

A foglalkozási rehabilitáció rehabilitációja
Rehabilitation of the vocational rehabilitation

Jelige: csipke

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	3
2. Alapfogalmak.....	5
2.1. Egészségkárosodás	5
2.2. Fogyatékos (fogyatékossgal élő)	6
2.3. Rokkant	12
2.4. Megváltozott munkaképességű személy	13
2.5. Rehabilitáció.....	16
2.6. A foglalkozási rehabilitáció	18
3. A foglalkozási rehabilitáció történeti kérdései Magyarországon	18
3.1. Kialakulása, fejlődése	18
3.2. Meghatározó hazai jogszabályok és hatásai	22
4. Intézmények szerepe a foglalkozási rehabilitációban	32
4.1. Nemzeti rehabilitációs és Szociális Hivatal.....	33
4.2. Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv.....	33
4.3. Az Állami Foglalkoztatási Szolgálat	34
5. A foglalkozási rehabilitáció magyarországi gyakorlata	36
5.1. Alapvető problémák.....	36
5.2. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának jelenlegi hazai rendszere	39
5.3. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási rendszerének átalakítási irányai	42
6. Összegzés	47
7. Irodalomjegyzék	49

1. Bevezetés

A XXI. század modern kapitalista államai mellett, Magyarországon is az a társadalmilag elfogadott norma, hogy a társadalom tagjai dolgoznak, tehát saját munkájuk révén érik el, hogy a megélhetésük biztosítva legyen. Azonban, az emberek nagy részét létbizonytalanság terheli, ami a rendszerváltozással kezdődött, amikor is bekövetkezett a munkaerőpiac szűkülése, és közel egy millióan váltak munkanélkülivé. Ez a helyzet a mai napig sem változott. Sőt, a helyzetet csak rontotta a 2005-ben kitörő gazdasági válság, amelynek hatásai még mindig nem múltak el. Tehát adott egy olyan környezet, amely a foglalkoztatás szempontjából is nagyon feszült. A foglalkoztatási feszültségek: a munkanélküliség, a rossz egészségi állapot, egzisztenciális bizonytalanság, az emberi tőke rendkívül alacsony szintje nem a piacgazdaság működésének természetes velejárója és a szociális bizonytalanság és anarchia egyik meghatározó forrása.¹

Tehát az esély a munkára, még a fizikailag és szellemileg munkaképesek körében sem egyenletesen oszlik meg. Vannak nyertesek és vesztesek, vannak olyanok is, akik a munka piacára be sem jutnak, vagy onnan idő előtt kirekesztődnek. Ilyen körülmények között vajon mi a megváltozott munkaképességű személyek sorsa?

Még aktuálisabb ez a kérdés a 2011. évi CXCI. törvény hatályba lépése óta, mivel a törvény rendelkezései alapjaiban számolják fel az eddig működő ellátórendszert, a rokkantnyugdíj rendszerét, így teljesen megkérdőjeleződött a megváltozott munkaképességű személyek sorsa. Tehát dolgozatomban egyik célja, hogy felvázoljam, és összevegyem, ezen új törvény rendelkezéseit az ezt megelőző, a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvénnyel és egészen visszanyúlva, a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény, rokkantsági nyugdíj és baleseti rokkantsági nyugdíjra vonatkozó rendelkezéseivel.

Jelen törvényi rendelkezések a passzív eszközök helyett az aktív megoldásokat preferálják. Tehát próbálják arra ösztönözni a megváltozott munkaképességű személyeket, hogy megmaradt képességeik kihasználásával próbáljanak visszatérni a munkaerő-piacra. Alkalmazkodás helyett az integráció került előtérbe, ezt hivatott segíteni a foglalkozási

¹LAKATOS GYULA (2010): A nemzeti erőforrások és a hazai foglalkoztatáspolitikai kálváriája. In: Valóság, 9. szám 68.

rehabilitáció. De a foglalkozási rehabilitáció eszközei vajon biztosítják-e a lehetőséget számukra, hogy bekerüljenek a munkaerőpiacra és, hogy ott is maradjanak?

A vizsgálódásom célja, hogy bemutassam a hazánkban működő foglalkozási rehabilitációs rendszert.

Kutatásom során az alábbi kérdések merültek fel bennem, amelyeket a kutatás végén igyekszem is megválaszolni.

- Melyek a foglalkozási rehabilitációs rendszert érintő konkrét törvényi rendelkezések?
- Mennyire befolyásolják a magyar rendszert az Európai Unió által támasztott elvárások?
- Az adott intézkedések milyen intézményeken keresztül valósulnak meg, és mit mutat a konkrét gyakorlat?

A dolgozat céljának meghatározása után megfogalmazom azt a problémát, amely a dolgozat megírását indokolta:

A probléma megoldására az alábbi hipotézist állítottam fel: A foglalkozási rehabilitációt érintő törvényi rendelkezések és az Európai Unió elvárásai talán lehetőséget, esélyt biztosítanak a megváltozott munkaképességűek számára, hogy újra integrálódjanak a munkaerőpiacra és ezzel közelebb kerüljenek egy teljes élet megvalósításához, mellyel a társadalom hasznos tagjává válhatnak. Talán a hazánkban működő foglalkozási rehabilitációs gyakorlat nem alkalmas másra csak az államháztartás terheinek csökkentésére. Hiszen ez is egy nagyon fontos oka a változásoknak, mert az érintettek száma folyamatosan nő, a gazdasági visszaesés és az eddig elsőbbséget élvező passzív ellátások miatt jelentősen nőttek a megváltozott munkaképességű személyekre fordított kiadások. Tehát mindenképpen szükség volt a változásra, azonban hatékony, sikeres megvalósulása nélkül talán többet árt, mint használ, az egyén szempontjából mindenképpen. A foglalkozási rehabilitáció a rehabilitációnak csak egy állomása, de mint olyan fontos eredményes működése, hisz e nélkül nincs esély a komplex rehabilitációra.

2. Alapfogalmak

Ebben a fejezetben, a foglalkozási rehabilitációhoz szorosan kapcsolódó alapfogalmakat szeretném tisztázni. Ugyanis nagy jelentősége van annak, hogy mely célcsoport az, amelyet a foglalkozási rehabilitáció érinthet.

A mindennapos szóhasználatban gyakran keveredik a fogyatékos (fogyatékossgal élő), az egészségkárosodott, a rokkant és a megváltozott munkaképességű személy fogalma. Ez nem meglepő, hisz tisztázásuk nem egyszerű. Elméleti szinten a különböző meghatározások, értelmezések, eltérően határozzák meg ezt a négy fogalmat. Például differenciál az adott fogalomnál az, hogy az adott kifejezésről, emberi jogi, szociális jogi, vagy esetleg orvosi értelemben beszélünk, de ha csak a jogi szabályozásra gondolunk, az egyes jogszabályok is másként határozzák meg azt, hogy az adott jogszabály alkalmazása szempontjából kit tekintenek a felsorolt négy kategóriába tartozó személynek. Éppen ezért a dolgozatomban is ki fogok térni a különböző elméletekre, törvényi meghatározásokra.

Majd sor kerül maga a rehabilitáció, és ezen belül a foglalkozási rehabilitáció alapvető jelentésének és céljának tisztázására.

2.1. Egészségkárosodás

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete, a WHO, 1980-ban publikációt adott ki, melyben három kategóriát különít el a fogyatékossg meghatározása céljából. Az egyik ilyen kategória a „károsodás” – angolul *impairment* – ami az ember pszichológiai, testi szerkezetének, funkcióinak bármiféle komolyabb rendellenessége, esetleg hiányossága (pl. hiányzó vagy sérült testrész, szerv). A magyar nyelvben ennek az egészségkárosodás fogalma felel meg.

Betegség → Károsodás → Fogyatékossg → Hátrány

1. ábra

A WHO ábrája 1980-ból a továbbiakban még többször felmerül az elemzés során.

Az egészségkárosodás hazai fogalmát a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény is tartalmazta. Mely szerint az egészségkárosodás alatt nem értünk mást, mint a szervezet felépítésében, funkcióiban betegség, sérülés vagy veleszületett rendellenesség következtében kialakult kedvezőtlen változást.

Ehhez képest, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény, már nem az egészségkárosodást, hanem az egészségi állapot definícióját

tünteti fel, mégis tartalmilag szinte ugyanazt találjuk. E szerint egészségi állapot: az egyén fizikai, mentális, szociális jóllétének betegség, illetve sérülés után kialakult vagy veleszületett rendellenesség következtében fennálló tartós vagy végleges kedvezőtlen változásait (a továbbiakban: (egészségkárosodás) figyelembe véve meghatározott állapot. Ez a szemlélet is tükrözi azt a paradigmaváltást, amely a fogyatékos fogalmában az orvosi modelltől az emberi jogi modellig jutott el. Hiszen már nem az egészségkárosodás, hanem az egészségi állapot a hangsúlyos.

2.2 . Fogyatékos (fogyatékossgal élő)

Talán a fogyatékossg fogalmának leírása a legnehezebb, meghatározásának fontossága azonban egyértelmű. Több elmélet, modell is kialakult a történelem során a fogyatékossgal kapcsolatban. Ezen elméletek mentén vált a fogyatékos ügy egyre fontosabbá, fogalmazódtak meg különböző definíciói. A fogyatékossg fogalma párhuzamosan változott a fogyatékossgpolitikákkal, azaz azon szemlélettel, hogyan is kezeljük a fogyatékos embereket. Így tekintették őket orvosi kezelés, rehabilitáció alanyának, vagy esélyegyenlősítés címzettjének. Egy bizonyos: a rehabilitáció során a fogyatékos emberek is címzettek.

Elsőként nézzük meg közelebbről a fogyatékossgpolitika változásainak okait.

Az 1990-es évek óta bevezetett reformok olyan változások eredményei, amelyek a fogyatékossgpolitika politikai mezején belül és kívül lezajlottak. *Sabatier és Offe*² az okok négy csoportját különböztették meg: 1. a társadalmi, gazdasági feltételekben, a technológiában, mind más politikai területeken végbement *külső változások*; 2. a fogyatékossgpolitika hibás konstrukciói; 3. a megváltozott szereplői és érdekstruktúra; és 4. a kutatás és a közvélemény változása és alakulása.³

² SABATIER, PAUL (1993): Advocacy-Kolationen, Policy Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik? in: Adrienne Héritier (szerk): *Policy-Analyse, Kritik und Neuorientierung*. Sonderheft der Politischen Vierteljahres Schriften 24. Westdeutscher Verlag, Opladen, 116-148. és OFFE, CLAUS (1995): Schock, Fehlkonstrukt oder Droge? Über drei Lesarten der Sozialstaatskrise. In: Werner Fricke (szerk.): *Zukunft des Sozialstaats: Jahrbuch Arbeit und Technik. Zukunft des Sozialstaats*. Bonn, 31-41.

³ MASCHKE, MICHAEL (2008) 18.

A gondnoksági rendszer első reformhulláma Svédországban, Ausztriában, Hollandiában, Új-Zélandon, és Németországban ment végbe az 1980-90-es évek fordulóján.⁴ Mindez a társadalmi és jogpolitikai területen végbement külső változásoknak, a hibásan működő gondnokság-rendszernek, a megerősödött érdekvédelmi szervezeteknek, és az időközben született kutatási eredményeknek köszönhető.

Külső változásként *Kaufmann*⁵ alapján elsősorban öt kihívás említhető, amelyek közül közvetlenül a társadalmi és gazdasági kihívások hathattak a gondnoksági rendszer megváltoztatására.⁶

A társadalmi kihívás azt jelenti, hogy a demográfiai átalakulás miatt nő a gondozási és ápolási szolgáltatások iránti igény. Azonban a családi struktúrák átalakultak, az idősek és rászorultak segítségnyújtás iránti igényét háztartáson kívüli ajánlatokból kell fedezni. Ugyanakkor a fogyatékos emberek is egyre inkább individualizált életformát szeretnének maguknak. Azaz a gondnoksági rendszerek reformjában cselekvőképességet nem érintő gondnokságot vagy a cselekvőképességet a legkisebb mértékben akadályozó szabályrendszert vezettek be (lásd a német gondnoksági rendszert).

A kulturális kihívás a formális egyenlőség és az esélyegyenlőség eszméjének való megfelelést jelenti. A funkcionálisan differenciált társadalom létfontosságú ellátásaiból történő részesedést jövedelemtől és vagyontól függetlenül mindenki számára lehetővé tévő szociális jogok megkérdőjelezésével gyengül az állam befogadó hatása, és ezáltal

⁴ Lásd erről HERR, STANLEY S. (2003) 429-450. ; BLANKMAN, KEES (1997): Guardianship Models in the Netherlands and Western Europe, *International Journal of Law and Psychiatry*, 20. (1), 47-57.; ATKIN, W.R. (1997): Adult Guardianship Reform – Reflections on the New Zealand Model. *International Journal of Law and Psychiatry*. 20. (1), 77-96.

