: A fogyatékoságtudomány útjai kettős történeti keretben, avagy első, kísérleti metszet a fogyatékoságtudományról. Fogyatékoság és társadalom 1 (1), pp. 93-108.

Nagy, Z. É. - Csoba, J. [2011]: A fogyatékosággal élők. In.: Csoba, J. [szerk.]: Munkaerő-piaci változások, leszakadó társadalmi csoportok. Debrecen: Debreceni Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszék, pp. 133-141.

Nagy, Z. É. – Pál, Zs. – Ottucsák, M. A. [2011]: A kutatásról – bevezető helyett. In.: Nagy, Z. É. (szerk.): Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Budapest: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pp. 29-34.

Nagy, Z. É. – Prókai, O. [2013]: A fejlesztéspolitika és az értékelések a fogalmak útvesztőjében. Előadás a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség „A társadalmi fejlesztések értékeléseinek bemutatása” című konferenciáján.

[http://palyazat.gov.hu/a\\_tarsadalmi\\_fejlesztések\\_ertekeleseinek\\_bemutatasa\\_workshop\\_2013\\_04\\_30](http://palyazat.gov.hu/a_tarsadalmi_fejlesztések_ertekeleseinek_bemutatasa_workshop_2013_04_30)

Nagy, Z. É. [2013a]: Az „Átvezetés módszertan” célcsoportjának jellemzői. In.: Nagy, Z. É. – Bari, D. – Borza, B. – Forrai, E. – Pakot, Á. – Prókai, O. – Sörös, A. – Szabó, N. – Szerepi, A.: Helyzetfeltárás az „Átvezetés” módszertanához. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány

Nagy, Z. É. – Sörös, A. – Szerepi, A. [2013b]: Foglalkoztathatóság javítását célzó intézkedések értékelése. A nonprofit szervezetek szerepe a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában – különös tekintettel a TÁMOP 1. és 2. prioritására. Budapest: Nemzeti Fejlesztési Ügynökség.

Nagy, Z. É. – Forrai, E. – Prókai, O. – Sörös, A. – Szerepi, A. – Varjú, T. [2013c]: Megváltozott munkaképességű embereknek nyújtott munkaerő-piaci szolgáltatások módszertanai Magyarországon. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány.

Nagy, Z. É. [2014]: Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre. *Metszetek* 2 (1), pp. 238-264. <http://metszetek.unideb.hu/van-e-ut-a-munkaba-nagy-zita-eva-2014-01>

O'Brian, R. L. [2013]: Economy and Disability: Labor Market Conditions and the Disability of Working-Age Individuals. *Social Problems*, 60 (3), pp. 321-333. <http://www.jstor.org/stable/10.1525/sp.2013.60.3.321>

OECD [2010]: *Sickness, Disability and Work – Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing. [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/reports\\_studies/disability\\_synthesis\\_2010\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf)

OECD [2012]: *OECD Economic Surveys – Hungary 2012*. OECD Publishing. <http://www.oecd.org/eco/surveys/economicsurveyofhungary2012.htm>

Oliver, M. [2005]: *The Social Construction of the Disability Problem*. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Oliver-p-of-d-Oliver6.pdf>

Pascual, A. S. – Magnusson, L. – Lang, P. [2007]: *Reshaping Welfare States and Activation Regimes in Europe*. *Travail & Société / Work & Society - Volume 54*. Bruxelles, Bern, Berlin, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien: Peter Lang International Academic Publishers. <http://www.peterlang.com/index.cfm?event=cmp.ccc.seitenstruktur.detailseiten&seitentyp=produkt&pk=14082>

Parent, W. – Kregel, J. – Johnson, A. [1996]: Consumer Satisfaction: A Survey of Individuals with Severe Disabilities Who Receive Supported Employment Services. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 11 (4), pp. 207-221.

<http://foa.sagepub.com/content/11/4/207>. DOI: 10.1177/108835769601100402.

Parsons, T. [1951]: *The Social System*. Glencoe, Illinois: The Free Press.

Pinder, R. [1997]: A Reply to Tom Shakespeare and Nicholas Watson. In: L. Barton – M. Oliver (eds.): *Disability Studies: Past, Present and Future*. Leeds: The Disability Press, pp. 274-280.

Rauch, A. – Dornette, J. [2010]: Equal rights and equal duties? Activating labour market policy and the participation of long-term unemployed people with disabilities after the reform of the German welfare state. *Journal of Social Policy*, 39 (1), pp.53-70.

Reno, V. P. – Ekman, L. D. [2012]: Disability Insurance is Part of the Solution, Not a Cause of Work Disability: Response to Burkhauser and Daly. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31 (2), pp. 471-474.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pam.21621/abstract>

Rupp, K. – Stapleton, D. [1995]: Determinants of the Growth in the Social Security Administration's Disability Programs – An Overview. *Social Security Bulletin*, 58 (4).

<http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v58n4/v58n4p43.pdf>

Rupp, K. – Stapleton, D. [1998]: Introduction to Growth in Disability Benefits: Explanations and Policy Implications. In: Wheeler, M. (eds.): *The Economics of Great Depression*. Kalamazoo, MI: Upjohn Institute for Employment Research, pp. 1–27.

[http://research.upjohn.org/up\\_bookchapters/499/](http://research.upjohn.org/up_bookchapters/499/)

Sapir, A. [2005]: *Globalization and the Reform of European Social Models*, Bruegel Policy Brief, 2005/1.

Shakespeare, T. – Watson, N. [2002]: The social model of disability: an outdated ideology? *Research in Social Science and Disability* (2), pp. 9-28.

<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Shakespeare-social-model-of-disability.pdf>

Scharle, Á. [2008]: Foglalkoztatás, intézményrendszer, foglalkoztatáspolitikai. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2008*. Budapest: TÁRKI, pp. 257-289.

Scharle, Á. [2010]: Korai nyugdíjba vonulás. In.: Nagy, Gy. (szerk.): Jóléti ellátások, szakképzés és munkakínálat. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Intézet, pp. 81-103.

[http://www.econ.core.hu/file/download/ktik10/ktik10\\_4\\_nyugdij.pdf](http://www.econ.core.hu/file/download/ktik10/ktik10_4_nyugdij.pdf)

Scharle, Á. [2011]: Foglalkoztatási rehabilitációs jó gyakorlatok Magyarországon. Budapest: Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet.

Scharle, Á. – Váradi, B. [2013]: Identifying Barriers to Institutional Change in Disability Services. Working Paper, 41. WWWforEurope Project.

[http://www.foreurope.eu/fileadmin/documents/pdf/Workingpapers/WWWforEurope\\_WPS\\_no041\\_MS9.pdf](http://www.foreurope.eu/fileadmin/documents/pdf/Workingpapers/WWWforEurope_WPS_no041_MS9.pdf)

Schellenberg, G, – Silver, S. [2004]: You can't always get what you want: Retirement preferences and experiences. Canadian Social Trends, (75), pp. 2-7.

<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2004003/article/7731-eng.pdf>

Schirle, T. [2010]: Health, Pensions, and the Retirement Decision: Evidence from Canada Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 29 (4), pp 519-527.

[http://journals.cambridge.org/abstract\\_S0714980810000541](http://journals.cambridge.org/abstract_S0714980810000541)

Schneider, A. L. – Ingram, H. M. [1993]: Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy. The American Political Science Review, 87 (2), pp. 334-347.

[http://links.jstor.org/sici?\\_sici=0003-0554%28199306%2987%3A2%3C334%3ASCOTPI%382.0.C0%3B2-%23](http://links.jstor.org/sici?_sici=0003-0554%28199306%2987%3A2%3C334%3ASCOTPI%382.0.C0%3B2-%23)

Schneider, A. L. – Ingram, H. M. [2012]: Deserving and Entitled: Social Constructions and Public Policy. New York: State University of New York Press.

<http://www.amazon.com/Deserving-Entitled-Social-Constructions-Public/dp/0791463427>

Schultz, K. S. – Morton, K. R. – Weckerle, J. B. [1998]: The influence of push and pull factors on voluntary and involuntary early retirees' retirement decision and adjustment. Orlando, FL: Academic Press.

Sidanius, J. – Pratto, F. [2005]: A társadalmi dominancia. Budapest: Osiris Kiadó.

Siegler, M – Osmond, H. [1974]: *Models of Madness, Models of Medicine*. New York: Macmillan.

Statistics Canada [é.n.]: *Participation and Activities Limitation Survey*.  
<http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?lang=en&ObjId=82M0023X&ObjType=2>

Szinovacz, M. E., – Davey, A. [2005]: Predictors of perceptions of involuntary retirement. *The Gerontologist*, 45 (1), pp. 36-47.

<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/45/1/36.short>.

DOI:

10.1093/geront/45.1.36.

Takács, E. [2014]: *Beteg és egészséges testek. A biolegitimitás két új francia koncepciója*. In.: Csoba, J. (szerk.): *Kopogtatás nélkül*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, pp. 313-322.

TÁMOP 1.1.1. [2013]: A Nemzetgazdasági Minisztérium munkatársa által „„Megváltozott munkaképességű emberek rehabilitációjának és foglalkoztatásának segítése” című kiemelt projekt országos célkitűzései és eredményei” címmel elhangzott előadás a TÁMOP 1.1.1-es projekt Hajdú-Bihar megyei zárókonferenciáján 2013. február 15-én.

TÁMOP 1.1.1. tájékoztató [2013]:

<http://www.kormanyhivatal.hu/download/2/4c/30000/T%C3%81MOP%2011%20T%C3%A1j%C3%A9koztat%C3%B3.pdf>

Tardos, K. [2013]: *Jó gyakorlatok a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatására*. *Kultúra és közösség*, IV (1), pp. 69-81.

Tátrai, A. – Bernát, A. – Gábos, A. – Hajdú, G. [2011]: *Az adatfelvételek módszertana*. In.: Nagy, Z. É. (szerk.): *Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. Budapest: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pp. 35-40.

Thomas, C. – Corker, M. [2002]: *A journey around the social model*. In: M. Corker – T. Shakespeare (eds.): *Disability / Postmodernity: embodying disability theory*. London: Continuum International Publishing Group, pp. 18–31.

Torring, J. [1999]: *Workfare with welfare: recent reform in the Danish welfare state*. *Journal of European Social Policy* vol 1. 1999. pp. 5-28.

Török, E. [2011]: *A munka. Szociológiai jelentések, társadalmi változások*. Doktori értekezés. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem.



Young, A. [2010]: Return to work following disabling occupational injury - facilitators of employment continuation. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36 (6), pp. 473-483. <http://www.jstor.org/stable/41151519>

Váriné, Sz. I. [1994]: G. H. Mead eredeti szerepfogalma és későbbi változásai. *Szociológiai Szemle*, 1994/4, pp. 3-20.

Verdes, T. – Tóth M. [2010]: *A per tárgya*. Budapest: Eötvös Kiadó.

Wendell, S. [2011]: *Az elutasított test. Feminista filozófiai elmélkedés a fogyatékoságról*. Budapest: Eötvös Kiadó.

Vanhuyse, P. [2004]: The pensioner booms in post-communist Hungary and Poland: political sociology perspectives. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 24 (1/2), pp.86 – 102. <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/01443330410790975>

Weston, K. [2012]: Debating conditionality for disability benefits recipients and welfare reform: Research evidence from Pathways to Work. *Local Economy*, 27, pp 514-528.

Zalabai, P. [2006]: *A Motiváció Alapítvány módszertani kézikönyve foglalkozási rehabilitációs szolgálatok számára*. Budapest: Motiváció Alapítvány.

### **Elektronikusan elérhető adatok, adatbázisok**

A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) statisztikai adatközlései, melyek a szervezet honlapján (<http://nrszh.kormany.hu/statisztika>), illetve a 2012-es Statisztikai évkönyvben (<http://nrszh.kormany.hu/statisztikai-evkonyvek>) elérhetőek.

Az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) statisztikai adatközlései, melyek a szervezet honlapján (<http://beta.onyf.hu/hu/dokumentumok/statisztikak.html?id=38>) elérhetőek.

Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központjának statisztikai adatközlései, melyeket a rendelkezésemre bocsátottak.

### **Jogsabályok**

A fogyatékos személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény (2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről.)

[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0700092.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0700092.TV)

## A témakörrel kapcsolatos saját (ill. társszerzős) publikációk jegyzéke

### Tudományos könyv, könyvfejezet

Nagy, Z. É. [2014]: Néhány gondolat a megváltozott munkavégző képességű emberek aktivizálásának magyarországi helyzetéről. In.: Csoba, J. (szerk.): *Kopogtatás nélkül*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, pp. 387-404.

Csoba, J. – Nagy, Z. É. – Szabó, F. [2012]: Aktív eszközök, munkaerő-piaci programok kontrollcsoportos, többváltozós értékelése. In.: Munkácsy, F. (szerk.): *Kutatási Évkönyv. Összefoglalók a TÁMOP 1.3.1 kiemelt projekt keretében 2009 és 2011 között befejezett egyes kutatásokról*. Budapest: Nemzeti Munkaügyi Hivatal, pp. 89-110.

Csoba, J. – Nagy, Z. É. [2012]: The evaluation of training, wage subsidy and public work programs in Hungary. In.: Fazekas, K. – Kézdi, G. (edit.): *The Hungarian labour market*. Budapest: Research Centre for Economic and Regional Studies, Hungarian Academy of Sciences and National Employment Non-Profit Public Company, pp. 96-122.

Csoba, J. – Nagy, Z. É. [2011]: A magyarországi képzési, bértámogatási és közfoglalkoztatási programok hatásvizsgálata. In.: Fazekas, K. – Kézdi, G. (szerk.): *Munkaerőpiaci tükör 2011*. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, pp. 113-144.

Nagy, Z. É. – Csoba, J. [2011]: A fogyatékossgal élők. In.: Csoba, J. (szerk.): *Munkaerő-piaci változások, leszakadó társadalmi csoportok*. Debrecen: Debreceni Egyetem, SZOCIOTÉKA, pp. 133-141.

Nagy, Z. É. [2011]: A kapcsolatrendszer, a kapcsolatháló jellemzői az akadályozott és az egészségkárosodott emberek életében. In.: Nagy, Z. É. (szerk.): *Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. Budapest: NCSSZI, pp. 161-184.

Nagy, Z. É. – Szántó, Z. – Tóth, I. J. [2008]: Kutatási eredmények a magyarországi korrupcióról. A szakirodalom áttekintése. In.: Szántó, Z. – Tóth, I. J. (szerk.): *Korrupciós kockázatok az üzleti szektorban. Kutatási háttér tanulmányok*. Budapest: BCE Szociológia és Társadalompolitika Intézet, Korrupciókutató Központ - Transparency International - Nyitott Könyvműhely.

**Referált folyóirat**

- Nagy, Z. É. [2014]: Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre. In.: Metszetek, 2 (1), pp. 239-264.
- Nagy, Z. É. – Könczei, Gy. – Hernádi, I. [2009]: A fogyatékoságtudomány útjai kettős történeti keretben, avagy első, kísérleti metszet a fogyatékoságtudományról. In.: Fogyatékoság és társadalom, 1 (1). pp. 93-108.
- K. Nagy, E. – Nagy, Z. É. [2005]: Egy hátránykompenzáló iskolai program. A Complex Instruction Program alkalmazása a hátrányos helyzetű tanulók iskolai munkájában. In.: Új Pedagógiai Szemle, 2005 (1), pp. 86-102.
- Pető, I. – Nagy, Z. É. [2004]: Az észak-alföldi régió általános iskolái – a befogadó nevelés szempontjából.. In.: Iskolakultúra, 2004 (4), pp. 51-61.
- Pető, I. – Nagy, Z. É. [2004]: Helyzetkép a befogadó nevelésről az észak-alföldi régió iskoláiban. In.: Új Pedagógiai Szemle, 2004 (4-5), pp. 172-190.

**Egyéb*****Szerkesztett kötet***

- Nagy, Z. É. [2011, szerk.]: Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Budapest: NCSSZI

***Fontosabb kutatási jelentések***

- Nagy, Z. É. – Bari, D. – Borza, B. – Forrai, E. – Pakot, Á. – Prókai, O. – Sörös, A. – Szabó, N. – Szerepi, A. [2013]: Helyzetfeltárás az „Átvezetés” módszertanához. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány. [http://fszk.hu/wp-content/uploads/helyzetfeltaras\\_REVITA.pdf](http://fszk.hu/wp-content/uploads/helyzetfeltaras_REVITA.pdf)
- Nagy, Z. É. – Forrai, E. – Prókai, O. – Sörös, A. – Szerepi, A. – Varjú, T. [2013]: Megváltozott munkaképességű embereknek nyújtott munkaerő-piaci szolgáltatások módszertanai Magyarországon. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány. [http://fszk.hu/wp-content/uploads/kutatasi\\_tanulmany\\_REVITA.pdf](http://fszk.hu/wp-content/uploads/kutatasi_tanulmany_REVITA.pdf)

## **Mellékletek (logisztikus regressziós modellek)**

M1. táblázat Mi befolyásolja az igénylést: mi jellemzi az „igénylőket”? (NCSSZI-TÁRKI – „C” kutatás, 2010, N= 2048 fő)