⁵ Lásd erről: KAUFMANN, FRANZ-XAVER (1997): *Herausforderungen des Sozialstaates*. Suhrkamp, Frankfurt am Main

⁶ A demográfiai kihívás, arra utal, hogy az életkor előrehaladtával rohamosan nő a krónikus betegséggel élők száma. A gazdasági kihívás, mert a termelékenység folyamatos növekedése, a bruttó hazai termék alacsony növekedési rátája, a keresőkorúak alacsonynövekedési rátája és a stagnáló éves munkaidő megnehezíti a fogyatékos emberek munkaerőpiacra integrálását. az orvostechikai kihívás, amelyen belül a géntechnológia új technikai lehetőségeivel megakadályozható a genetikailag fogyatékos emberek születése. Ezen kihívás taglalásakor ismét felmerül a címkézés. Az „új fogyatékoságellenesség” címkéje alatt összefoglalható jelenségek közé sorolhatóak azok a különböző számítások, amelyek azt taglalják, hogy a fogyatékossgal járó mely költségeket lehetett volna az új technikákkal megtakarítani. (jogképessé, emberi jog, élethez való jog). Ezek a viták visszafordíthatják a fogyatékos emberek elfogadásában mutatkozó pozitív fejleményeket, ha a fogyatékossgot egyre kevésbé tekintik az emberi lét elkerülhetetlen és így magától értetődő részének.

korlátozódik a másik ember alapvetően azonos jogokkal és kötelességekkel rendelkező embertársként való morális elismerése.⁷

A reformkényszer belső okai között *Maschke* a fogyatékoságpolitika hibás elosztását és a hibás disztribúciót jelölte meg, úgy, mint például a fogyatékoságspecifikus szociális ellátások (keresőképtelenségi és megváltozott munkaképesség utáni járadékok) kiadási szintjének túl széles körben történő meghatározását, vagy az egyes fogyatékoscsoportok esetében a hiányos alapellátásokat. A belső okok is mutatják, hogy *Maschke* elemző munkájának tárgya a jóléti állam gondoskodó rendszeréből történő részesedés (a nyújtott ellátások és a szolgáltatások mértéke), a termelékenységhez való hozzájárulás, ezek egyensúlya, mondhatni a *fenntartható fogyatékoságpolitika* vizsgálata. A gondnoksági rendszer belső hibái nem a fenti közgazdasági okokra vezethetők vissza. Ugyanakkor, ha az allokáció és redisztribúció elvéből indulunk ki, a mentálisan sérült emberek termelékenységhez való hozzájárulásának alapvető eleme a különböző jogviszonyokban való (tevékeny) jelenlét. A jelenlét a jogok gyakorlása és a kötelezettségek teljesítése révén valósul meg. Azaz a gondnoksági rendszernek lehetővé kellett/kellene tennie a mindennapin túl, egyéb jogügyletekben való részvételt is (adásvételen kívül például az öröklést vagy a munkaszerződés kötését).

A reformkényszerszert kiváltó belső oknak számít továbbá a megváltozott szereplői és érdekstruktúra.

A külső és belső okoknak köszönhetően az állami fogyatékoságpolitika három központi területre osztható: a jövedelem-kiesés kompenzációjára, a szakmai rehabilitációra, valamint a részvételi politikára. Megállapítható, hogy a „jó” fogyatékoságpolitika vegyes jellegű és mindhárom elemet magában foglalja.

A továbbiakban a fogyatékosággal kapcsolatos négy elméletet szeretném felvázolni, amely a fogyatékoságpolitikák változásainak megfelelően alakult:

1. A morális modell

Ennek nagyon tömör lényege, hogy a személy fogyatékoságát, egy súlyos bűn eredményezi, tehát kialakult helyzetét, fogyatékoságát kizárólag magának köszönheti. A hiba

⁷ MASCHKE, M. (2008): *Behindertenpolitik in der Europäischen Union*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 28. és azt követő oldalak

a fogyatékos emberekben van. A fogyatékos az egyén problémája, és a társadalom nem tartozik felelősséggel érte. Sőt egy társadalmilag lenézett, alacsonyabb rangú réteget jelentenek, ezen elmélet szerint, akikkel nem kell foglalkozni.

Természetesen ez a modell a 21. században már nem elfogadott, hiszen mindenki tudja, hogy az emberi bűnnek a fogyatékosághoz vajmi kevés köze van. Emellett sem a hazai, az uniós, a nemzetközi politikai éra pedig pláne nem enged teret az ilyen elméletnek. De mi a helyzet a társadalommal? Található még ebből a modellből származó maradvány? Véleményem szerint igen, mivel még mindig kevés ember tart vele egyenrangúnak egy fogyatékosággal élőt, és még mindig kevesen érzik úgy, hogy a „fogyatékos ügyel” bármilyen formában is foglalkozniuk kellene. Ennek talán egyik oka a félelem, ami abból fakad, hogy még mindig nem ismerjük őket, ritkán találkozunk velük a mindennapi életben. Ennek ellenére nem vitatható, hogy a történelem során így is hatalmas fejlődés ment végbe az elfogadást illetően.⁸

A történelmi fejlődés lépcsőfokai a következők:

2. A medikális modell

A fogyatékos itt, ebben a modellben is, miként az előzőben, az egyén problémája. Viszont itt pozitívként jelenik meg, hogy az egyén helyzetén a szakemberek változtatni, segíteni szándékoznak. Így ez a modell az előzőhöz képest már egy jelentős fejlődést mutat. Tulajdonképpen ennek a modellnek a célja, hogy orvosi, szakértői segítséggel a fogyatékos olyanná váljon, mint más „normális” ember. Ez az elvárás azonban eléggé utópikus. Hiszen akármilyen magas szintű is legyen az orvosi tudás, technikai fejlettség, van, akinek az egészségügyi helyzetén nem lehet változtatni.

A medikális modellnek megfelelő fogalomalkotás és fogalomhasználat a WHO-hoz volt köthető, mely fogalom az 1980-as évek elejétől az 1990-es évek végéig volt meghatározó. A WHO a következőképpen fogalmazza meg a fogyatékos (disability) fogalmát: a károsodás következtében valamilyen emberi tevékenység (járás, fogás, étkezés stb.) véghezvitelében

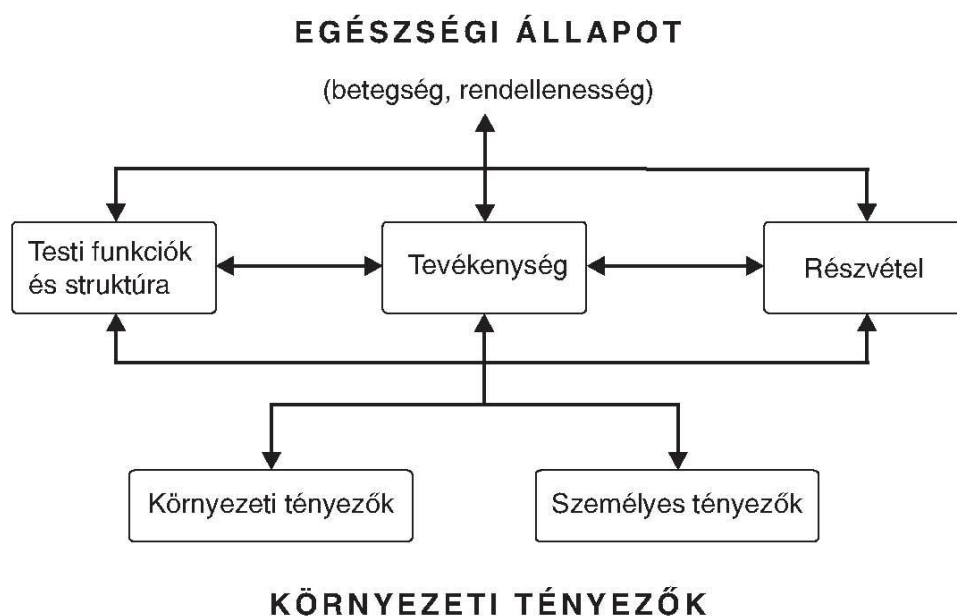
⁸ A fogyatékos paradigmáit lásd bővebben BLEIDICK, ULRICH (1967): Metatheoretische Überlegungen zum Begriff der Behinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 27, (7), 408-415., Lásd még: MASCHKE, M. (2008), KÁLMÁN ZSÓFIA – KÖNCZEI, GYÖRGY (2002): A taigetosztól az esélyegyenlőségig, Osis, Budapest, 89., DHANDA, AMITA (World Network of Users and Survivors of Psychiatry): Article 9: **Equal Recognition As A Person Before the Law** Legal Capacity Note AHC, Advocacy Note on Legal Capacity

való korlátozottság, vagy képtelenség ⁹ (Lásd erről az 1. ábrát). A medikális modell a kompenzáció-orientált fogyatékoságpolitikának feleltethető meg.

3. A szociális modell

Alapvető üzenete, hogy a társadalom gördít akadályokat a fogyatékosok elé, a társadalom az, aki nem fogadja el a fogyatékosokat egyenrangúnak és teljes értékűnek. Nem képes az általa kialakított korlátolt környezetet változtatni, amely gátolja a fogyatékosok érvényesülését.

Ehhez a modellhez közelít az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének újabb értelmezése, mely világossá teszi egyrészt a két valóságos vezérszempontot, ezek a tevékenység és a részvétel; másrészt utal rá, hogy van egyén fölötti, egyén mögötti összefüggés: a környezet. Így válik egyértelművé a társadalom felelőssége és az, hogy gyakran nem, vagy nem elsősorban az állapot, hanem a közeg tesz fogyatékosá. ¹⁰



2. ábra

⁹HERNÁDI, ILONA – KÖNCZEL, GYÖRGY (2011): A fogyatékoságtudomány fogalma és annak változásai. Hipotetikus kísérlet rekonstrukcióra. In: Nagy Zita Éva (szerk.): Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, TÁMOP 5.4.1./08/1-2009-0002 számú kiemelt projekt, Budapest, 7-28.

¹⁰ Uo.; KÁLMÁN ZSÓFIA – KÖNCZEL, GYÖRGY (2002) 89.

A fogyatékos személy testi funkcióiban és struktúrájában károsodás, eltérés, veszteség, hiány áll fenn, s így tevékenységében akadályozottá, részvételében korlátozottá vált. Ugyanakkor az utóbb említett akadályozottság és korlátozottság nem csak az egészségi állapottól függ, hanem annak környezeti és személyes tényezők is okai lehetnek. Ezen a felismerésen alapszik a fogyatékoság szociális modellje, amely szerint a fogyatékoság nem személyes probléma, hanem emberjogi kérdés, amelynek megválaszolása társadalmi összefogást igényel.¹¹ A szociális modell a rehabilitáció-orientált fogyatékoságpolitikának feleltethető meg.

4. Az emberi jogi modell

E folyamatban született meg és kezdett elterjedni az úgynevezett *emberi jogi modell*, amely a fogyatékoságot az elnyomással, a mássággal, a kirekesztéssel, a befogadással és az emberi jogokkal kapcsolatos kérdésként kezeli.

Az emberi jogi modellnek felelnek meg a frissebb nemzetközi egyezmények definíciói. Példa erre az Európai Szociális Karta esetjogának változása. Az ezredforduló óta csak akkor felel meg egy tagállam a karta 15. cikkelyének, ha jogrendjében jelen van a fogyatékoság alapján történő hátrányos megkülönböztetés törvényi szintű tilalma.

Ezt tükrözi az ENSZ, a fogyatékosággal élő személyek jogaival kapcsolatos egyezményében szereplő meghatározás: „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.

Tekintettel arra, hogy a hivatkozott ENSZ Egyezményt és az alkalmazásához kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyveket a 2007. évi XCII. törvény kihirdette és az hatályba lépett, az Egyezmény szerinti definíció a magyar jog részévé vált.

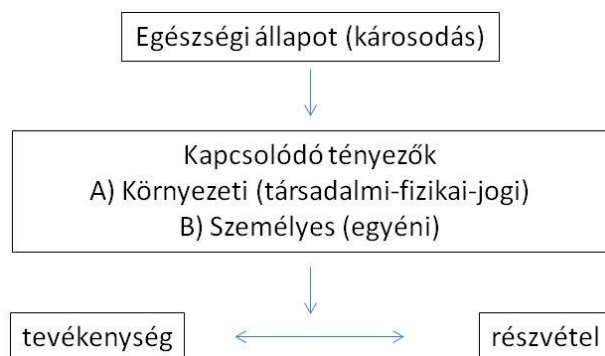
A magyar jogban a fogyatékos személyek fogalmának meghatározását a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 4.§ a) pontja írja le, ami szerint fogyatékos személy az, aki érzékszervi - így különösen látás-, hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem

¹¹ PULAY GYULA (2009): A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata Az Állami Számvevőszék Kutatóintézet Tanulmánya, Budapest 15-16.

birtokolja, illetőleg a kommunikációjában számottevően korlátozott és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során.