	Első modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság)			Második modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem)			Harmadik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma)			Negyedik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások)			Ötödik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások)			Hatodik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások; munkaerőpiaci jellemzők)			
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	
Egészségügyi állapot, korlátozottság, fogyatékoság és hátrány	Fogyatékosággal élő embernek tartja-e magát?		,000			,000			,000			,000			,000			,000	
	igen	1,017	,000	2,764	,988	,000	2,687	1,007	,000	2,737	,961	,000	2,615	1,026	,000	2,790	1,013	,000	2,754
	nem tudja	-,285	,625	,752	-,273	,642	,761	-,290	,622	,748	-,423	,490	,655	-,973	,150	,378	-,938	,175	,391
	Milyen az egészségügyi állapota általában?		,000			,000			,000			,001			,000			,000	
	rossz	,349	,199	1,418	,361	,184	1,435	,342	,209	1,408	,490	,100	1,633	,546	,076	1,726	,616	,053	1,852
	kielégítő	-,259	,339	,772	-,259	,340	,772	-,277	,309	,758	-,032	,915	,968	,029	,925	1,030	,091	,775	1,095
	jó	-,938	,004	,392	-,948	,004	,388	-,973	,003	,378	-,446	,218	,640	-,614	,107	,541	-,609	,122	,544
	nagyon jó	-,166	,163	,312	-,1260	,134	,284	-,1257	,136	,284	-,631	,494	,532	-,977	,389	,377	-,1086	,356	,338
	Mióta áll fenn a problémája? (később, mint születése óta)	-,020	,940	,980	-,049	,853	,952	-,058	,828	,944	-,665	,032	,514	-,600	,072	,549	-,678	,047	,507
	Van-e látássérülése?		,002			,002			,002			,042			,182			,153	
	enyhe / közepes	,197	,197	1,218	,224	,146	1,250	,220	,153	1,246	,076	,653	1,079	,084	,630	1,088	,032	,861	1,032
	súlyos	1,198	,001	3,314	1,186	,001	3,274	1,177	,001	3,245	,952	,012	2,590	,724	,068	2,063	,795	,053	2,214
	Van-e hallássérülése?		,012			,012			,011			,013			,023			,028	
	enyhe / közepes	,096	,621	1,101	,054	,782	1,055	,058	,766	1,060	,096	,653	1,101	,128	,564	1,137	,080	,729	1,083
	súlyos	1,574	,003	4,826	1,578	,003	4,846	1,580	,003	4,854	1,716	,003	5,564	1,581	,006	4,861	1,573	,008	4,821
	Van-e tartósan fennálló, krónikus / nagy betegsége?		,000			,000			,000			,000			,000			,000	
	enyhe / közepes	,114	,482	1,121	,148	,367	1,159	,145	,379	1,155	,085	,635	1,089	,054	,775	1,055	,116	,550	1,123
	súlyos	,906	,000	2,474	,946	,000	2,577	,950	,000	2,586	,953	,000	2,593	,921	,000	2,511	,999	,000	2,715

<b>Van-e értelmi, tanulási vagy megértési nehézsége?</b>			,806			,687			,679			,689			,918			,948	
enyhe / közepes	-,100	,693	,905	-,139	,584	,871	-,120	,636	,887	-,014	,960	,986	-,068	,812	,935	,065	,824	1,067	
súlyos	-,229	,564	,795	-,297	,456	,743	-,320	,422	,726	-,364	,390	,695	-,165	,716	,848	-,098	,834	,906	
<b>Van-e pszichés, mentális betegsége?</b>		,002			,001			,001			,000			,000			,000		
enyhe / közepes	,214	,199	1,239	,271	,107	1,311	,287	,088	1,333	,470	,011	1,600	,568	,003	1,766	,492	,011	1,635	
súlyos	,920	,001	2,509	,991	,000	2,694	,999	,000	2,717	1,056	,000	2,874	1,078	,000	2,940	1,055	,000	2,873	
<b>Van-e mozgássérülése?</b>		,521			,645			,689			,810			,874			,573		
enyhe / közepes	,041	,762	1,042	,033	,813	1,033	,025	,855	1,026	-,045	,767	,956	-,073	,641	,930	-,160	,328	,852	
súlyos	,189	,258	1,208	,155	,355	1,168	,142	,398	1,153	,073	,688	1,076	,002	,993	1,002	-,011	,955	,989	
<b>Akadályozott-e önmaga ellátásában? (részben / teljesen)</b>	,456	,231	1,578	,465	,225	1,593	,467	,224	1,595	,449	,263	1,566	,294	,471	1,342	,467	,260	1,595	
<b>Akadályozott-e otthoni tevékenységei ellátásában? (részben / teljesen)</b>	,611	,002	1,842	,532	,008	1,702	,520	,010	1,682	,519	,018	1,680	,425	,070	1,529	,405	,095	1,499	
<b>Akadályozott-e a lépcsőzésben? (részben / teljesen)</b>	-,231	,305	,794	-,203	,370	,816	-,195	,390	,823	-,261	,280	,771	-,408	,109	,665	-,427	,103	,653	
<b>Akadályozott-e a lakáson belüli helyváltoztatásban? (részben / teljesen)</b>	,597	,232	1,816	,598	,235	1,818	,603	,231	1,827	,800	,134	2,225	1,104	,052	3,015	,965	,099	2,626	
<b>Akadályozott-e az utcai helyváltoztatásban? (részben / teljesen)</b>	-,757	,017	,469	-,771	,015	,463	-,768	,016	,464	-,866	,009	,421	-,766	,025	,465	-,782	,027	,457	
<b>Akadályozott-e tömegközlekedés igénybevételében? (részben / teljesen)</b>	,237	,220	1,267	,265	,170	1,303	,265	,171	1,303	,191	,360	1,211	,338	,122	1,402	,339	,134	1,403	
<b>Akadályozott-e munkában / tanulásban? (részben / teljesen)</b>	1,023	,000	2,782	1,008	,000	2,739	1,010	,000	2,746	,957	,000	2,605	1,003	,000	2,726	,968	,000	2,633	

Akadályozott-e hivatalos dokumentumok értelmezésében? (részben / teljesen)	-,663	,032	,515	-,695	,025	-,499	-,679	,030	,507	-,806	,023	-,447	-,802	,031	-,448	-,722	,060	-,486
Akadályozott-e ügyintézésben hivatalos helyeken? (részben / teljesen)	,536	,059	1,709	,536	,061	1,710	,545	,058	1,725	-,644	-,045	1,904	,564	,091	1,757	,542	,117	1,720
Akadályozott-e a vásárlásban? (részben / teljesen)	-,662	,000	1,938	-,709	,000	2,033	-,711	,000	2,036	-,717	,000	2,048	-,793	,000	2,210	-,913	,000	2,493
Akadályozott-e a pénz kezelésében? (részben / teljesen)	,527	,146	1,694	,496	,171	1,642	,465	,201	1,591	,672	,088	1,958	,483	,250	1,620	,397	,364	1,488
Akadályozott-e önmaga másokkal való megértésében? (részben / teljesen)	,147	,771	1,158	,120	,814	1,128	,075	,884	1,078	,035	,950	1,036	,036	,951	1,036	,158	,789	1,171
Akadályozott-e mások megértésében? (részben / teljesen)	-,603	,281	,547	-,628	,264	,534	-,619	,272	,539	-,836	,172	,433	-,725	,246	,484	-,723	,263	,485
Akadályozott-e a tájékozódásban a világ dolgairól? (részben / teljesen)	-,098	,849	,907	-,006	,990	,994	,027	,958	1,028	,022	,968	1,022	,081	,883	1,084	,097	,863	1,102
Akadályozott-e a döntésben élete fontos kérdéseiben? (részben / teljesen)	-,118	,734	,889	-,116	,737	,891	-,110	,750	,896	-,153	,687	,858	-,214	,587	,807	-,165	,685	,848
Akadályozott-e a társasági életben? (részben / teljesen)	-,161	,361	,852	-,138	,433	,871	-,115	,517	,892	-,100	,597	,905	-,045	,820	,956	-,098	,628	,906
Akadályozott-e a sportolásban? (részben / teljesen)	-,185	,262	,832	-,188	,256	,829	-,194	,241	,823	-,165	,357	,848	-,186	,320	,830	-,100	,607	,905

	<b>Akadályozott-e a nyaralásban, utazásban? (részben / teljesen)</b>	,507	,003	1,661	,518	,003	1,679	,515	,003	1,673	,368	,051	1,445	,267	,178	1,306	,322	,118	1,380	
	<b>Nem (nők)</b>				-,407	,001	,666	-,417	,001	,659	-,542	,000	,582	-,587	,000	,556	-,643	,000	,526	
	<b>Roma-e (romák)</b>							-,304	,205	,738	-,053	,850	,949	-,095	,740	,910	-,088	,763	,915	
<b>Személyes humán erőforrás tényezők</b>	<b>Felelősségvállalás</b>											,103			,110			,208		
	Inkább az embereknek saját maguknak kell vállalniuk a felelősséget sorukért										-,205	,262	,814	-,192	,314	,825	-,214	,280	,807	
	Inkább az államnak kell nagyobb felelősséget vállalnia az emberekről való gondoskodásban										,003	,988	1,003	-,044	,820	,957	-,084	,678	,920	
	Feltétlenül az államnak kell nagyobb felelősséget vállalnia az emberekről való gondoskodásban										,240	,217	1,272	,262	,198	1,299	,188	,370	1,207	
	<b>Életkor</b>												,000			,001			,001	
	25-34 éves										-,247	,568	,781	-,305	,517	,737	-,366	,448	,693	
	35-44 éves										,608	,109	1,836	,743	,079	2,102	,727	,093	2,070	
	45-54 éves										,971	,009	2,641	1,083	,011	2,952	1,072	,015	2,921	
	55 évesnél idősebb										1,083	,004	2,954	1,041	,017	2,831	1,113	,013	3,043	
	<b>Iskolai végzettség</b>												,308			,573			,607	
	ISCED 3.											,053	,740	1,055	,015	,928	1,015	,113	,525	1,119
	ISCED 4.											-,090	,767	,914	-,226	,472	,798	-,046	,887	,955
	ISCED 5-6.											-,441	,094	,643	-,327	,232	,721	-,262	,358	,769







M2. táblázat Milyen tényezők befolyásolják az ellátáshoz jutást? (NCSSZI-TÁRKI – „C” kutatás, 2010, N= 2048 fő)

		Első modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság)			Második modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem)			Harmadik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma)			Negyedik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások)			Ötödik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások)			Hatodik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások; munkaerő-piaci jellemzők)		
		B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)
Egészségügyi állapot, korlátotottság, fogyatékoság és hátrány	Fogyatékosággal élő embernek tartja-e magát?		,039			,051			,041			,066			,012			,011	
	igen	,574	,011	1,775	,552	,015	1,736	,575	,012	1,778	,573	,020	1,773	,742	,005	2,100	,787	,004	2,197
	nem tudja	,291	,653	1,338	,273	,673	1,314	,319	,628	1,375	,212	,766	1,236	1,370	,180	3,934	1,479	,189	4,388
	Milyen az egészségügyi állapota általában?		,033			,026			,025			,156			,309			,242	
	rossz	,145	,663	1,157	,167	,617	1,182	,144	,667	1,155	,218	,549	1,243	,029	,942	1,029	,007	,986	1,007
	kielégítő	-,215	,526	,807	-,203	,548	,816	-,248	,466	,780	-,141	,705	,869	-,375	,352	,687	-,454	,280	,635
	jó	-,886	,055	,412	-,910	,049	,403	-,918	,048	,399	-,634	,219	,531	-,465	,424	,628	-,471	,435	,624
	Mióta áll fenn a problémája? (később, mint születése óta)	,149	,676	1,161	,107	,767	1,112	,152	,672	1,164	-,372	,389	,689	-,790	,117	,454	-,1034	,047	,356
	Van-e látássérülése?		,214			,222			,249			,465			,752			,664	
	enyhe / közepes	-,207	,350	,813	-,183	,412	,833	-,188	,402	,829	-,292	,242	,747	-,137	,602	,872	-,228	,406	,796
	súlyos	,576	,176	1,779	,601	,159	1,823	,565	,187	1,759	,110	,806	1,116	,245	,627	1,277	,143	,790	1,154
	Van-e hallássérülése?		,793			,750			,684			,556			,452			,392	
	enyhe / közepes	-,025	,924	,975	-,067	,802	,935	-,085	,751	,918	-,176	,552	,839	-,325	,295	,723	-,318	,325	,728
	súlyos	,312	,517	1,366	,320	,507	1,377	,362	,454	1,436	,453	,415	1,572	,309	,589	1,363	,484	,419	1,623
	Van-e tartósan fennálló, krónikus / nagy betegsége?		,311			,222			,189			,205			,156			,261	

	enyhe / közepes	,423	,127	1,527	,485	,084	1,625	,517	,068	1,676	,558	,076	1,747	,634	,062	1,884	,537	,131	1,711
	súlyos	,288	,264	1,334	,341	,191	1,406	,349	,183	1,418	,321	,260	1,379	,306	,328	1,358	,206	,534	1,228
	<b>Van-e értelmi, tanulási vagy megértési nehézsége?</b>		,290			,264			,277			,558			,402			,612	
	enyhe / közepes	-,524	,118	,592	-,547	,103	,579	-,542	,110	,581	-,411	,284	,663	-,509	,205	,601	-,330	,430	,719
	súlyos	-,035	,942	,966	-,078	,872	,925	-,080	,869	,923	-,148	,779	,862	-,358	,521	,699	-,418	,483	,658
	<b>Van-e pszichés, mentális betegsége?</b>		,935			,810			,762			,409			,662			,815	
	enyhe / közepes	,081	,729	1,084	,137	,564	1,146	,162	,497	1,176	,311	,234	1,365	,194	,470	1,214	,120	,670	1,128
	súlyos	,056	,853	1,058	,127	,676	1,136	,132	,667	1,141	,299	,385	1,349	,254	,478	1,290	,214	,569	1,238
	<b>Van-e mozgássérülése?</b>		,049			,044			,043			,135			,308			,044	
	enyhe / közepes	-,537	,019	,584	-,545	,017	,580	-,547	,017	,578	-,464	,067	,629	-,395	,137	,674	-,694	,014	,500
	súlyos	-,456	,060	,634	-,473	,052	,623	-,481	,049	,618	-,445	,092	,641	-,318	,255	,728	-,513	,081	,598
	<b>Akadályozott-e ön maga ellátásában? (részben / teljesen)</b>	-,035	,927	,966	-,032	,934	,969	-,023	,951	,977	,205	,630	1,228	,130	,775	1,138	,128	,784	1,137
	<b>Akadályozott-e otthoni tevékenységei ellátásában? (részben / teljesen)</b>	,049	,846	1,050	,006	,980	1,006	,009	,972	1,009	,055	,843	1,057	,163	,597	1,177	,142	,663	1,152
	<b>Akadályozott-e a lépcsőzésben? (részben / teljesen)</b>	,610	,051	1,840	,624	,046	1,866	,623	,046	1,864	,488	,132	1,629	,618	,081	1,855	,643	,073	1,903
	<b>Akadályozott-e a lakáson belüli helyváltoztatásban? (részben / teljesen)</b>	-,855	,091	,425	-,860	,089	,423	-,876	,086	,416	-,594	,287	,552	-,673	,247	,510	-,863	,148	,422
	<b>Akadályozott-e az utcai helyváltoztatásban? (részben / teljesen)</b>	,137	,739	1,147	,130	,752	1,139	,132	,750	1,141	-,061	,889	,941	-,228	,618	,796	-,140	,766	,869
	<b>Akadályozott-e tömegközlekedés igénybevételében? (részben / teljesen)</b>	,228	,367	1,256	,242	,340	1,274	,234	,357	1,264	,231	,402	1,260	,118	,695	1,126	,134	,669	1,143

<b>Akadályozott-e munkában / tanulásban?</b> (részben / teljesen)	,539	,010	1,714	,526	,012	1,693	,517	,015	1,677	,483	,036	1,621	,580	,020	1,786	,562	,030	1,755
<b>Akadályozott-e hivatalos dokumentumok értelmezésében?</b> (részben / teljesen)	-,199	,636	,819	-,215	,609	,806	-,193	,650	,825	-,190	,700	,827	-,169	,750	,844	-,322	,568	,725
<b>Akadályozott-e ügyintézésben hivatalos helyeken?</b> (részben / teljesen)	,994	,012	2,702	,992	,012	2,696	1,048	,009	2,851	1,246	,007	3,477	1,359	,007	3,892	1,471	,006	4,353
<b>Akadályozott-e a vásárlásban?</b> (részben / teljesen)	-,276	,228	,759	-,243	,290	,784	-,251	,277	,778	-,224	,369	,799	-,189	,486	,828	-,024	,933	,976
<b>Akadályozott-e a pénz kezelésében?</b> (részben / teljesen)	-,830	,032	,436	-,849	,028	,428	-,914	,019	,401	-,923	,035	,397	-,1278	,006	,279	-,1401	,005	,246
<b>Akadályozott-e önmaga másokkal való megértésében?</b> (részben / teljesen)	-,045	,943	,956	-,079	,902	,924	-,135	,836	,873	-,029	,969	,971	-,098	,898	,907	,243	,756	1,275
<b>Akadályozott-e mások megértésében?</b> (részben / teljesen)	,085	,909	1,089	,083	,913	1,086	,119	,877	1,126	,007	,993	1,007	,328	,711	1,389	-,092	,920	,912
<b>Akadályozott-e a tájékozódásban a világ dolgairól?</b> (részben / teljesen)	-,067	,914	,936	-,007	,992	,993	,050	,936	1,052	,192	,784	1,212	-,025	,973	,975	,264	,731	1,303
<b>Akadályozott-e a döntésben élete fontos kérdéseiben?</b> (részben / teljesen)	-,043	,927	,958	-,053	,911	,949	-,055	,907	,946	-,260	,627	,771	-,528	,346	,590	-,496	,396	,609
<b>Akadályozott-e a társasági életben?</b> (részben / teljesen)	-,135	,587	,874	-,114	,646	,892	-,124	,621	,884	-,275	,310	,759	-,246	,398	,782	-,286	,347	,751

	<b>Akadályozott-e a sportolásban?</b> (részben / teljesen)	,256	,291	1,292	,245	,315	1,277	,241	,326	1,273	,261	,338	1,299	,244	,404	1,277	,252	,411	1,286	
	<b>Akadályozott-e a nyaralásban, utazásban?</b> (részben / teljesen)	,301	,218	1,351	,322	,189	1,380	,376	,129	1,457	,316	,246	1,372	,288	,327	1,334	,341	,264	1,406	
	<b>Nem (nők)</b>				-,288	,124	,750	-,275	,143	,759	-,427	,046	,653	-,364	,131	,695	-,380	,138	,684	
	<b>Roma-e (romák)</b>							-,702	,029	,496	-,532	,159	,587	-,644	,113	,525	-,547	,194	,579	
<b>Személyes humán erőforrás tényezők</b>	<b>Felelősségvállalás</b>											,612			,633			,488		
	Inkább az embereknek saját maguknak kell vállalniuk a felelősséget sorukért										-,219	,469	,804	-,115	,722	,891	-,220	,514	,802	
	Inkább az államnak kell nagyobb felelősséget vállalnia az emberekről való gondoskodásban										-,366	,213	,693	-,367	,240	,693	-,502	,132	,605	
	Feltétlenül az államnak kell nagyobb felelősséget vállalnia az emberekről való gondoskodásban										-,332	,254	,717	-,278	,371	,758	-,327	,317	,721	
	<b>Életkor</b>											,007			,002			,002		
	25-34 éves											1,394	,057	4,029	1,885	,026	6,585	1,936	,032	6,930
	35-44 éves											2,111	,001	8,253	2,817	,000	16,729	2,947	,000	19,054
	45-54 éves											2,119	,001	8,325	2,732	,000	15,361	2,809	,001	16,593
	55 évesnél idősebb											2,300	,000	9,975	3,097	,000	22,121	3,209	,000	24,767
	<b>Iskolai végzettség</b>												,254			,458			,277	
	ISCED 3.											,012	,963	1,012	-,003	,990	,997	-,011	,970	,989
	ISCED 4.											-,705	,105	,494	-,681	,138	,506	-,760	,114	,468