Ennek eredményeként nem számítanak elismerten fogyatékosnak a mindennapi életet befolyásoló belgyógyászati, pszichiátriai stb. károsodással (pl. asztmás, cukorbeteg, epilepsziás) élő személyek.

Az emberi jogi modell a részvétel-orientált fogyatékoságpolitikának feleltethető meg. Kérdés, hogy változott-e a WHO ábrája, s ha igen, hogyan az Egyezmény definíciója alapján?



3. ábra

Jakab Nóra szerint a fogalom fogalmi elemei nem változtak, ugyanakkor az Egyezmény hatására hangsúly eltolódás történt. Előtérbe kerül az egyén egészségi állapota (károsodása), valamint az azt befolyásoló egyéni és környezeti tényezők, amelyek között külön hangsúlyozandó a társadalmi – fizikai – jogi környezet befolyásoló hatása. Ezek így együtt határozzák meg az egyén tevékenységi potenciálját, amely viszont a társadalomban való részvételre vannak hatással.¹²

2.3. Rokkant

A WHO szerint: A rokkantság (handicap) a károsodás vagy fogyatékoság olyan foka, amely korlátozza vagy megakadályozza az egyént abban, hogy korának, nemének, szocio-kulturális környezetének megfelelő szerepét a társadalomban betölthesse. Valójában a handicap korrekt fordítása a hátrányos helyzetű lenne. De ha ezt a kifejezést használnánk, az

¹² JAKAB NÓRA: A margón és azon túl – Az intellektuális és pszichoszociális fogyatékosággal élő emberek cselekvőképességéről, Novotni, Miskolc, megjelenés alatt

nem lenne megfelelő, hiszen hátrányos helyzetűnek számítanak például a sokgyermekesek is.

13

Az 159. ILO Egyezmény alkalmazásában a „rokkant személy” kifejezés olyan egyént jelent, akinek alkalmas munka vállalására, megtartására és az abban való előrehaladásra vonatkozó kilátásai valamely megfelelően megállapított testi vagy szellemi károsodás miatt lényegesen csökkentek. Az Egyezmény a munka világába helyezve definiálja a rokkant személy fogalmát. Az Egyezmény előírásait a rokkantak valamennyi kategóriájára alkalmazni kell. A rokkantságról akkor beszélhetünk, ha a fent említett egészségkárosodás, illetve a korábbi minősítési rendszer szerint a munkaképesség-csökkenés mértéke elér egy olyan szintet, amely mellett az érintett személy rendszeres munkavégzésre tartósan nem képes.

2.4. Megváltozott munkaképességű személy

A megváltozott munkaképesség fogalma a foglalkoztathatóság szempontjából fogalmazza meg a fogyatékos, illetve az egészségkárosodás miatti akadályozottságot. Ebben a megközelítésben megváltozott munkaképességű az a személy, akinek a munkavállalási és munkahely-megtartási, valamint az abban történő előrehaladási esélye testi vagy szellemi állapotváltozása, funkcióvesztése, illetve rendellenessége miatt csökkent. Megváltozott munkaképességről csak az aktív korúak esetében beszélhetünk. Az időskori egészségkárosodás, egészségromlás miatt bekövetkező munkaképesség-csökkenés nem tartozik ebbe a kategóriába. A különböző, a foglalkoztatás támogatásához kapcsolódó jogszabályok azonban a megváltozott munkaképességű személy fogalmát eltérő tartalommal határozzák meg, attól függően, hogy mennyire akarják tágítani vagy szűkíteni a támogatásokra, szolgáltatásokra jogosultak körét.¹⁴

Ha a WHO általi megfogalmazásokat veszem alapul és a három kategóriát (károsodás, fogyatékos, rokkantság) szeretném elhatárolni egymástól, azt mondhatnánk, hogy a károsodás a betegségnek a biológiai voltára helyezi a hangsúlyt, ehhez képest a fogyatékos már nem csak ezt foglalja magába, hanem jelentésében hordozza az egyén korlátozottságát, tehát a mindennapi életben való akadályozottságát. A rokkantság ehhez képest pedig egy még

¹³ BÉLECZKI LAJOS - BÉLTEKYNÉ MAJOR MÁRTA - FEHÉR MIKLÓS - HRABOVSKY JÓZSEF - NÉMETH JENŐNÉ - PAÁL GYÖRGY - ROSNER VILOMS - SKRADA KATALIN - TIHANYI KÁROLY (1989): A rehabilitáció kézikönyve, Népszava Kiadó Vállalt, Budapest 8.

¹⁴ PULAY GYULA (2009): 17.

súlyosabb kategória, hiszen ez alatt már olyan szintű egészségromlást kell érteni, ami nem teszi lehetővé, hogy megfelelő társadalmi életet éljen az adott személy.

Ha szinonimaként használnám a fogyatékos és a megváltozott munkaképességű fogalmakat nem tenném helyesen, hiszen ez a két fogalom nem ugyanazt a személyi kört takarja. Mivel a megváltozott munkaképesség fogalma a munkaképesség szempontjából vizsgálja a fogyatékossgot. Ahhoz, hogy ezt megértsük, elég, ha belegondolunk abba, hogy sokszor, a fogyatékossggal élő személy be sem kerül a munkaerőpiacra, így elég nehéz lenne megváltozott munkaképességüként aposztrofálni. Másik szemszögből nézve pedig, ha van egy adott munkavállaló, munkakörét tekintve például szinkronszínész, aki balesetet szenved és ebben következtében deréktól lefelé lebénul, tehát fogyatékosvá válik, attól nem számít megváltozott munkaképességűnek, mert a szinkronszínészi feladatait a fogyatékossga ellenére is ugyanúgy el tudja látni, mint a balesetét megelőzően.

A rehabilitáció és azon belül a foglalkozási rehabilitáció elemzése előtt fontosnak tartom meghatározni, hogy kik a foglalkozási rehabilitáció alanyai. Az előbb utaltam arra, hogy a fogyatékossggal élő személy fogalma nem azonos a megváltozott munkaképességű személy fogalmával. Vizsgáljuk ezt meg közelebbről.

A megváltozott munkaképességű személy fogalmára az 1991. évi IV. törvény (a Foglalkoztatási törvény a továbbiakban Flt.) tartalmaz rendelkezést. Az 58. § (5) bekezdésben meghatározottak szerint megváltozott munkaképességű személy: *aki testi vagy szellemi fogyatékos, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.*¹⁵

A rehabilitációs hozzájárulás fizetési kötelezettség és a foglalkoztatás bővítését szolgáló támogatások megállapítása szempontjából az alábbi személyeket/munkavállalókat tekintjük megváltozott munkaképességűnek, akinek:

- a) munkaképesség-csökkenése - az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: ORSZI), 2007. augusztus 15-ét megelőzően az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete (a továbbiakban: OOSZI) szakvéleménye, 2001. január 1-jét megelőzően vasutas biztosítottak esetében a Magyar Államvasutak Orvosszakértői Intézetének szakvéleménye szerint - 50-100 százalékos mértékű,
- b) egészségkárosodása az ORSZI szakvéleménye szerint 40 százalékos vagy azt meghaladó mértékű,

¹⁵ Flt. 58. § (5) m.

c) a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Fot.) 23. § (1) bekezdés a) pontja alapján látási fogyatékosnak minősül, vagy vakok személyi járadékában részesül,

d) az Fot. 23. § (1) bekezdés d) pontja alapján a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara miatt fogyatékosági támogatásban részesül,

e) külön jogszabály szerint súlyos értelmi fogyatékosnak minősül, és erre tekintettel a személyi jövedelemadóról szóló törvény szerint adókedvezményre jogosult,

f) siket vagy súlyosan nagyothalló, és halláskárosodása audiológiai szakvélemény szerint a 60 decibel hallásküszöb értékét eléri vagy meghaladja, vagy

g) a súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési kedvezményeiről szóló kormányrendelet szerint súlyos mozgáskorlátozottaknak minősül,

és a munkaszerződése szerinti munkaideje a napi négy órát eléri.¹⁶

Érdekes ebből a szempontból a már hatálytalan 8/1983. (VI. 29.) EÜM-PM. rendelet 2. § (1) bekezdésének megfogalmazása is: megváltozott munkaképességű az a munkaviszonyban, közalkalmazotti és közszolgálati jogviszonyban (a továbbiakban együtt: munkaviszony), bedolgozói munkaviszonyban vagy bedolgozói tagsági viszonyban álló dolgozó, továbbá az a szövetkezettel munkaviszony jellegű jogviszonyban álló szövetkezeti tag, valamint az átmeneti járadék és a rendszeres szociális járadék tekintetében az, aki munkaviszonyban, bedolgozói munkaviszonyban, bedolgozói tagsági viszonyban, szövetkezettel munkaviszony jellegű jogviszonyban nem áll, és nem folytat semmiféle olyan tevékenységet, amely díjazással, jövedelemmel jár (a továbbiakban együtt: megváltozott munkaképességű dolgozó), aki:

a) egészségi állapota romlásából eredő munkaképesség-változás miatt eredeti munkakörben, rehabilitációs intézkedés nélkül, teljes értékű munka végzésére tartósan alkalmatlanná vált, de öregségi vagy rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, öregségi vagy munkaképtelenségi járadékban nem részesül;

b) üzemi baleset vagy foglalkozási betegség következtében baleseti járadékban részesül és eredeti munkakörében munkáltatójánál teljes értékű munka végzésére tartósan alkalmatlanná vált;

c) gümőkóros betegség miatt munkáltatójánál, jogszabályi tilalom folytán nem foglalkoztatható

d) a fegyveres erőktől, a fegyveres testületektől és a rendészeti szervektől megváltozott munkaképessége, illetőleg egészségi okból szolgálatra való alkalmatlansága miatt leszerelt.

¹⁶ 1991. évi IV. törvény 42. § és a 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról 2. § (1)

Mit lehet ezekből a fogalmakból megállapítani? A Foglalkoztatási törvény és a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásról szóló kormányrendelet koncepciójában a megváltozott munkaképességű személy és munkavállaló fogalma megegyezik, továbbá mindkét meghatározásból olybá tűnik, hogy testi vagy szellemi fogyatékos személyek is a fogalom alá tartoznak. Ezt erősíti a törvény megalkotásának célja, amely szerint a Magyar Köztársaság Alkotmánya mindenki számára biztosítja a jogot a munka és a foglalkozás szabad megválasztásához, s a törvényben e jogok gyakorlásának elősegítése, a foglalkoztatási feszültségek feloldása valósul meg. Ugyanakkor, ha a passzív eszközök, azaz például az álláskeresői járadék jogosultsági feltételeit megvizsgáljuk, akkor egyértelművé válik, hogy ezen ellátás igénybevételének egyik alapfeltétele az álláskeresővé válást megelőző négy éven belüli, legalább 365 nap jogosultsági idő, azaz a megelőző munkaviszony léte. Ezt támasztja alá az EÜM-PM. rendelet fogalma is.¹⁷ Így az intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek többsége kizorul az Flt. ellátásainak alkalmazási köréből. Ugyanis, ha a passzív eszközök feltételezik az előzetes biztosítási jogviszony létét, és a passzív eszközök alkalmazására az aktív eszközök munkaerő-piacra integrálást célzó sikertelensége esetén kerülhet sor, akkor nyilvánvaló, hogy mind az aktív és passzív eszközök a munkaerő-piacról kikerült, azaz már munkaviszonnyal rendelkező álláskeresőket támogatják.

Minden jel szerint az Flt. és így a szociális ellátórendszer ezen pillére, semmiképpen sem számolt a munkaviszonnyal még nem rendelkező, vagy rendelkezni képtelen intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyekkel. Így, habár az Flt. fogalmai azt sugallják, hogy a fogyatékos személy a megváltozott munkaképességű személy fogalmába beleértendő, a törvény szabályozási koncepcióját tekintve, - mint ahogyan erre a korábbiakban is rámutattam - ezt teljes mértékben el kell vetnünk.

2.5. Rehabilitáció

A rehabilitáció fogalma is számtalan helyen számtalan formában megjelenik. A témához kapcsolódó fogalmat tartalmazza a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény 26. cikke. Ezen egyezmény szerint a rehabilitáció célja az, hogy a fogyatékossgal élő személyek számára az élet minden területén biztosított legyen a legteljesebb függetlenség, a fizika, mentális, szociális és szakmai képességek, valamint a teljes befogadás és részvétel elérése és megtartása.

¹⁷ Flt. 25 és 30. §

Ebből láthatjuk, hogy egy olyan célt fogalmaz meg, ami rendkívül átfogó rehabilitációs programot követel meg, melynek ki kellene terjednie az élet összes területére, így különösen magában foglalja az egészségügyi, oktatás, szociális szolgáltatások területén, és nem kevesebb súllyal a foglalkoztatás kérdésköre is nagyon jelentős helyet foglal el.

Külön jogszabály: 1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről 100. § (1). A *rehabilitáció* olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.(2) A rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény szerint a rehabilitáció: az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése.