	Dél-Dunántúl																	1,798	,000	6,037	
	Észak-Magyarország																		,449	,293	1,567
	Észak-Alföld																		,929	,019	2,531
	Dél-Alföld																		1,727	,000	5,623
	Budapest																		1,339	,003	3,815
	<b>Településtípus</b>																			,091	
	megyeszékhely																		,663	,048	1,940
	város																		,426	,110	1,530
	<b>Konstans</b>	,328	,540	1,388	,474	,383	1,606	,467	,391	1,595	-,597	,473	,551	-,516	,569	,597	-1,310	,167	,270		
	<b>Nagelkerke R<sup>2</sup> értéke</b>	0,167			0,171			0,177			0,23			0,267			0,322				
<small>Viszonyítási csoportok: nem fogyatékos ember / nagyon rossz az egészségügyi állapota / nincs látás, hallás, ... stb. sérülése / nem akadályozott önmaga... stb. ellátásában / férfi / nem roma / feltétlenül az embereknek saját maguknak kell vállalniuk a felelősséget sorukért / 18-44 éves / ISCED1 / nincs jogosítványa/ nem beszél idegen nyelvet / nincs otthon internetkapcsolata / egyedülálló, hajadon / nincs más akadályozott a háztartásban / házastárs, élettárs nem aktív kereső / házastárs, élettárs nem nyugdíjas / Közép-Magyarországi régió / község</small>																					



M3. táblázat Ki tud dolgozni? (NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N= 2045 fő)

	Első modell (károsodás, fogyatékoság)			Második modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem)			Harmadik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma)			Negyedik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások)			Ötödik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások)			Hatodik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások; munkaerőpiaci jellemzők)		
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)
<b>Fogyatékosággal élő embernek tartja-e magát?</b>		,858			,871			,858			,832			,627			,713	
igen	-,102	,594	,903	-,098	,612	,907	-,102	,595	,903	-,128	,546	,880	-,215	,334	,807	-,183	,422	,833
nem tudja	-,151	,846	,860	-,143	,853	,866	-,152	,845	,859	,014	,986	1,014	-,026	,975	,974	-,205	,820	,815
<b>Mióta áll fenn a problémája? (később, mint születése óta)</b>	-,014	,973	,986	-,018	,965	,982	-,005	,991	,995	,206	,656	1,229	,158	,740	1,172	,223	,652	1,250
<b>Van-e látássérülése?</b>		,602			,604			,595			,569			,538			,488	
enyhe / közepes	-,033	,873	,967	-,041	,842	,960	-,060	,774	,942	,056	,805	1,058	,140	,557	1,150	,140	,569	1,150
súlyos	,353	,337	1,423	,347	,345	1,415	,342	,355	1,407	,430	,290	1,538	,434	,307	1,544	,482	,260	1,619
<b>Van-e hallássérülése?</b>		,573			,586			,600			,220			,103			,097	
enyhe / közepes	-,229	,361	,795	-,221	,380	,802	-,213	,398	,808	-,483	,089	,617	-,623	,036	,536	-,649	,031	,522
súlyos	,219	,663	1,245	,229	,649	1,257	,233	,644	1,262	,118	,838	1,125	,090	,879	1,094	-,026	,965	,975
<b>Van-e tartósan fennálló, krónikus / nagy betegsége?</b>		,279			,289			,262			,263			,316			,269	
enyhe / közepes	,360	,180	1,434	,351	,193	1,420	,369	,171	1,447	,393	,193	1,481	,311	,317	1,365	,418	,186	1,519
súlyos	,106	,673	1,112	,097	,700	1,102	,107	,671	1,113	,084	,764	1,088	-,008	,978	,992	,100	,733	1,106
<b>Van-e értelmi, tanulási vagy megértési nehézsége?</b>		,271			,275			,298			,602			,469			,423	
enyhe / közepes	,017	,957	1,017	,022	,945	1,022	,044	,889	1,045	,099	,783	1,104	,218	,550	1,244	,229	,552	1,258
súlyos	-,914	,110	,401	-,908	,113	,403	-,872	,128	,418	-,560	,352	,571	-,628	,314	,534	-,703	,271	,495
<b>Van-e pszichés, mentális betegsége?</b>		,689			,692			,672			,580			,583			,354	
enyhe / közepes	,128	,535	1,137	,115	,581	1,121	,113	,586	1,120	,132	,569	1,141	,046	,850	1,047	-,146	,561	,864
súlyos	-,131	,658	,877	-,151	,613	,860	-,165	,579	,848	-,224	,483	,799	-,308	,350	,735	-,487	,153	,615
<b>Van-e mozgássérülése?</b>		,543			,534			,469			,708			,602			,508	
enyhe / közepes	-,228	,269	,796	-,231	,263	,793	-,255	,219	,775	-,143	,533	,867	-,105	,654	,900	-,122	,612	,885
súlyos	-,112	,588	,894	-,112	,589	,894	-,129	,533	,879	-,186	,428	,830	-,246	,315	,782	-,292	,246	,747
<b>Akadályozott-e ön maga ellátásában? (részben / teljesen)</b>	,266	,440	1,305	,271	,431	1,311	,265	,441	1,303	,175	,656	1,192	,286	,482	1,332	,325	,432	1,384
<b>Akadályozott-e otthoni tevékenységei ellátásában? (részben / teljesen)</b>	,240	,345	1,272	,249	,329	1,283	,242	,343	1,273	,162	,568	1,176	,037	,902	1,038	-,036	,906	,965
<b>Akadályozott-e a lépcsőzésben? (részben / teljesen)</b>	,048	,854	1,049	,049	,849	1,051	,043	,868	1,044	,157	,579	1,170	,259	,391	1,296	,239	,434	1,270

Akadályozott-e a lakáson belüli helyváltoztatásban? (részben / teljesen)	-,225	,673	,798	-,235	,660	,791	-,246	,645	,782	-1,183	,089	,306	-1,093	,121	,335	-,878	,221	,415
Akadályozott-e az utcai helyváltoztatásban? (részben / teljesen)	-,534	,129	,586	-,535	,129	,586	-,523	,139	,593	-,400	,291	,670	-,483	,226	,617	-,610	,137	,543
Akadályozott-e tömegközlekedés igénybevételében? (részben / teljesen)	,111	,667	1,117	,110	,670	1,116	,112	,664	1,119	-,089	,751	,915	-,231	,450	,794	-,195	,532	,823
Akadályozott-e munkában / tanulásban? (részben / teljesen)	-1,926	,000	,146	-1,925	,000	,146	-1,932	,000	,145	-1,903	,000	,149	-1,929	,000	,145	-1,973	,000	,139
Akadályozott-e hivatalos dokumentumok értelmezésében? (részben / teljesen)	,281	,454	1,324	,280	,454	1,324	,279	,456	1,322	,415	,311	1,514	,543	,200	1,720	,480	,272	1,616
Akadályozott-e ügyintézésben hivatalos helyeken? (részben / teljesen)	-,555	,128	,574	-,547	,134	,579	-,547	,134	,579	-,331	,400	,718	-,358	,380	,699	-,316	,448	,729
Akadályozott-e a vásárlásban? (részben / teljesen)	,135	,602	1,145	,126	,629	1,134	,128	,623	1,136	,064	,821	1,066	,229	,446	1,257	,299	,333	1,349
Akadályozott-e a pénz kezelésében? (részben / teljesen)	,495	,217	1,640	,522	,197	1,686	,501	,218	1,650	,316	,491	1,371	,244	,600	1,276	,271	,575	1,312
Akadályozott-e önmaga másokkal való megértésében? (részben / teljesen)	-1,221	,140	,295	-1,240	,134	,289	-1,235	,135	,291	-1,075	,188	,341	-1,188	,158	,305	-1,129	,195	,323
Akadályozott-e mások megértésében? (részben / teljesen)	,774	,304	2,168	,792	,294	2,207	,799	,287	2,224	,705	,346	2,025	,696	,368	2,006	,876	,267	2,402
Akadályozott-e a tájékozódásban a világ dolgairól? (részben / teljesen)	-,201	,760	,818	-,221	,737	,802	-,206	,754	,814	,224	,746	1,251	,324	,641	1,382	,290	,677	1,337
Akadályozott-e a döntésben élete fontos kérdéseiben? (részben / teljesen)	,079	,849	1,082	,072	,862	1,075	,105	,802	1,110	,032	,946	1,032	,021	,964	1,022	,040	,936	1,041
Akadályozott-e a társasági életben? (részben / teljesen)	,005	,981	1,006	-,005	,983	,995	-,013	,955	,987	,273	,287	1,314	,273	,305	1,314	,190	,484	1,210
Akadályozott-e a sportolásban? (részben / teljesen)	,787	,001	2,198	,792	,001	2,208	,790	,001	2,204	,802	,002	2,231	,780	,004	2,181	,886	,002	2,426
Akadályozott-e a nyaralásban, utazásban? (részben / teljesen)	-,545	,012	,580	-,548	,012	,578	-,517	,018	,596	-,374	,128	,688	-,405	,119	,667	-,430	,113	,651

	<b>Nem (nők)</b>					,088	,605	1,092	,085	,618	1,089	,290	,245	1,337	,340	,199	1,405	,390	,153	1,477
	<b>Roma-e (romák)</b>																			
	<b>Életkor</b>																			
	45-54 éves																			
	55 évesnél idősebb																			
	<b>Iskolai végzettség</b>																			
	ISCED 3.																			
	ISCED 4.																			
	ISCED 5-6.																			
	<b>Van-e jogosítványa? (igen)</b>																			
	<b>Beszél-e idegen nyelvet? (igen)</b>																			
	<b>Van-e otthon internetkapcsolata? (igen)</b>																			
	<b>Munkaéletútja mekkora arányát töltötte munkanélküliként?</b>																			
	<b>Munkaéletútja mekkora arányát töltötte fizetett munkával?</b>																			
	<b>Munkaéletútja mekkora arányát töltötte rokkant-ellátásban?</b>																			
	<b>Munkaéletútja mekkora arányát töltötte gyermekek után járó ellátásban?</b>																			
	<b>Munkaéletútja mekkora arányát töltötte egyéb inaktívként?</b>																			
<b>Környezeti erőforrások</b>	<b>Családi állapot</b>																			
	házas, együtt élnek																			
	házas, külön élnek																			
	elvált																			
özvegy																				
<b>Hány olyan barátja, rokona van, akikre számíthat a mindennapokban?</b>																				
<b>Van-e még akadályozott a háztartásban? (igen)</b>																				



M4. táblázat Ki tud dolgozni a rokkantellátásban résztvevő nők közül? (NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N= 999 fő)

	Első modell (károsodás, fogyatékoság)			Második modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; roma)			Harmadik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; roma; személyes humán erőforrások)			Negyedik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások)			Ötödik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások; munkaerő-piaci jellemzők)		
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)
<b>Fogyatékosággal élő embernek tartja-e magát?</b>		,672			,599			,711			,633			,855	
igen	-,053	,843	,948	-,056	,835	,946	-,231	,457	,794	-,295	,372	,745	-,180	,601	,835
nem tudja	,726	,398	2,067	,820	,336	2,270	,304	,770	1,355	,279	,787	1,321	,165	,883	1,180
<b>Mióta áll fenn a problémája? (később, mint születése óta)</b>	,127	,837	1,135	,141	,820	1,152	,216	,277	1,241	,668	,455	1,951	1,117	,250	3,054
<b>Van-e látássérülése?</b>		,783			,772			,967			,998			,995	
enyhe / közepes	-,148	,594	,863	-,163	,558	,850	-,011	,974	,990	,024	,944	1,025	-,035	,924	,966
súlyos	,190	,713	1,209	,170	,744	1,186	,152	,804	1,164	,009	,989	1,009	,018	,978	1,019
<b>Van-e hallássérülése?</b>		,462			,464			,045			,030			,023	
enyhe / közepes	-,402	,262	,669	-,412	,251	,662	-,147	,016	,318	-,1312	,009	,269	-,1401	,006	,246
súlyos	,310	,674	1,363	,256	,731	1,291	,317	,704	1,373	,144	,879	1,155	,106	,914	1,112
<b>Van-e tartósan fennálló, krónikus / nagy betegsége?</b>		,124			,092			,128			,126			,048	
enyhe / közepes	,670	,100	1,954	,710	,082	2,034	,889	,064	2,434	,919	,077	2,507	1,229	,023	3,419
súlyos	,254	,517	1,290	,255	,516	1,291	,483	,299	1,621	,430	,387	1,537	,674	,187	1,962
<b>Van-e értelmi, tanulási vagy megértési nehézsége?</b>		,368			,437			,570			,600			,570	
enyhe / közepes	,077	,848	1,080	,103	,798	1,108	,335	,480	1,397	,426	,386	1,532	,481	,366	1,618
súlyos	-,139	,170	,320	-,1013	,220	,363	-,638	,479	,528	-,402	,675	,669	-,455	,657	,634
<b>Van-e pszichés, mentális betegsége?</b>		,398			,367			,546			,447			,413	
enyhe / közepes	,289	,256	1,335	,300	,240	1,350	,278	,365	1,321	,212	,515	1,236	,027	,936	1,028
súlyos	-,158	,676	,854	-,172	,650	,842	-,163	,715	,849	-,415	,382	,660	-,626	,214	,535
<b>Van-e mozgássérülése?</b>		,954			,992			,419			,298			,353	
enyhe / közepes	,054	,842	1,056	,015	,958	1,015	,284	,390	1,328	,341	,322	1,407	,236	,510	1,266
súlyos	,089	,761	1,093	,038	,898	1,039	-,133	,710	,876	-,180	,637	,836	-,282	,472	,754
<b>Akadályozott-e ön maga ellátásában? (részben / teljesen)</b>	,632	,218	1,882	,624	,224	1,866	,378	,536	1,459	,289	,660	1,335	,350	,618	1,419
<b>Akadályozott-e otthoni tevékenységei ellátásában? (részben / teljesen)</b>	,121	,748	1,129	,106	,777	1,112	,141	,734	1,151	,047	,915	1,048	-,126	,785	,882
<b>Akadályozott-e a lépcsőzásban? (részben / teljesen)</b>	,073	,830	1,076	,065	,849	1,068	-,056	,892	,945	,079	,861	1,082	,015	,975	1,015

Akadályozott-e a lakáson belüli helyváltoztatásban? (részben / teljesen)	,064	,934	1,066	,014	,986	1,014	,474	,580	1,606	,760	,411	2,139	,880	,375	2,410
Akadályozott-e az utcai helyváltoztatásban? (részben / teljesen)	-1,455	,011	,233	-1,466	,010	,231	-1,380	,038	,252	-2,060	,007	,127	-2,233	,006	,107
Akadályozott-e tömegközlekedés igénybevételében? (részben / teljesen)	,132	,701	1,142	,180	,605	1,197	-,213	,617	,808	-,308	,501	,735	-,150	,749	,861
Akadályozott-e munkában / tanulásban? (részben / teljesen)	-1,645	,000	,193	-1,673	,000	,188	-1,558	,000	,211	-1,628	,000	,196	-1,649	,000	,192
Akadályozott-e hivatalos dokumentumok értelmezésében? (részben / teljesen)	-,435	,437	,647	-,458	,414	,633	-,393	,532	,675	-,255	,692	,775	-,290	,666	,748
Akadályozott-e ügyintézésben hivatalos helyeken? (részben / teljesen)	-,336	,522	,715	-,353	,502	,703	-,197	,744	,821	-,338	,602	,713	-,360	,589	,698
Akadályozott-e a vásárlásban? (részben / teljesen)	-,077	,824	,926	-,052	,881	,949	,027	,947	1,027	,384	,394	1,468	,396	,400	1,485
Akadályozott-e a pénz kezelésében? (részben / teljesen)	,512	,467	1,669	,416	,561	1,516	,388	,632	1,474	,273	,741	1,314	,208	,814	1,232
Akadályozott-e ön maga másokkal való megértésében? (részben / teljesen)	-1,820	,126	,162	-1,896	,113	,150	-1,872	,094	,154	-2,311	,052	,099	-2,189	,071	,112
Akadályozott-e mások megértésében? (részben / teljesen)	2,145	,051	8,540	2,259	,039	9,577	1,879	,066	6,545	2,435	,024	11,418	2,735	,013	15,415
Akadályozott-e a tájékozódásban a világ dolgairól? (részben / teljesen)	-,335	,711	,715	-,244	,785	,784	,159	,859	1,172	,164	,852	1,178	,084	,926	1,088
Akadályozott-e a döntésben élete fontos kérdéseiben? (részben / teljesen)	,593	,276	1,809	,664	,227	1,942	,871	,193	2,389	1,015	,136	2,760	1,123	,115	3,074
Akadályozott-e a társasági életben? (részben / teljesen)	-,066	,823	,936	-,084	,777	,920	,196	,578	1,216	,340	,358	1,405	,352	,361	1,422
Akadályozott-e a sportolásban? (részben / teljesen)	,892	,005	2,439	,882	,006	2,415	,774	,042	2,167	,727	,075	2,069	,955	,029	2,600
Akadályozott-e a nyaralásban, utazásban? (részben / teljesen)	-,603	,041	,547	-,568	,055	,567	-,375	,288	,687	-,407	,292	,665	-,593	,150	,553
Roma-e (romák)				-,991	,134	,371	,014	,985	1,015	-,139	,869	,870	-,227	,799	,797