Ehhez képest a 2011. évi CXCI. törvény szerint rehabilitáció: orvosi, szociális, képzési, foglalkoztatási és egyéb tevékenységek komplex rendszere, amelynek célja a megváltozott munkaképességű személy munkaerő-piaci integrációja, megfelelő munkahelyen történő foglalkoztatásra való felkészítése, továbbá a munkaképességének megfelelő munkahelyen történő elhelyezés biztosítása.

A különféle meghatározások három fő területben foglalhatók össze:

- orvosi rehabilitáció,
- szociális rehabilitáció,
- **foglalkozási rehabilitáció.**

2.6. A foglalkozási rehabilitáció

A foglalkozási rehabilitáció mindazon intézkedések összessége, amelyek lehetővé teszik, hogy a fogyatékos, megmaradt képességeinek messzemenő hasznosításával, az épekkel egyenlő értékű, kereső tevékenységet végezzen.¹⁸

A foglalkozási rehabilitáció célja a megfelelő munka megtalálása, a munkahely megőrzése és az abban való előmenetel elősegítése. A foglalkoztatáspolitikai jelenlegi törekvése az aktivitás növelése, ezen belül a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatottsági arányainak javítása. Mindez a megmaradt, fejleszthető képességekre, készségekre építve valósulhat meg. A foglalkozási rehabilitáció célja a megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci integrációját elősegítő minimumfeltételek megteremtése arra, hogy az érintett emberek alkalmassá váljanak a minél teljesebb értékű foglalkoztatásra; érdekeltnek legyenek a munkavállalásban, másfelől a munkáltatók befogadóvá váljanak a fogyatékos emberek iránt. A foglalkozási rehabilitációt befolyásolja az adott térség munkaerő-piaci helyzete, a perspektívák, a mérlegelési lehetőségek. Ebből adódóan lényeges, hogy a megváltozott munkaképességű személy is tisztában legyen saját munkavállalói értekeivel, de azt is ismerje, hogy foglalkoztatásához leendő (meglevő) munkaadója milyen támogatásokra, szolgáltatásra jogosult (esetlegesen milyen adható támogatásokat vehet igénybe), mivel ezzel az információval az önálló álláskeresése eredményesebb lehet.¹⁹

3. A foglalkozási rehabilitáció történeti kérdései Magyarországon

3.1. Kialakulása, fejlődése

Magyarországon a foglalkozási rehabilitáció kérdéskörével kapcsolatos intézkedések az európai mintához képest viszonylag lassan kezdtek megjelenni.

¹⁸ A rehabilitáció kézikönyve (1989) 19.

¹⁹FARKASNÉ JAKAB ESZTER – HORVÁTH PÉTER – MÉSZÁROS ANDREA – NAGY JANKA TEODÓRA – PETRÓCZI FERENC – SIMA FERENC – SZELLŐ JÁNOS (2012): Szekszárdi Szociális Műhelytanulmányok 3. A Komplex rehabilitáció, PTE IGYK Szociális Munka és Szociálpolitikai Intézet Szekszárd 97.

A magyar rehabilitáció első említésre méltó eseménye, a jogász, Cházár András nevéhez fűződik, aki létrehozta I. Ferenc király támogatásával, egy kifejezetten fogyatékos embereket szolgáló intézményt, a siketek iskoláját.²⁰

Az első világháború során létrehozták a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatalt, ahol már nem csak orvosi rehabilitáció folyt, hanem megszervezték a szakmai foglalkozási rehabilitációt is. A világháború után azonban ez megszűnt működni.

Jelentős fejlődésre a második világháború után került sor világszerte, azonban hazánk ebből a fejlődésből kimaradt. Valószínűleg az akkor uralkodó politikai mentalitás miatt, hiszen, mint vesztes fél, a rokkant magyar katonák bűnös célokért harcoltak a háborúban. Ezt olvashatjuk *A rehabilitáció kézikönyvében*, ehhez képest Könczei írása ennek ellent mond. Több ilyen ellentmondást említhetnék, de szeretném kiemelni, hogy Könczei leírja, hogy működött a magyar királyi művégtaggyár, amely a korabeli viszonyokhoz képest színvonalas berendezésekkel volt felszerelt.²¹ Ez tehát a hadirokkantak rehabilitációjának fontos láncszemének tekinthető.

Hazánkban az áttörést az 50-es években egy szomorú esemény, a gyermekbénulás-járványainak megjelenése indította el. Ezután került sor az első foglalkozási rehabilitációs lépésekre is, ahol a tbc-s betegek átképzését végezték.²²

A következő időszakban három rendeletet adtak ki, ami befolyással volt a foglalkozási rehabilitációra. Az első ilyen rendelet 1967-ben látott napvilágot, amely a vállalatok, üzemek feladatává tette a csökkent munkaképességűvé vált dolgozók rehabilitációját. A második 1983-ban született, melynek jelentősége, hogy megszüntette az államigazgatási szervek azon jogát, hogy ellenőrizték, valóban csökkent munkaképességűeket foglalkoztatnak-e a vállalatok az erre kijelölt munkakörben. A harmadik 1986-ban jött létre, Nyugat-európai mintára. Ez kötelezővé tette a csökkent munkaképességűek foglalkoztatását, mégpedig a vállalat összes foglalkoztatottjának 3%-ban jelölte meg a foglalkoztatási szintet, és ezzel az

²⁰ KÖNCZEI GYÖRGY (1994): „Mégis kinek az érdeke?” A fogyatékkutatás és a fogyatékospolitika útja a rehabilitációtól a független életig. „A Rák Ellen, Az Emberért, A Holnapért!” Társadalmi Alapítvány, Budapest 177.

²¹ Uo.: 178.o

²² Rehabilitáció kézikönyve (1989) 12.

ellenőrzés kérdése is megoldódott. Aki nem teljesítette ezt a szintet, az köteles volt az erre a célra létrehozott rehabilitációs alapba a hiányzó létszám arányában befizetni.²³

Magyarországon a XX. század utolsó évtizedéig, sajátos történelmi okok miatt, a fogyatékos emberek ügye nem vált közügygé, családjuk problémája maradt. A szocialista tervgazdaság időszakában a teljes és alapvetően nagyvállalati keretek közt zajló foglalkoztatással összefüggésben a szociális- és foglalkozási rehabilitáció rendszere nem alakult ki, a munka során megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása azonban megoldott volt. Ezért egyszerű kiegészítő-kiszolgáló munkakörökben a sérült, vagy azzá vált emberek foglalkoztatása megvalósult, bár a rehabilitáció, a képességeknek megfelelő munkavégzés nem volt biztosított. Fogyatékos emberek nagyszámú foglalkoztatására csak az erre létesített védett munkahelyeken, vállalatoknál került sor. Így a rehabilitációnak sem intézményrendszere, sem módszertana nem alakult ki.²⁴

Ezt követően sor került a rendszerváltásra, melynek következtében több mint 1 millióan váltak munkanélkülivé. Talán nem kérdés, hogy melyik munkavállalói réteg volt az, amely ezeknek a változásoknak a legnagyobb vesztesévé vált. Egyértelműen a fogyatékosokkal élők voltak az új rendszer vesztesei, mivel nem feleltek meg ezen új rendszer foglalkoztatási követelményeinek. Hiszen a gazdaság átalakult tömegével jelentek meg a magánkézben lévő vállalatok, akiknek legfőbb jellemzője a profitorientáltság. A minél magasabb nyereséget pedig leginkább a jól képzett, terhelhető munkaerő segíti elő, így a fogyatékoságuk vagy megváltozott munkaképességük miatt akadályozott emberek tartósan kiszorultak a munkaerőpiacról.

A probléma orvosolására, a korai nyugdíjazás, a rokkantnyugdíjaztatás vált a legelterjedtebbé. Ezt mutatja a következő táblázat is.

*A korai nyugdíjba vonulók aránya a nyugdíjba vonulás időszaka és nem szerint (%)*²⁵

²³ TARDOS KATALIN (1990): A foglalkozási rehabilitáció működése Magyarországon: A pamuttextilművek esete In: Esély 36-37.

²⁴ GERE ILONA, SZELLŐ JÁNOS (2007): Foglalkozási rehabilitáció jegyzet, A kiadványt a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával kiadja a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest 26.

²⁵ KOLOSI TAMÁS-TÓTH ISTVÁN GYÖRGY (2008): A rendszerváltás nyertesei és vesztesei – generációs oldalnézetből. Tíz állítás a gazdasági átalakulás társadalmi hatásairól In: Társadalmi riport, TÁRKI, Budapest 22

Időszakok	Nő	Férfi
Rendszerváltás előtt	33,0	44,2
Rendszerváltás után (1990-1996)	52,7	75,2

Itt kezdődött el az a probléma, mely a későbbiekben kifejtett hatalmas törvényi változások szükségességét eredményezte. Tehát túl sokan voltak jelen a rokkantnyugdíj rendszerében, és túl sokba kerültek és mára ez a helyzet nem maradt tartható.

A rokkantnyugdíj rendszerének átalakítása együtt járt a nyugdíjrendszer fenntarthatóságának a kérdésével is.²⁶ Azonban a dolgozatom terjedelmére tekintettel nincs lehetőségem, hogy ezt a kérdéskört is részletesebben érintsem.

Ennek következtében drámai változás következett be, az aktív korú inaktívak arányának növekedésében. Szám szerint, 1997-re 364 946 főre nőtt az aktív korú rokkantnyugdíjasok száma, és ez a szám 2004-re 110 000 fővel növekedett. 1994-ben törvényjavaslatok készültek a fogyatékkal élő emberek jogainak és esélyegyenlőségének megvalósítására, elkezdődött a foglalkozási rehabilitáció koncepcionális előkészítése. Ekkor nem a rehabilitáció, hanem az államháztartás egyéb elemeinek, a passzív ellátások rendszerének az átalakítása kapott nagyobb hangsúlyt. 1995-ben az államháztartási reform keretében a rokkantnyugdíj rendszerének, a megváltozott munkaképességűek ellátó rendszerének az átalakítása volt a cél, nem utolsósorban az egészségbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás pénzügyi egyensúlyának helyreállítása céljából. E munka során nagyon gyorsan kiderült, hogy a passzív ellátások rendszere átalakításának alapfeltétele az ellátórendszerből kikerülő, vagy az átalakított ellátórendszerbe be sem kerülő emberek munkavállalási lehetősége. A munkaerőpiac helyzetével, a munkanélküliség magas arányával, a feltételek hiányával összefüggésben a kezdeményezések ekkor sikertelenek maradtak.²⁷

²⁶ A nyugdíjrendszer fenntarthatóságának a kérdéskörét lásd bővebben: GERENCSÉR LÁSZLÓ (2000): Nyugdíjaz az Európai Unióban In: Augusztinovics Mária (szerk.) Körkép reform után, Tanulmányok a nyugdíjrendszerről, Közgazdasági Szemle Alapítvány, Budapest és ROBERT HOLZMANN (1992): A kiegészítő nyugdíjrendszerek, célok, formák, kényszerek. In: Esély 5. szám

²⁷ LECHERNÉ VADÁSZ JUDIT (2009): A foglalkozási rehabilitáció magyarországi helyzete In: Fogyatékságtudományi tanulmányok XI., A foglalkozási rehabilitáció Magyarországon: a szabályozás múltja, jelene, jövője, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar 185.

Az utóbbi években megkezdődött a foglalkozási rehabilitáció teljes körű átalakítása, a komplex (orvosi, szociális, mentálhigiénés és foglalkozási) rehabilitáció alkalmazása.

Mindezek alapján elmondható, hogy a foglalkozási rehabilitáció valamilyen szinten jelen volt, már a régebbi korokban is. Felismerték, hogy, akik betegség, baleset miatt kiszorultak a munkaerőpiacról, azokat segíteni, támogatni kell abban, hogy egyenlő esélyt kaphassanak az egészségesekkel szemben. Mégis közel nem volt olyan fontos ennek a körültekintő, alapos megszervezése, mint napjainkba. Mert akárhogy is nézzük, a szocialista rendszerben a létbiztonság adott volt még a megváltozott munkaképességűek számára is. Azonban talán jobban kezelhető és kevesebb, kisebb súlyú problémák jelennének meg napjainkban a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását illetően, ha akkor, amikor még „biztonságban” voltak, - a szocialista rendszernek köszönhetően- lehetőségük lett volna komplex rehabilitációra, beleértve a foglalkozási rehabilitációt is.

3.2. Meghatározó hazai jogszabályváltozások és hatásai

A régi ellátórendszert alapvetően a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény szabályozta. Ez a törvény tartalmazta a rokkantnyugdíjasokra vonatkozó szabályokat.

Alapvetően két kategóriáról beszélhettünk, ami érinti a foglalkozási rehabilitációt:

1. **Rokkantsági nyugdíj:** megrokkánás mellett meghatározott szolgálati idő megszerzése esetén járó nyugellátás;
2. **Baleseti rokkantsági nyugdíj:** üzemi baleset (foglalkozási betegség) következtében történő megrokkánás esetén szolgálati időtől függetlenül járó nyugellátás.