M5. táblázat Ki tud dolgozni a rokkantellátásban résztvevő férfiak közül ? (NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N= 751 fő)

	Első modell (károsodás, fogyatékoság)			Második modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; roma)			Harmadik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; roma; személyes humán erőforrások)			Negyedik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások)			Ötödik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások; munkaerő-piaci jellemzők)			
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	
Egészségügyi állapot, korlátosság, fogyatékoság és hátrány	Fogyatékosággal élő embernek tartja-e magát?	*														
	igen	-,078	,790	,925	-,081	,782	,922	-,037	,921	,964	-,425	,300	,654	-,353	,417	,703
	nem tudja															
	Mióta áll fenn a problémája? (később, mint születése óta)	,010	,987	1,010	,018	,976	1,018	,062	,933	1,064	,055	,943	1,057	,141	,860	1,152
	Van-e látássérülése?		,779			,793			,696			,657			,525	
	enyhe / közepes	,184	,584	1,201	,171	,611	1,186	,325	,417	1,384	,398	,364	1,489	,524	,267	1,689
	súlyos	,300	,613	1,350	,301	,613	1,351	,257	,742	1,293	,180	,833	1,197	,304	,741	1,355
	Van-e hallássérülése?		,890			,887			,888			,860			,792	
	enyhe / közepes	,062	,867	1,064	,066	,859	1,068	-,218	,641	,804	-,273	,583	,761	-,342	,514	,710
	súlyos	,338	,641	1,402	,342	,638	1,408	,102	,921	1,108	-,014	,990	,987	-,280	,801	,756
	Van-e tartósan fennálló, krónikus / nagy betegsége?		,942			,925			,919			,971			,847	
	enyhe / közepes	-,041	,919	,960	-,042	,916	,958	,152	,761	1,165	-,002	,997	,998	-,146	,792	,864
	súlyos	,064	,857	1,066	,076	,830	1,079	,188	,681	1,207	,087	,860	1,091	,106	,834	1,112
	Van-e értelmi, tanulási vagy megértési nehézsége?		,600			,614			,820			,818			,731	
	enyhe / közepes	-,401	,488	,669	-,391	,502	,676	-,317	,678	,729	-,028	,972	,972	,002	,998	1,002
	súlyos	-,670	,422	,512	-,661	,428	,516	-,478	,609	,620	-,625	,527	,535	-,783	,432	,457
	Van-e pszichés, mentális betegsége?		,775			,769			,954			,921			,646	
	enyhe / közepes	-,286	,477	,751	-,291	,470	,748	-,099	,840	,906	-,200	,708	,819	-,529	,356	,589
	súlyos	-,020	,970	,980	-,035	,947	,965	-,177	,795	,837	,063	,930	1,065	-,018	,980	,982
	Van-e mozgássérülése?		,160			,149			,343			,171			,215	
enyhe / közepes	-,647	,062	,524	-,662	,056	,516	-,527	,191	,591	-,710	,103	,492	-,648	,154	,523	
súlyos	-,356	,244	,700	-,362	,238	,696	-,427	,255	,652	-,591	,137	,554	-,615	,141	,540	
Akadályozott-e ön maga ellátásában? (részben / teljesen)	,182	,718	1,200	,179	,723	1,196	-,319	,640	,727	,134	,853	1,144	,093	,903	1,097	
Akadályozott-e otthoni tevékenységei ellátásában? (részben / teljesen)	,402	,291	1,494	,392	,303	1,480	-,087	,861	,917	-,545	,332	,580	-,595	,312	,551	
Akadályozott-e a lépcsőzásban? (részben / teljesen)	-,159	,718	,853	-,173	,695	,841	-,310	,555	,733	-,189	,742	,828	-,105	,861	,901	
Akadályozott-e a lakáson belüli helyváltoztatásban? (részben / teljesen)	-,531	,496	,588	-,531	,496	,588	**									

Akadályozott-e az utcai helyváltoztatásban? (részben / teljesen)	,308	,550	1,360	,337	,518	1,400	**								
Akadályozott-e tömegközlekedés igénybevételében? (részben / teljesen)	-,010	,981	,990	-,025	,954	,976	,051	,921	1,052	-,276	,639	,759	-,201	,742	,818
Akadályozott-e munkában / tanulásban? (részben / teljesen)	-2,354	,000	,095	-2,363	,000	,094	-2,122	,000	,120	-2,255	,000	,105	-2,492	,000	,083
Akadályozott-e hivatalos dokumentumok értelmezésében? (részben / teljesen)	1,098	,065	2,999	1,090	,068	2,976	,498	,513	1,645	,688	,403	1,989	,703	,439	2,020
Akadályozott-e ügyintézésben hivatalos helyeken? (részben / teljesen)	-,840	,139	,432	-,840	,139	,432	-,179	,790	,836	-,430	,557	,651	-,483	,544	,617
Akadályozott-e a vásárlásban? (részben / teljesen)	,356	,420	1,428	,342	,439	1,408	,245	,646	1,277	,704	,222	2,022	,664	,268	1,942
Akadályozott-e a pénz kezelésében? (részben / teljesen)	,322	,560	1,380	,328	,553	1,388	,623	,350	1,865	,596	,401	1,814	,747	,320	2,110
Akadályozott-e önmaga másokkal való megértésében? (részben / teljesen)	-,643	,649	,526	-,639	,651	,528	-,771	,650	,463	-1,097	,537	,334	-,907	,638	,404
Akadályozott-e mások megértésében? (részben / teljesen)	-,756	,590	,470	-,744	,595	,475	-,169	,921	,844	-,361	,837	,697	-,041	,982	,960
Akadályozott-e a tájékozódásban a világ dolgairól? (részben / teljesen)	-,451	,701	,637	-,461	,696	,631	,155	,910	1,168	,386	,782	1,471	,141	,925	1,151
Akadályozott-e a döntésben élete fontos kérdéseiben? (részben / teljesen)	-,567	,449	,567	-,543	,469	,581	-,872	,376	,418	-,879	,384	,415	-,735	,505	,480
Akadályozott-e a társasági életben? (részben / teljesen)	,145	,722	1,156	,135	,741	1,144	,131	,784	1,140	,273	,598	1,314	,167	,762	1,182
Akadályozott-e a sportolásban? (részben / teljesen)	,633	,077	1,883	,641	,073	1,899	,695	,108	2,004	,699	,133	2,012	,512	,299	1,669
Akadályozott-e a nyaralásban, utazásban? (részben / teljesen)	-,523	,131	,593	-,481	,168	,618	-,054	,899	,948	-,224	,631	,799	-,031	,950	,969
Roma-e (romák)				-,171	,779	,843	,176	,842	1,193	,204	,829	1,227	,082	,936	1,086

Életkor										,170			,278			,400		
	45-54 éves									-,602	,222	,548	-,493	,363	,611	-,471	,396	,624
	55 év feletti									-,954	,060	,385	-,909	,118	,403	-,800	,179	,449
	Iskolai végzettség										,186			,088			,074	
	ISCED 3.									,474	,325	1,606	,625	,214	1,868	,506	,360	1,659
	ISCED 4.									1,095	,104	2,990	1,316	,068	3,727	1,677	,024	5,352
	ISCED 5-6.									1,080	,106	2,944	1,339	,058	3,817	1,240	,106	3,455
	Van-e jogositványa? (igen)									,544	,120	1,723	,458	,224	1,580	,514	,198	1,672
	Beszél-e idegen nyelvet? (igen)									,135	,783	1,144	-,254	,641	,776	-,445	,434	,641
	Van-e otthon internetkapcsolata? (igen)									1,184	,001	3,267	1,196	,002	3,306	1,175	,005	3,238
	Munkaéletútja mekkora arányát töltötte munkanélküliségként?									,005	,899	1,005	-,019	,662	,982	-,022	,627	,978
	Munkaéletútja mekkora arányát töltötte fizetett munkával?									,024	,284	1,025	,014	,534	1,014	,011	,646	1,011
	Munkaéletútja mekkora arányát töltötte rokkantellátásban?									,021	,348	1,021	,012	,581	1,012	,010	,677	1,010
	Munkaéletútja mekkora arányát töltötte gyermekek után járó ellátásban?									-,088	,639	,916	-,124	,510	,884	-,170	,388	,844
Munkaéletútja mekkora arányát töltötte egyéb inaktívként?									-,016	,690	,984	-,037	,371	,964	-,037	,377	,963	
Környezeti erőforrások	Családi állapot													,778			,701	
	házas, együtt élnek												-,132	,844	,877	,081	,909	1,085
	házas, külön élnek												,377	,675	1,458	,417	,668	1,518
	elvált												-,401	,554	,670	-,331	,644	,718
	özvegy												-,1144	,351	,319	-,1481	,251	,227
	Hány olyan barátja, rokona van, akikre számíthat a mindennapokban?													-,007	,844	,993	-,031	,423

Munkaerő-piaci jellemzők	Van-e még akadályozott a háztartásban? (igen)										,724	,090	2,062	,638	,148	1,893	
	Házastárs /élettárs aktív kereső-e? (igen)										-1,072	,143	,342	-1,078	,170	,340	
	Házastárs /élettárs nyugdíjas-e? (igen)										-,370	,651	,691	-,376	,659	,687	
	Van-e a háztartásban aktív kereső? (igen)										1,098	,100	2,997	1,116	,127	3,053	
	Van-e a háztartásban nyugdíjas? (igen)										-,191	,750	,826	-,153	,805	,858	
	<b>Régió</b>															,552	
	Közép-Dunántúl														,053	,946	1,055
	Nyugat-Dunántúl														-,036	,965	,965
	Dél-Dunántúl														,299	,695	1,349
	Észak-Magyarország														-,601	,485	,548
	Észak-Alföld														-,228	,735	,796
	Dél-Alföld														,705	,315	2,023
	Budapest														-1,051	,273	,349
	<b>Településtípus</b>															,070	
megyeszékhely															,866	,097	2,378
város															-,390	,375	,677
<b>Konstans</b>	-1,145	,102	,318	-1,148	,102	,317	-3,886	,067	,021	-2,469	,244	,085	-2,489	,268	,083		
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup> értéke</b>	0,239		0,241		0,355		0,391		0,442								
* A nem tudja választ adókat ki kellett venni a modellből.																	
** Az utolsó 3 modellben a helyváltoztatás utcán és otthon változókat ki kellett venni a modellből.																	