1. Rokkantsági nyugdíjra az volt jogosult:

- aki egészségromlás, vagy szellemi fogyatékoság következtében munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette és ebben az állapotában javulás egy évig nem várható,
- a szükséges szolgálati időt megszerezte
- és rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkánás előtti keresetnél.

Mértéke: a megrokkulás időpontjában betöltött életkortól, a nyugdíj megállapításáig szerzett szolgálati időtől és a rokkantsági foktól függ. A rokkantsági nyugdíj összege nem lehet kevesebb a havi átlagkereset 33–43%-nál.

2. Baleseti rokkantsági nyugdíj jár: (szolgálati időtől függetlenül)

- a biztosítottnak,
- ha munkaképesség csökkenése üzemi baleset (foglalkozási betegség) miatt következett be.
- össz-szervezeti egészségkárosodás (ÖEK) meghaladja 50%-ot,
- és baleseti károsodása meghaladja a 39%-ot.

Mértéke: A baleseti rokkantsági nyugdíj összege magasabb: a havi átlagkereset 60–70%-a.

Tehát, a két kategóriával kapcsolatban elmondható, hogy a rokkantsági nyugdíj szolgálati időhöz kötött, míg a baleseti rokkantsági nyugdíj nem. Fontos, a baleseti rokkantsági nyugdíjnál, hogy foglalkozással kapcsolatban kell felmerülnie a károsodásnak. És ez ellátás mértékét tekintve kedvezőbb, mint a rokkantsági nyugdíj. A rokkantsági nyugdíjnál pedig fontos megemlíteni, hogy a törvény nem zárja ki, hogy emellett az ellátás mellett a rokkantnyugdíjas dolgozzon.

A rokkantság fokának megfelelően a rokkantsági nyugdíjasok három csoportot alkotnak:

- az I. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen és mások gondozására szorul,
- a II. rokkantsági csoportba tartozik az, aki teljesen munkaképtelen, de mások gondozására nem szorul,
- a III. rokkantsági csoportba tartozik az, aki munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette.

Tehát így nézett ki az ellátottak köre és a jogosultsági feltételek még 5 évvel ez előtt.

Azonban 2008. január elseje hatalmas változást hozott a rehabilitációs rendszerben. Ugyanis ekkor lépett hatályba a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény. Magyarországon 2008-tól a rehabilitációs járadék bevezetésével kísérelték meg a rokkantnyugdíjassá válás megelőzését és természetesen a meglévő rokkantnyugdíjasok közül is voltak, akiket átminősítettek. Az új szabályozás a rehabilitációt előtérbe állítja a rokkantossítással szemben. Az egyik legfontosabb bevezetett szabálya, a törvények, hogy már az arra jogosultaknak kétféle ellátást lehet megállapítani:

- Azon egészségkárosodott személyeknek, akik rehabilitálhatóak, és a feltételeknek megfelelnek, egy új ellátási formát, a **rehabilitációs járadékot** állapítják meg.
- Azon egészségkárosodott személyek pedig, akik nem rehabilitálhatóak, és a szükséges feltételekkel rendelkeznek, továbbra is a már ismert **rokkantsági nyugdíjra** szerezhetnek jogosultságot.

Tehát innentől kezdve, az hogy melyik ellátásra lesz jogosult az adott személy, tulajdonképpen attól függ, hogy rehabilitálhatónak vagy nem rehabilitálhatónak minősítik.

Még mielőtt tételeken áttekintenénk a jogosultság feltételeit, fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a rehabilitációs járadékra való jogosultság feltételei konjunktívak, ami azt jelenti, hogy együttesen kell fennállni mindegyik feltételnek ahhoz, hogy megállapítható legyen ez az ellátás.²⁸

Rehabilitációs járadékra jogosult tehát az a személy aki:

- 50-79 százalékos egészségkárosodást szenvedett²⁹ és ezzel összefüggésben foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas és
- kereső tevékenységet nem folytat, vagy a keresete legalább 30 százalékkal alacsonyabb az egészségkárosodást megelőző négy naptári hónapra vonatkozó jövedelme havi átlagánál, továbbá
- rehabilitálható, és
- nem részesül egyéb társadalombiztosítási vagy munkanélküli ellátásban (álláskeresési támogatásban) és
- az életkora szerint szükséges szolgálati időt megszerezte.³⁰

Az 1997-es törvényhez hasonlóan, itt is kikötésként szerepel a szükséges szolgálati idő, továbbá itt se zárja ki, hogy az ellátott dolgozzon, de az előző törvényhez képest itt már meghatározza, hogy legalább 30 százalékkal alacsonyabbnak kell lennie a jövedelmének az előző négy naptári havi jövedelmének átlagához képest. Az, hogy ezt a törvény szabályozza természetesen logikus és szükséges, de az ellátás mellett végzett feketemunkával szemben sajnos nem jelent garanciát.

²⁸ GERE ILONA, SZELLŐ JÁNOS (2007) 79.

²⁹ Figyelem: 2008 01.01.-től új minősítő rendszer lép életbe a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, rövidítve FNO. A rokkantságot kifejező orvosi és jogi feltételek közé az eddigi 67 százalékos munkaképesség-csökkenés helyére az ennek megfelelő 50-79 százalékos egészségkárosodás került.

³⁰Uo. 79.

Természetesen nem mindegy, hogy az adott személy melyik ellátásban részesül a kettő közül. Ha valakinek a rokkant nyugdíjra való jogosultságot ítélték meg, akkor tulajdonképpen az adott személy életét tekintve minden zajlott ugyanúgy, mint régen. Azonban, aki a rehabilitációs ellátásra lett jogosult, alapvető különbségként jelent meg, hogy a rehabilitációs járadék a rehabilitációhoz szükséges időtartamra, de legfeljebb három évig folyósítható. A feltételek bekövetkezése esetén a rehabilitáció sikeres megvalósulásának érdekében az ellátás meghosszabbítható, vagy megszüntetése esetén feléledhet, de időtartama a 3 évet ezekben az esetekben sem haladhatja meg.

A másik nagyon fontos változás, amit ez a törvény vezetett be az új, komplex minősítési rendszer, melynek célja, hogy a betegségek, sérülések, rendellenességek következtében kialakuló egészségkárosodások, fogyatékosságok, megváltozott munkaképesség és egyéb képességek szakértői véleményezése egységes szakmai elvek és módszertan alapján történjen, emellett ne az elveszett, hanem a megmaradt, a fejleszthető képességekre, a szakmai munkaképesség változására, a rehabilitációs esélyekre koncentráljon. Az új minősítési rendszer alapja az FNO (a funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása), célja és feladata annak megállapítása, hogy az egészségkárosodott ügyfél milyen területen milyen típusú károsodást szenvedett, és ezek alapján megmaradt képességeit tekintve eddigi foglalkozását folytatni tudja, rehabilitációval foglalkoztathatóvá tehető, vagy funkciókárosodása egyéb, személyes és környezeti tényezőkkel együtt indokolja, hogy számára társadalombiztosítási vagy szociális pénzellátás kerüljön megállapításra.³¹

Ezt a minősítést az Országos Rehabilitációs és Szociális Intézet (ORSZI)³² végezte. Melynek keretében az ORSZI szakvéleményt adott a vizsgált személy:

- egészségkárosodásának mértékéről,
- szakmai munkaképességéről,
- rehabilitálhatóságról,
- a rehabilitáció irányáról,
- a rehabilitációs szükségletekről és azok időtartamáról

³¹SZELLŐ JÁNOS (2010): Foglalkozási rehabilitációs gyakorlat jegyzet a Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat munkatársai számára, a jegyzet a Társadalmi Megújulás Operatív Program 1.3.1 intézkedésének keretében az Európai Unió támogatásával készült, Kiadja a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Budapest 12.

³² 2011. január 1-jétől az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet elnevezése a 331/2010. (XII.27.) Korm. rendelet szerint Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalra változott.

- az egyén szociális környezetére és szükségleteire vonatkozóan.

A komplex bizottság összetétele:

Legalább 2 orvosszakértő, 1 szociális és 1 foglalkoztatási szakértő (a bizottság minimum 4 tagú).

A KOMPLEX MINŐSÍTÉS SORÁN VIZSGÁLNI KELL:

- az érintett személy egészségi állapotát,
- foglalkoztatási előzményeit, munkaerő piaci helyzetét,
- adottságait és korlátait,
- foglalkoztatási rehabilitációs szükségleteit,
- szociális szükségleteit,
- családi körülményeit,
- környezeti adottságait³³

Véleményem szerint az esetek többségében nem lehet egyértelműen megállapítani, hogy ki az, akit rehabilitációval vissza lehetne vezetni a munka világába. Talán akkor, ha ez a komplex vizsgálat tényleg így történne, tényleg ezek a szempontok alaposan ki lennének vizsgálva, akkor lehet.

De ez többek között azért sem egyszerű, mert a munkaképesség véleményezését végző orvosszakértői bizottságok rossz feltételek között dolgoznak, szakmailag sem mindig kompetens, kis létszámú bizottságban és 20-30 perc leforgása alatt kell döntenüik a hiányosan kivizsgált igénylők sorsáról. A bizottság feladata a különböző szakvélemények összehangolt értékelése, az egészségkárosodás tényét, jellegét, fokát, a munkaképesség változását magába foglaló szakvélemény készítése.

A törvény együttműködési kötelezettséget is előírt, a rehabilitációs járadékban részesülőnek, ilyenek például:

- mindenekelőtt, a rehabilitációs járadékban részesülő - a határozat és az alapjául szolgáló szakvélemény bemutatásával - a határozat kézbesítésétől számított 10 munkanapon belül megkeresi a lakóhelye, tartózkodási helye szerinti illetékes munkaügyi központ kirendeltségét

³³ Uo. 11.

- a kirendeltséggel, annak javaslattételét követő 30 napon belül írásbeli rehabilitációs megállapodást köt, valamint
- teljesíti a rehabilitációs megállapodás mellékleteként meghatározott rehabilitációs tervben foglaltakat.

A rehabilitációs megállapodás tartalmazza többek között:

- a rehabilitációs járadékban részesülő nyilatkozatát arra vonatkozóan, hogy
- vállalja az együttműködési kötelezettség teljesítését, valamint
- elfogadja a számára felajánlott megfelelő munkahelyet, valamint térítési kötelezettséggel nem járó képzési lehetőséget; továbbá
- a rehabilitációs járadékban részesülőnek az állami foglalkoztatási szervnél történő jelentkezései gyakoriságát, a kapcsolattartás módját.

Már ebből a törvényből látszik, hogy próbáltak tenni azért, hogy csökkenjenek a rokkantnyugdíjasokra szán költségek. Vagyis, hogy segítsék őket visszakerülni a munka világába. Hiszen ha tegyük fel a három év után a rehabilitáció sikeres, és visszakerül az adott személy a munkaerő-piacra, akkor eltartottból eltartóvá válik, ami az ország költségvetését tekintve, nem egy utolsó szempont, sőt talán ez volt az elsődleges, hiszen a megfelelő háttér, ami a foglalkozási rehabilitációt biztosította volna nem volt adott. A kormányváltás után, természetesen ez a terület sem maradhatott változatlanul, tehát sor került egy újabb, de immár sokkal radikálisabb átalakításra.

Ennek keretében született meg a megváltozott munkaképességekről szóló CXCI. törvény. Azzal, hogy ezek a törvények hatályossá válták, tovább folytatódott a rokkantnyugdíj rendszerének átalakítása, felszámolása.

2011. évi CXCI. tv. Preambuluma kimondja, hogy:

- „Magyarország Alaptörvénye XII. cikkének végrehajtása érdekében (Mindenkinek joga van a munka és a foglalkozás szabad megválasztásához, valamint a vállalkozáshoz. Képességeinek és lehetőségeinek megfelelő munkavégzéssel mindenki köteles hozzájárulni a közösség gyarapodásához)
- az Országgyűlés a megváltozott munkaképességű személyek megmaradt, fejleszthető képességeire épülő foglalkoztatás központú rehabilitációjának, társadalmi reintegrációjának, foglalkoztatásának elősegítésére, továbbá a kieső jövedelem miatti keresetpótlás érdekében a következő törvényt alkotja:”

Ez a preambulum már teljesen előrevetíti, hogy ez a jogszabály a foglalkoztatáspolitikai aktív eszközeit preferálja, és talán egyértelmű, hogy így a passzív ellátások csökkenését eredményezik. Szerintem erre utal a preambulumnak ez a mondata: „Képességeinek és lehetőségeinek megfelelő munkavégzéssel mindenki köteles hozzájárulni a közösség gyarapodásához” A kérdésem így előre csak annyi, hogy vajon mennyire valósul meg a preambulum azon része, hogy mindenkinek joga van a foglalkozás szabad megválasztásához? Talán jelen körülmények között sehogy, mivel még a „normális” embernek sem adatik meg ez a lehetőség.

Elsőként el kell mondani, hogy e törvény értelmében rokkantsági nyugdíj többé nem állapítható meg. A komplex minősítés azonban megmaradt.

A megváltozott munkaképességű személyek ellátásai a rehabilitációs hatóság komplex minősítése keretében megállapított rehabilitációs javaslattól függően:

a) rehabilitációs ellátás, vagy

b) rokkantsági ellátás.

Rehabilitációs ellátás	Rokkantsági ellátás
Jogosult az, akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60 százalékos vagy kisebb mértékű, és aki	
- a kérelem benyújtását megelőző 5 éven belül legalább 1095 napon át biztosított volt, - keresőtevékenységet nem végez és - rendszeres pénzellátásban nem részesül.	
Biztosításának tartamára tekintet nélkül jár a megváltozott munkaképességű személyek ellátása annak,	
- aki iskolai tanulmányai megszűnését követő 180 napon belül biztosítottá vált, és a kérelem benyújtását megelőzően 30 napnál hosszabb megszakítás nélkül biztosított volt, vagy - aki 2011. december 31-én rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban,	
rehabilitációs járadékban vagy az egészségkárosodott személyek szociális járadékaiban részesült.	
Az 1095 nap biztosítási időbe be kell számítani	

- a biztosítás megszűnését követő táppénz, baleseti táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj, álláskeresési támogatás folyósításának az idejét, - a rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, egészségkárosodott személyek szociális járadékai és megváltozott munkaképességű	
személyek ellátása folyósításának idejét.	
Kapja az, aki rehabilitálható, ezen belül - foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható, vagy - tartós foglalkozási rehabilitációt igényel Időtartama max. 3 év, amely meghosszabbodik a keresőképtelenség időtartamával, ha az érintett dolgozik. A pénzbeli ellátás folyósítása szünetel abban az időszakban, amiben az érintett kereső tevékenységet végez.	Kapja az, akinek a rehabilitációja nem javasolt, ezen belül - egészségi állapota alapján foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható, azonban a komplex minősítés szakmai szabályairól szóló rendeletben meghatározott egyéb körülményei miatt foglalkozási rehabilitációja nem javasolt, - egészségi állapota alapján tartós foglalkozási rehabilitációt igényel, azonban a komplex minősítés szakmai szabályairól szóló rendeletben meghatározott egyéb körülményei miatt foglalkozási rehabilitációja nem javasolt, - kizárólag folyamatos támogatással foglalkoztatható, vagy - egészségkárosodása jelentős és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.
A havi átlagjövedelem kiszámítása a táppénzével megegyező.	
Havi összege: - akinek foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható, a havi átlagjövedelem 35 százaléka, de legalább a minimálbér 30 százaléka és legfeljebb a minimálbér 40 százaléka, - aki tartós foglalkozási rehabilitációt igényel, a havi átlagjövedelem 45 százaléka, de legalább a minimálbér 40 százaléka és legfeljebb a minimálbér 50 százaléka.	Havi összege (a fenti esetek sorrendjében): - a havi átlagjövedelem 40 százaléka, de legalább a minimálbér 30 százaléka és legfeljebb a minimálbér 45 százaléka, - a havi átlagjövedelem 60 százaléka, de legalább a minimálbér 45 százaléka és legfeljebb a minimálbér 150 százaléka,

	• a havi átlagjövedelem 65 százaléka, de legalább a minimálbér 50 százaléka és legfeljebb a minimálbér 150 százaléka, • a havi átlagjövedelem 70 százaléka, de legalább a minimálbér 55 százaléka és legfeljebb a minimálbér 150 százaléka.
Meg kell szüntetni, ha a rehabilitációs ellátásban részesülő • kérte, • ellátásának időtartama eltelt, • más rendszeres pénzellátásban részesül, ide nem értve a keresőképtelenségre tekintettel folyósított táppénzt, baleseti táppénzt, • egészségi állapotában olyan tartós rosszabbodás következett be, amely a rehabilitációt lehetetlenné teszi, • egészségi állapotában olyan tartós javulás következett be, amely alapján már nem minősül megváltozott munkaképességű személynek, • az együttműködési, értesítési vagy a rehabilitációs tervben foglalt kötelezettségét neki felróható okból nem teljesíti, • a felülvizsgálat során neki felróható okból nem működik együtt, vagy • bejelentés nélkül dolgozik.	Meg kell szüntetni, ha az ellátásban részesülő • kérte, • más rendszeres pénzellátásban részesül, ide nem értve a keresőképtelenségre tekintettel folyósított táppénzt, baleseti táppénzt, • egészségi állapotában olyan tartós javulás következett be, amely alapján a jogosultsági feltételek már nem állnak fenn, • keresőtevékenységet folytat és jövedelme 3 egymást követő hónapra vonatkozó havi átlaga meghaladja a minimálbér 150 százalékát, • bejelentés nélkül dolgozik, • az értesítési kötelezettségét neki felróható okból nem teljesíti, vagy • a felülvizsgálat során neki felróható okból nem működik együtt.

Foglalkozási rehabilitációs szempontok

Amennyiben az adott (1-15) szempont alapján a „foglalkozási rehabilitációs szakember” azt állapítja meg, hogy:

- Előreláthatóan nem akadályozzák a foglalkozási rehabilitáció folyamatának sikeres lebonyolítását, ezen szemponttal kapcsolatban nincs szükség segítségre, támogatásra, szolgáltatás igénybevételére, a foglalkozási rehabilitációját nem korlátozza: 3 pont
- Előreláthatóan a foglalkozási rehabilitáció sikeres lebonyolításához egy szolgáltatás és/vagy egy támogatás igénybevétele szükséges és elégséges, a foglalkozási rehabilitációjához kevés segítséget, támogatást, szolgáltatást igényel: 2 pont

- Előreláthatóan a foglalkozási rehabilitáció sikeres lebonyolításához több szolgáltatás és támogatás igénybevétele szükséges, foglalkozási rehabilitációja csak jelentős segítséggel, támogatással szolgáltatással valósítható meg: 1 pont
- Előreláthatóan a foglalkozási rehabilitáció sikeres lebonyolítása segítséggel, szolgáltatások, támogatások nyújtásával sem valósítható meg, foglalkozási rehabilitációt megakadályozza: X.

Az elérhető 45 pontból 17 pont elérése esetén rehabilitálható! Amennyiben egyetlen szempontonál is az értékelés alapján X kerül bejelölésre, akkor a foglalkozási rehabilitáció nem javasolható!³⁴

Láthatjuk, hogy az előző két törvényhez képest itt már rendelkezni kell kötelező biztosítási idővel. Emellett az ellátás folyósításával párhuzamosan végzett keresőtevékenység vagy akár más pénzellátásban való részesülés ki van zárva.

A két ellátás havi összege között is hatalmas különbség lehet. A rehabilitációs ellátás esetében a havi átlagjövedelem 30-40 %-a körül mozog, ami körülbelül 27.000Ft- 37.000Ft közé tehető. Ehhez képest a rokkantsági ellátás ennek két vagy akár háromszorosa lehet.

Ha csak ezt a két pontot tekintjük, talán nem meglepő, hogy az ellátottak és őket képviselő különböző szervezetek részéről hatalmas felháborodást keltett.

Szakály József a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetségének (MEOSZ) főtitkára felháborítónak tartja, hogy a kormányzati kommunikáció azzal indult 2011 elején, hogy Magyarországon 850 ezer rokkantnyugdíjas ember él, ami az Európai Unió átlagának a kétszerese. A főtitkár szerint ez az adat a nyugdíjkorhatárt betöltött embereket is magába foglalta, akiket az európai statisztikák az öregségi nyugdíjasokhoz soroltak. "Ha tiszta vizet öntünk a pohárba, kiderül, hogy Magyarországon, durván 324 ezer aktív korú rokkantnyugdíjas van, ehhez jön még körülbelül 130 ezer fő különféle szociális ellátásra jogosult ember. Ha így számolunk, akkor ez a népességnek kevesebb, mint 5 százaléka." A főtitkár szerint Európa többi országában is 5 százalék körül mozog ez a számadat.³⁵

³⁴ PÓSFAI GÁBOR: Az ORSZI feladatainak változása a komplex rehabilitáció folyamatában Dr. Pósfai Gábor főigazgató Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet. <http://gurulo.hu/sites/default/files/dokumentum/ORSZI-bemut.pdf> (Letöltés ideje: 2012. 10. 15.)

³⁵ http://www.meosz.hu/new_index_00_hirek_one.php?mcs=meoszsjaito&rec_azonosit=d_meoszsjaito_hirek_31 (Letöltés ideje: 2012.10. 10.)

Székely Ildikó, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) Orvosi, Módszertani és Ellenőrzési Igazgatóságának vezetője szerint viszont biztonság, átláthatóság és munkára ösztönzés a célja a január elsején életbe lépett új rokkantnyugdíj rendszernek.³⁶

Székely Ildikónak olvastam egy nyilatkozatát, hogy vegyünk példát az amputált lábú hegymászóról, Eröss Zsoltról, aki művégtaggal is folytatta a hegymászást, és fantasztikus eredményeket ér el. A történethez azonban hozzá kell tenni azt is, hogy a művégtagot a hegymászó számára több millió forintból fejlesztette ki egy orvos csoport. Egy átlagembernél ez úgy működik, hogy bemegy a gyógyászati segédeszköz-ellátóba, ott méretet vesznek róla, a lábára csatolnak valamit, és kiteszik az ajtón. Nem mindegy, hogy mennyiből készítenek el egy műlábát. A Paralimpiát nézve sokan úgy gondolhatják: ha a fogyatékos emberek így tudnak sportolni, akkor nincsenek is hátrányban. Bele kell azonban gondolni abba is, hogy mennyi munka, és milyen teljesítmény van a mögött, hogy valaki - például egy kerekesszékkal - idáig eljusson" - hívja fel a figyelmet Szakály József.³⁷

Egyértelmű, hogy a két oldal véleménye eltér a törvény szabályaival kapcsolatban. És mivel mind a két fél fel tud sorakoztatni érveket az álláspontjuk mellett, nyilván van igazság mind a kettőben. Véleményem szerint az utóbb említett Eröss Zsolttal kapcsolatos példa írja le a legjobban az egész megváltozott munkaképességű emberekkel kapcsolatos helyzetet. Tehát vegyünk egy megváltozott munkaképességű személyt, aki rehabilitáció útján, tehát megfelelő eszközök segítségével visszakerülhet a munkaerőpiacra. De nagyon fontos, hogy az eszköz a legmegfelelőbb legyen, hiszen Eröss Zsolt megfelelő művégtag nélkül nem került volna egyetlen hegy tetejére sem újra, ugyanúgy egy megváltozott munkaképességű sem térhet vissza a munkaerőpiacra megfelelő segítség nélkül. Tehát véleményem szerint nem az a kérdés, hogy valaki rehabilitálható vagy nem, rehabilitációs vagy rokkantsági ellátásban részesül-e, hanem az, hogy ha az addig kapott ellátás megváltozik, vagy teljesen elveszik, akkor tényleg megkapják-e az esélyt, a megfelelő eszközöket arra, hogy a munkaerőpiac visszafogadja őket. Hiszen az, hogy kinél milyen fokú egészségi állapotot határoznak meg az sajnos nagyon szubjektív. És ezen a komplex minősítés sem segít. Nem példa nélküli, sőt az esetek többségében ahány orvos szakértővel találkozott, annyiféle minősítést állapítottak meg egy adott személynél. Így például egy éven belül az egyik orvos szakértő szerint rehabilitáció

³⁶ Uo.

³⁷ Uo.

nélkül foglalkoztatható valaki, majd jogorvoslat keretében eljáró orvos szakértő ismét rokkantsági ellátásra jogosultnak ítéli.

4. Intézmények szerepe a foglalkozási rehabilitációban

Az intézmények is teljesen átalakultak. 2011. január 1-jétől az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet elnevezése a 331/2010. (XII.27.) Korm. rendelet szerint Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalra változott. A hivatkozott jogszabály alapján a Hivatal feladat- és hatásköre jelentősen bővült. A Hivatal orvosszakértői, rehabilitációs szakértői szervként, valamint szociális hatóságként és szolgáltatásfelügyeletet ellátó hatóságként is kijelölésre került a Kormány által.

2012. július 1-jén a megváltozott munkaképességű személyek ellátórendszerének átalakítása érdekében hozott újabb fontos kormánydöntés lép hatályba; a megyei és fővárosi kormányhivatalok önálló szakigazgatási szerveiként, elsőfokú közigazgatási hatósági jogkörrel felruházott **rehabilitációs szakigazgatási szervek** kezdik meg működésüket.³⁸

4.1. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal

A Hivatal - foglalkozási rehabilitációs feladatkörében - ellátja

- a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjával és az akkreditált munkáltatók ellenőrzésével összefüggő hatósági ügyekkel,
- a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokkal,
- a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásával, az azt elősegítő támogatásokra, szolgáltatásokra vonatkozó tájékoztatással, információnyújtással,

³⁸ http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_afsz_hasznos_megvaltt_munkavall (Letöltés ideje: 2012.10.15.)