**M6. táblázat Ki keres munkát? A munkakeresési hajlandóságot meghatározó tényezők (NCSSZI-TÁRKI – „D” kutatás, 2010, N= 2045 fő)**

		Első modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság)			Második modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem)			Harmadik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma)			Negyedik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások)			Ötödik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások)			Hatodik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások; munkaerőpiaci jellemzők)			Hetedik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások; munkaerőpiaci jellemzők; helyettesítési ráta)		
		B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)
Egészségügyi állapot, korlátozottság, fogyatékoság és hátrány	Fogyatékosággal élő embernek tartja-e magát?		,072			,082		,075		,276		,100		,094		*						
	igen	,523	,025	1,688	,509	,029	1,664	,513	,029	1,670	,406	,140	1,501	,554	,055	1,741	,607	,046	1,834	,079	,843	1,082
	nem tudja	-,340	,755	,712	-,361	,740	,697	-,573	,614	,564	-,704	,600	,495	-,1418	,388	,242	-,1,299	,437	,273			
	Milyen az egészségügyi állapota általában?		,002			,002		,001		,001		,001		,001		,002		,002			,020	
	rossz	1,118	,038	3,059	1,126	,036	3,084	1,139	,036	3,123	2,354	,023	10,526	2,659	,015	14,279	2,616	,016	13,686	2,325	,058	10,223
	kielégítő, jó vagy nagyon jó	1,665	,002	5,283	1,660	,002	5,258	1,739	,002	5,691	3,035	,004	20,801	3,329	,003	27,919	3,281	,003	26,597	2,974	,016	19,568
	Mióta áll fenn a problémája? (később, mint születése óta)	,392	,539	1,480	,393	,539	1,481	,354	,582	1,425	,114	,876	1,121	,807	,364	2,241	,793	,373	2,209	,200	,840	1,221
	Van-e látássérülése?		,388			,376			,300		,296		,283		,272		,280					
	enyhe / közepes	,061	,808	1,063	,082	,744	1,086	,107	,673	1,113	,089	,765	1,093	,222	,483	1,248	,245	,453	1,277	,268	,522	1,307
	súlyos	-,999	,184	,368	-,1,000	,184	,368	-,1,102	,146	,332	-,1,596	,132	,203	-,1,488	,169	,226	-,1,493	,169	,225	-,1,625	,169	,197
	Van-e hallássérülése?		,906			,898			,860		,948		,629		,708		,098					
	enyhe / közepes	-,021	,943	,979	-,030	,919	,970	-,075	,802	,927	-,031	,929	,970	,065	,857	1,067	,164	,658	1,178	,567	,223	1,764
súlyos	-,347	,658	,706	-,362	,645	,696	-,399	,611	,671	,252	,761	1,286	,810	,337	2,248	,645	,456	1,906	1,888	,053	6,604	



<b>Akadályozott-e tömegközlekedés igénybevételében?</b> (részben / teljesen)	-,566	,087	,568	-,558	,092	,572	-,625	,061	,535	-,647	,088	,524	-,654	,104	,520	-,604	,149	,547	-,405	,482	,667
<b>Akadályozott-e munkában / tanulásban?</b> (részben / teljesen)	-,229	,343	,795	-,238	,324	,788	-,195	,424	,823	-,248	,374	,780	-,262	,384	,770	-,307	,338	,736	-,642	,133	,526
<b>Akadályozott-e hivatalos dokumentumok értelmezésében?</b> (részben / teljesen)	,101	,820	1,107	,117	,793	1,124	,108	,813	1,114	-,121	,828	,886	-,218	,704	,804	-,268	,651	,765	-,031	,970	,969
<b>Akadályozott-e ügyintézésben hivatalos helyeken?</b> (részben / teljesen)	-,666	,128	,514	-,686	,118	,503	-,750	,096	,473	-,670	,188	,512	-,676	,197	,509	-,549	,298	,578	-,794	,241	,452
<b>Akadályozott-e a vásárlásban?</b> (részben / teljesen)	-,264	,401	,768	-,237	,453	,789	-,262	,410	,770	-,459	,217	,632	-,726	,070	,484	-,736	,073	,479	-,736	,168	,479
<b>Akadályozott-e a pénz kezelésében?</b> (részben / teljesen)	-,132	,815	,876	-,188	,741	,829	-,004	,995	,996	,217	,744	1,242	,359	,594	1,431	,439	,534	1,551	-,280	,772	,756
<b>Akadályozott-e önmaga másokkal való megértésében?</b> (részben / teljesen)	,561	,462	1,753	,607	,429	1,835	,605	,440	1,830	,432	,626	1,540	,249	,792	1,283	,344	,722	1,410	,342	,757	1,408
<b>Akadályozott-e mások megértésében?</b> (részben / teljesen)	-,022	,978	,978	-,076	,926	,927	-,093	,911	,911	-,560	,566	,571	-,600	,567	,549	-,566	,591	,568	-,936	,458	,392
<b>Akadályozott-e a tájékozódásban a világ dolgairól?</b> (részben / teljesen)	,323	,638	1,381	,365	,596	1,440	,342	,618	1,407	,340	,692	1,405	,530	,540	1,700	,389	,660	1,475	1,197	,314	3,311
<b>Akadályozott-e a döntésben élete fontos kérdéseiben?</b> (részben / teljesen)	-,080	,881	,923	-,080	,882	,923	-,149	,780	,862	-,373	,574	,688	-,280	,685	,756	-,479	,500	,619	-,171	,839	,843

	<b>Akadályozott-e a társasági életben?</b> (részben / teljesen)	-,025	,924	,975	-,009	,973	,991	,000	,999	1,000	,031	,920	1,031	,117	,715	1,124	,125	,706	1,133	-,307	,495	,736	
	<b>Akadályozott-e a sportolásban?</b> (részben / teljesen)	-,337	,329	,714	-,349	,312	,705	-,355	,307	,701	,034	,934	1,034	-,153	,725	,858	,131	,778	1,139	,890	,143	2,434	
	<b>Akadályozott-e a nyaralásban, utazásban?</b> (részben / teljesen)	,651	,040	1,918	,667	,036	1,948	,629	,050	1,876	,793	,030	2,210	,879	,026	2,409	,679	,100	1,971	,202	,686	1,224	
	<b>Nem (nők)</b>	-,190	,382	,827	-,190	,382	,827	-,188	,389	,829	-,233	,465	,793	,028	,936	1,028	-,009	,980	,991	-,283	,562	,753	
	<b>Roma-e (romák)</b>							1,296	,000	3,654	,774	,141	2,168	,975	,082	2,651	,988	,098	2,685	-,601	,564	,548	
Személyes humánforrás tényezők	<b>Felelősségvállalás</b>											,046			,041			,032			,044		
	Inkább az embereknek saját maguknak kell vállalniuk a felelősséget sorukért											-,1082	,007	,339	-,1209	,005	,299	-,1288	,004	,276	-,1649	,007	,192
	Inkább az államnak kell nagyobb felelősséget vállalnia az emberekről való gondoskodásban											-,325	,344	,722	-,440	,233	,644	-,525	,172	,592	-,282	,561	,754
	Feltétlenül az államnak kell nagyobb felelősséget vállalnia az emberekről való gondoskodásban											-,582	,105	,559	-,603	,111	,547	-,759	,058	,468	-,648	,205	,523
	<b>Életkor</b>												,168			,491			,451			,429	
	25-34 éves											-,421	,795	,656	-,1127	,543	,324	-,899	,626	,407	-,2943	,220	,053
	35-44 éves											-,503	,754	,605	-,987	,604	,373	-,1013	,594	,363	-,2048	,350	,129
	45-54 éves											-,791	,630	,453	-,1292	,505	,275	-,1287	,507	,276	-,2616	,253	,073
	55 évesnél idősebb											-,1353	,414	,258	-,1698	,385	,183	-,1743	,374	,175	-,3040	,186	,048
	<b>Iskolai végzettség</b>												,736			,862			,962			,713	
	ISCED 3.											,379	,267	1,460	,300	,403	1,350	,138	,712	1,149	,394	,405	1,483
	ISCED 4.											,039	,946	1,039	,171	,778	1,187	,058	,927	1,059	-,521	,556	,594