- a költségvetési forrásból, vagy az Európai Unió pénzügyi alapjaiból nyújtott támogatással megvalósuló pályázatokkal összefüggő, a pályázatok kiírásával, bonyolításával és ellenőrzésével kapcsolatos feladatokat.³⁹

4.2. Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv

A kormányhivatal Rehabilitációs Szakigazgatási Szerve a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakmai irányítása alatt álló, elsőfokú rehabilitációs hatóság, illetve orvosszakértői és rehabilitációs szakértői szerv. Eddig a rehabilitációs és a rokkantsági ellátás iránti igénybejelentések és kérelmek ügyében három szervezet járt el. A beadványokat az NRSZH szakhatósági állásfoglalása alapján a megyei és fővárosi kormányhivatalok nyugdíjbiztosítási igazgatóságai bírálták el, a foglalkoztatási szakterületet érintő ügyeket pedig a munkaügyi központ kirendeltségei kezelték. Ezeket a feladatokat 2012. július 1-jétől a három szervezet munkatársaiból szerveződött hatóság, a fővárosi és megyei kormányhivatalok rehabilitációs szakigazgatási szerveinek munkatársai látják el.⁴⁰

Az ellátások folyósítását változatlanul a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság végzi.

A Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv elsőfokú rehabilitációs hatóságként eljár a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaival kapcsolatos kérelmek ügyében. A megváltozott munkaképességű személyek ellátásai a rehabilitációs hatóság komplex minősítése keretében megállapított rehabilitációs javaslattól függően rehabilitációs ellátás, vagy rokkantsági ellátás lehet.

A megváltozott munkaképességű személyek ellátásait a rehabilitációs hatóságnál az erre rendszeresített nyomtatványon vagy elektronikus úrlapon lehet kérelmezni.⁴¹

4.3. Az Állami Foglalkoztatási Szolgálat

Az ÁFSZ működését, a korábban kialakult szakmai kapacitást jelentősen érintette a regionális átszervezés 2007-ben. A megváltozott munkaképességű ügyfelekkel sok új munkatárs foglalkozik. A megváltozott munkaképességet évtizedeken keresztül kizárólag

³⁹ <http://nrszh.kormany.hu/a-hivatal-alaptevekenysege-feladat-es-hataskore> (Letöltés ideje: 2012.10.15.)

⁴⁰ <http://www.kormanyhivatal.hu/hu/szakigazgatasi-szervek/rehabilitacios-szakigazgatasi-szerv> (Letöltés ideje: 2012. 10. 14.)

⁴¹ Uo.

orvos szakértők értékelték, a foglalkoztatásra vonatkozó javaslatok a tényleges munkakör, szakma, illetve az érintett személy valós munkaerő-piaci pozíciójától függetlenül készültek egy ideális helyzet feltételezésével. A minősítési rendszer megváltozása, az egészségkárosodás és ezzel összefüggésben a rehabilitációs szükséglet megállapítása összetett (komplex) értékelést és ennek megfelelő komplex rehabilitációs eljárást igényel. A komplex értékelés foglalkoztatási és szociális szükségletek feltárását igényli, foglalkoztatási és szociális szakértők közreműködésével történik.

A *Foglalkoztatási és Szociális Hivatal* (a továbbiakban: hivatal) a szociális és munkaügyi miniszter (a továbbiakban: miniszter) irányítása alatt álló, foglalkoztatáspolitikai, munkaügyi, külön jogszabályban meghatározott szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi, ifjúsági, valamint rehabilitációs, a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásával kapcsolatos, továbbá a társadalmi párbeszéd működtetésével összefüggő feladatokat ellátó központi hivatal, jogi személy, önállóan gazdálkodó központi költségvetési szervezet. (Székhelye: Budapest).

Alapfeladatai:

- megállapítja a munkaügyi központok kötelező belső szabályzatainak elveit és főbb tartalmi követelményeit,
- meghatározza a munkaügyi központok szolgáltató tevékenységére vonatkozó szakmai követelményeket,
- meghatározza és kidolgozza a hatósági és a szolgáltató tevékenységhez szükséges informatikai és számítógépes rendszereket, a programrendszereket fejleszti, teszteli, telepíti, módosítja, továbbá kiadja a programkezeléssel kapcsolatos felhasználói segédanyagokat,
- fejleszti a munkaerő-piaci szolgáltatásokat,
- meghatározza a munkaügyi központok hatósági és szolgáltató tevékenységére vonatkozó adatgyűjtési rendszert, továbbá hatékonysági vizsgálatokat végez, amelyekhez kapcsolódóan prognózisokat, elemzéseket, statisztikai összesítéseket, nyilvántartásokat készít,
- javaslatot tesz a hivatal és a munkaügyi központok informatikai rendszerének és ingatlanállományának fejlesztésére, valamint az Munkaerő-piaci Alapban rendelkezésre álló központosított keret felhasználására,
- ellátja az Állami Foglalkoztatási Szolgálat munkatársainak humán erőforrás fejlesztéséhez és belső szakmai képzéséhez kapcsolódó feladatokat,

- szakmailag koordinálja a regionális munkaügyi központok hatósági ellenőrzési feladatait.⁴²

5. A Foglalkozási rehabilitáció magyarországi gyakorlata

5.1 Alapvető problémák

Ha a gyakorlatot nézzük, mi kell ahhoz, hogy a megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatása biztosított legyen?

Véleményem szerint, ehhez talán a legfontosabbak:

- Kell az adott személy elhatározása, akarata,
- egy munkáltató, aki foglalkoztat (az önfoglalkoztatást ebben az esetben nem vizsgálom)
- egy olyan gazdasági környezet, mely a munkahelyek számát megteremti
- megfelelő infrastruktúra
- és nem utolsósorban szükség van a társadalom elfogadására

Természetesen ezek a feltételek egymásból következnek, egymást feltételezik, nem elválaszthatóak egymástól. Például hiába akar dolgozni, egy megváltozott munkaképességű személy, ha nincs olyan munkáltató, aki foglalkoztatná. Hiába akar egy megváltozott munkaképességű személy dolgozni, ha nincs kialakítva megfelelő infrastruktúra, és így tovább. Sajnos ezek a feltételek nem, vagy nem megfelelő mértékben adóttak. Nézzük őket egyesével.

Az adott személy elhatározása, akarata:

Sokszor találkozunk a motiváció, akarat hiányával.

Ennek legtöbbször az oka:

- Magas a szakképzetlenek aránya
- Félelem a hosszú távú, biztos jövedelem elvesztésétől.
- Az elérhető jövedelem kevesebb, mint a rokkant ellátás + a „feketemunka” jövedelme

⁴² http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_afsz_hasznos_megvaltt_munkavall (Letöltés ideje: 2012.10.14.)

- Szegregáció és izoláció:
 - munkahelyi élmények, közösségi kapcsolatok megfakulnak
 - beletörődés a jövedelem kiesésbe, kialakuló túlélési technikák
- A „betegszerep” nyújtotta legitim állapot védelemének elvesztése.
- Mobilitási problémák.
- Stigmáktól, előítéletektől való félelem.
- Önbecsülés hiánya, feleslegessé válás érzésének rögzülése.
- Az újra munkába állás haszna nincs arányban az egyénre és a családra háruló erőfeszítéssel.⁴³

Megváltozott munkaképesség: a magyar nyelv plasztikusan fejezi ki azt az élethelyzetet, amikor valamilyen betegség vagy baleset következtében valakinek módosítania vagy esetleg gyökeresen változtatnia kell addigi életvitelén, munkamódján, kereső tevékenységén. Ez természetesen nem könnyű feladat. Mindannyian emlékszünk még fiatalkorunk pályaválasztási dilemmáira. A legtöbb esetben fiatalon sem volt könnyű mérlegelni azt, hogy mi az, ami érdekel, milyen képességeim és készségeim vannak, vagy esetleg milyen korlátokkal, akadályozó tényezőkkel kell számolnom. Tulajdonképpen hasonló helyzet áll elő a fent említett esetben is, csak hogy a mérlegelést nehezíti az életkor, a testi vagy pszichés károsodás, melyekből adódóan a lehetőségek is beszűkülnek.⁴⁴

Tehát tegyük fel, hogy egy húsz éve ügyvédként dolgozó személy spazmodikus diszfónia következtében elveszíti hangképző képességét. Ennek következtében ügyvédi tevékenységét tovább nem folytathatja, de az új aktív foglalkoztatáspolitikai nézetek szerint, ha ügyvéd nem is, de még remek asztalos válhat belőle. Ugye milyen egyszerű? Természetesen nem azt mondom, hogy ezután ne dolgozzon és üljön otthon, de látni kell, hogy ez egy hosszú és nehéz folyamat. Melynek idejére, pénzügyi és szakmabeli ellátásra szorul a delikvens. Emellett, ez súlyos lelki nehézségeket okoz az egyénnek, aki egész életében erre készült, hosszú éveken át tanult, élvezte a munkáját, és keresete is megfelelt számára. Ehhez képest kezdheti az életét újra felépíteni. És igen, lássuk be, nyilván azon is múlik, hogy akarja-e az ember vagy nem az újrakezdést, de a környezetnek, a rendelkezésre álló lehetőségeknek még nagyobb a jelentősége.

⁴³ PÓSFAL GÁBOR: 10.

⁴⁴ SZELLŐ JÁNOS (2011) 5.

Tehát ezeknek a hatalmas lelki, sőt anyagi vonzatú problémáknak a leküzdésében fontos, hogy legyen segítség, megfelelő háttér, aki végigkísér a rehabilitáció, foglalkozási rehabilitáció útján.

Munkáltató, aki foglalkoztat

Milyen tényezők befolyásolják a munkáltatót azon döntésében, hogy foglalkoztat-e megváltozott munkaképességű személyt, avagy sem? Vannak olyan tényezők, amik kifejezetten, ösztönzik arra, hogy a válasz igen legyen?

Befogadóvá lehet tenni a munkáltatót, ha tájékoztatjuk:

- A megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatásának előnyeiről,
- Arról, hogy milyen támogatások igényelhetők,
- Mekkora a kötelező foglalkoztatási szint, illetve a rehabilitációs hozzájárulás mértéke

Mikor éri meg megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztatni?

Megváltozott munkaképességű személyeket két esetben éri meg a munkáltatónak alkalmaznia. Az első eset az, amikor a megváltozott munkaképességű személy a foglalkozási rehabilitációját (képzés, felkészítés, begyakorlás) követően az ép munkavállalókkal azonos értékű munkát tud végezni, anélkül, hogy ez a munkáltatónak többletköltséget okozna. A második esetben ez a feltétel nem teljesül, de a megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatása miatti kisebb termelékenységset, magasabb költséget az állami támogatás kompenzálja.⁴⁵

Ezek alapján elmondható, hogy az első esetben azt a személyt foglalkoztatja, akinek a rehabilitációja teljes mértékben sikerült, tehát tulajdonképpen már nem is tekinthető megváltozott munkaképességűnek. A második esetben pedig, kizárólag állami támogatás fejében. Ez ismét rengeteg kérdést vet fel. Az egyik ilyen kérdés, hogy az adott személy után járó támogatás megszűnése után, biztosított a megváltozott munkaképességű személy továbbfoglalkoztatása? Sajnos azonban ebben a dolgozatban, a terjedelemre való tekintet miatt sincs lehetőségem kitérni.

⁴⁵PULAY GYULA (2009) 23.

Az egyik legmarkánsabban kirajzolódó foglalkoztatási motiváció a Rehabilitációs hozzájárulás. A 2011. évi CXCI. Törvény 23. §-a szerint a munkaadó a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjának elősegítése érdekében rehabilitációs hozzájárulás fizetésére köteles, ha az általa foglalkoztatottak létszáma a 25 főt meghaladja, és az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek száma nem éri el a létszám 5 százalékát (a továbbiakban: kötelező foglalkoztatási szint). A rehabilitációs hozzájárulás mértéke 964 500 Ft/fő/év.

Tehát a befizetési kötelezettség eredménybefolyásoló súlya közel sem elhanyagolható. Mivel az a gazdasági érdek, amit a rehabilitációs hozzájárulás megtakarítása jelentett remek ösztönző eszköznek bizonyult.

Olyan gazdasági környezet, mely a munkahelyek számát megteremti

Magyarország és a világ gazdasági helyzetét nem szeretném kielemezni. Azonban nagy vonalakban annyi elmondható, hogy a gazdasági világválság nem volt jó hatással a foglalkoztatásra sem, és hatásai még ma is érződnek. Tehát annyi következtetés leszűrhető, hogy a jelen hazai gazdasági helyzet keretei között, a megváltozott munkaképességűeknek az elhelyezkedési esélyei nem túl magasak.

Megfelelő infrastruktúra

Gondolok itt a környezet és a munkahelyek akadálymentesítésére. Fontos azonban a komplex akadálymentesítés, mivel a fogyatékoság megnyilvánulása és mértéke igen sokféle lehet. A komplex akadálymentesítés célja, a különféle fogyatékoságban szenvedők egyszerre történő "kiszolgálása".

Társadalmi elfogadás

Sajnos nő a társadalmi, gazdasági feszültség és távolság az egyes társadalmi csoportok között. Állandósul a kirekesztettek köre. Kialakulnak és megszilárdulnak azok a társadalmi paradoxonok, amelyek akadályozzák a megoldás megtalálást. A legtöbben még mindig a régi feltételekkel érvelnek: „*Aki akar, az tud dolgozni*” Keveset beszélünk arról, hogy sok esetben a munkavégzés nem az akarton, hanem pl. a környezeti feltételeken (nincs elegendő munka), a képességen (túlzottak a teljesítményelvárások, s nem mindenki felel meg ezeknek).⁴⁶

⁴⁶ CSOBA JUDIT (2010): A tisztességes munka, A teljes foglalkoztatás: a 21. század esélye vagy utópiája? L'Harmattan Kiadó, Budapest 10-11.

5.2.A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának jelenlegi hazai rendszere

A rendszer ismertetéséhez, elengedhetetlennek tartom, hogy felvázoljam az egészségkárosodással élők munkaerő-piaci helyzetét.

Tátrai Annamária kutatása szerint, az egészségkárosodással élő emberek 12%-a dolgozik alkalmazottként (felük, azaz 6%-nyian részmunkaidőben), 1%-uk vállalkozó, további 2%-uk alkalmi munkákból él. A vizsgált népesség 85%-a tehát inaktív. (1. táblázat) ⁴⁷

1. táblázat. Az egészségkárosodott népesség jelenlegi foglalkoztatottsága

	Egészségkárosodással élő népesség %
Alkalmazott, teljes munkaidőben	6
Alkalmazott, részmunkaidőben	6
Vállalkozó	1
Alkalmi munkákból él	2
Inaktív	85
Összesen	100

Magyarországon a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása több formában is megvalósulhat:

- **Integrált foglalkoztatás**
- **Védett foglalkoztatás**
- **Szociális (intézményi) foglalkoztatás**
- **Védett szervezeti foglalkoztatást**

Integrált foglalkoztatás

⁴⁷TÁTRAI ANNAMÁRIA: Szándék és képességek. Az egészségkárosodott népesség (újra) foglalkoztathatóságáról. In: Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon Kutatási Szerkesztő Nagy Zita Éva Kiadja a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002 93.

Ha a megváltozott munkaképességű munkavállaló olyan munkahelyen dolgozik, ahol munkatársai döntő többsége nem megváltozott munkaképességű. Az integrált foglalkoztatás megvalósulhat úgynevezett akkreditált munkáltatónál és akkreditációval nem rendelkező munkáltatónál is.⁴⁸

Az akkreditált munkáltatónál történő foglalkoztatás

A munkáltatók akkreditációjának célja annak tanúsítása, hogy – az akkreditációs tanúsítványban meghatározott székhelyen, telephelyen, illetőleg fióktelepen – a munkáltató rendelkezik azokkal a személyi és tárgyi feltételekkel, amelyek biztosítják az egészségkárosodással élő és fogyatékos személyek egészségi állapotának és fogyatékoságának megfelelő munkahelyi környezetben megvalósuló foglalkoztatását, és – tevékenységével elősegíti a munkavállalók képességeivel elérhető legmagasabb szintű foglalkoztatás megvalósítását.⁴⁹

Védett foglalkoztatás

Ebben az esetben, a munkáltató a piacon értékesíthető tevékenységet végez és ehhez a tevékenységhez jelentős részben megváltozott munkaképességű embereket alkalmaz, a munkakörülményeket és munkafeltételeket a megváltozott munkaképességűek speciális igényeihez igazodva alakítja ki. Ezzel összefüggésben a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásához jelentős állami támogatásban részesül.

Szociális (intézményi) foglalkoztatás

Itt a munkáltató szociális intézmény, a foglalkoztatottak szociális gondozásra szoruló személyek, és a foglalkoztatás elsődleges célja maga a rehabilitáció, és nem a piacon gazdaságosan értékesíthető termékek előállítása.⁵⁰

Védett szervezeti foglalkoztatást,

⁴⁸ PULAY GYULA (2009) 27.

⁴⁹ Uo. 27-28.

⁵⁰ Uo. 29.

Amely egyfajta átmenet a védett foglalkoztatás és a szociális (intézményi) foglalkoztatás között.⁵¹

A jelenlegi rehabilitációs támogatási rendszer azonban csak 30-40 ezer embernek biztosít védett, vagy támogatott foglalkoztatást. Az elmúlt öt évben a támogatási rendszer több elemét is átalakították. Ennek ellenére, az évi 60 milliárdnyi támogatás legnagyobb része továbbra is a nyílt munkapiactól elzárt, ún. védett szervezeti foglalkoztatásra jut, és alig néhány milliárdot fordít a költségvetés a nyílt munkapiaci elhelyezkedést segítő szolgáltatásokra. Sem a védett szervezetek dotációja, sem a bértámogatás nem függ attól, hogy a munkáltató hány dolgozóját tudta sikerrel rehabilitálni és elhelyezni a nyílt munkaerőpiacon.⁵²

Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy a nyílt munkaerő-piacon jelen körülmények között a megváltozott munkaképességű személyek elhelyezkedésének esélyei nem túl nagyok, a védett foglalkoztatási rendszer, ahol viszont tárt karokkal várna őket, nem biztosít megfelelő számú helyet. Tehát mindenképpen szükség van változtatásokra, hogy azok, akik az új törvény következtében kiestek az ellátottak köréből, visszakerülhessenek a munkaerő-piacra.

5.3. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási rendszerének átalakítási irányai

Figyelembe véve az új európai foglalkoztatási stratégiát, a fogyatékos (megváltozott munkaképességű) személyek integrációjára vonatkozó ajánlásokat, valamint a foglalkozási rehabilitáció jelenlegi magyar gyakorlatát, hosszú távon az alábbi területek felülvizsgálatára, kialakítására vagy korszerűsítésére van szükség:

- Rehabilitációs programot megalapozó munkaképesség-mérés módszereinek és intézményi kereteinek kialakítása
- Foglalkozási rehabilitáció intézmény- és eszközrendszerének felülvizsgálata és korszerűsítése

⁵¹ Uo. 31.

⁵² SCHARLE ÁGOTA (2011): Foglalkoztatási rehabilitációs jó gyakorlatok Magyarországon, Szakpolitikai Elemző Intézet Kutatásjelentés (javított változat) Budapest, 2011 3.

- Munkaerő-piaci segítő szolgálat feltételeinek megteremtése
- Foglalkoztatást elősegítő érdekeltségi rendszer kialakítása (állami támogatások újraszabályozása)
- Integrációt elősegítő foglalkoztatási formák kereteinek kialakítása
- Védett foglalkoztatás feltételrendszerének kidolgozása
- Összhang megteremtése az ellátórendszerek és a foglalkoztatás különböző formái között
- Közép és felsőfokú rehabilitációs szakemberek képzésének beindítása
- Változásmenedzselés személyi és pénzügyi feltételeinek kialakítása (meglévő intézmények és szervezetek átalakulásának segítése)⁵³

Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP)

A TÁMOP keretében az aktivitás növelésére irányuló stratégia a foglalkoztatáspolitikát, az oktatást és a képzést, a szociális szolgáltatásokat és az egészség megőrzését, helyreállítását célzó szolgáltatások eszközeire építve valósul meg. A különböző szakterületek intézkedései az alábbi közös célkitűzések (ún. specifikus célok) mentén valósulnak meg:

- A munkaerő-piaci kereslet és kínálat összehangolásának javítása.
- Az aktivitás területi különbségeinek csökkentése.
- A változásokhoz való alkalmazkodás segítése.
- Az egész életen át tartó tanulás támogatása.
- Az egészségi állapot és a munkavégző-képesség javítása.
- A társadalmi összetartozás erősítése, az esélyegyenlőség támogatása⁵⁴

Tehát láthatjuk az európai iránymutatások általánosságban fogalmazták meg a célokat, a célok elérést segítő eszközöket nem említik.

A következőkben konkrét lehetőségeket fogunk vizsgálni, mely a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatási arányának növelését segíthetik.

⁵³ SZELLŐ JÁNOS (2009): A foglalkozási rehabilitáció elmélete és gyakorlata, szöveggyűjtemény, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest 27-28.

⁵⁴ SZELLŐ JÁNOS (2009): A foglalkozási rehabilitáció elmélete és gyakorlata, Jegyzet, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, 2009 35.

Az Országgyűlés által 2006-ban elfogadott új Országos Fogyatékosügyi Program egyik alapelve az integráció elve. A Program 4.3. pontja megállapítja, hogy a társadalmi életben való aktív részvétel elsősorban a foglalkoztatással érhető el. Elősegítésére az alábbi utak kínálkoznak:

- a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás fenntartása a fogyatékosná válás (az egészségkárosodás) bekövetkezte után is;
- a munkaerőpiac hozzáférhetővé tétele a megváltozott munkaképességű emberek számára;
- köztes munkahely segítségével történő nyílt munkaerő-piaci elhelyezkedés elősegítése;⁵⁵

Vizsgáljuk meg e négy lehetőséget részletesen!

A nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás fenntartása a fogyatékosná válás (az egészségkárosodás) bekövetkezte után is;

A tartós betegség miatt a rokkantnyugdíjassá válóknak csak igen kis hányada lesz ismét aktív kereső. A KSH Népeségtudományi Kutató Intézetének „Életünk fordulópontjai” című kérdőíves vizsgálatának tanúsága szerint a 2001-ben rokkantnyugdíjasok mindössze 1 százaléka dolgozott 2004-ben, 90,2 százalékuk rokkantnyugdíjas maradt, 6,2 százalékuk öregségi nyugdíjassá, 2,5 százalékuk úgynevezett egyéb inaktívvá vált.

A tipikus út tehát az, hogy az egészségkárosodást követően a sérült személy felhagy a munkavégzéssel, inaktívvá válik, majd állapota stabilizálódását követően megkísérli a részleges rehabilitációt, azaz megpróbál rokkantsági ellátása megtartása mellett dolgozni.

Ez tehát többnyire nem a teljes értékű rehabilitációra irányul, mivel a munkaképességét részben elvesztő dolgozók ma abban érdekeltek, hogy rokkantsági nyugdíjat szerezzenek és a rokkantsági nyugdíj melletti munkavállalással kiegészítő jövedelemhez jussanak. Ez utóbbi érdekében gyakran olyan (szakképzettséget nem igénylő, rosszul fizetett) munkát is elvállalnak, amely nem segíti elő rehabilitációjukat. Ráadásul ilyen munkahelyek a nyílt munkaerőpiacon egyre kevésbé vannak, következésképpen még foglalkoztatásuk jelenlegi alacsony szintjét is csak speciális munkahelyek tízezreinek kiemelt támogatásával lehet fenntartani.

⁵⁵ PULAY GYULA (2009) 41-42.

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

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

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

- A rokkantnyugdíjat igénylők között túlreprezentáltak az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők és a szakképzetlenek. Számukra eleve beszűkültek az elhelyezkedési lehetőségek.
- Különösen kevés a se szakképzettséget, se nehéz fizikai munkát nem igénylő munkaköröknek a száma, ezért objektíve is kevés a lehetőségük arra, hogy életük 40-65 éves kora közötti szakaszában munkavégzés révén biztos egzisztenciát teremtsenek.
- Tipikus, hogy egészségi állapotuk jelentős megromlásakor a dolgozók több-kevesebb ideig kiesnek a munkából. A táppénz lejárta előtt rokkantsági nyugdíjat igényelnek és ennek megszerzése esetén elhagyják munkahelyüket. Egészségi állapotuk stabilizálódása után próbálnak meg ismét munkába állni. Ilyenkor viszont elhelyezkedési esélyeik már lényegesen rosszabbak. Ezek az emberek általában 45 évesek már elmúltak. Ezen életkor felett már rendkívül nehéz visszalépni a munkaerőpiacra, különösen komoly egészségkárosodással.
- Az egészségi állapot tartós és jelentős megromlása a magasabb képzettségű dolgozó számára is gyakran azt jelenti, hogy korábbi jövedelmét még teljes értékű rehabilitáció esetén sem tudja elérni. Következésképpen a rokkantsághoz kötődő ellátás és a munkából származó jövedelem együttes elérésére törekszik.
- A megromlott egészségi állapotú emberek még inkább ki vannak téve a munkanélküliség kockázatának. Érthető ezért, hogy a hosszabbtávon biztonságot

nyújtó nyugdíjról még a rövidtávon magasabb jövedelmet biztosító munkavállalás kedvéért sem mondanak le.⁵⁶

Mindezek a tényezők azt mutatják, hogy a rokkantsági nyugdíjasok visszavezetése az integrált foglalkoztatásba igen komoly nehézségekbe ütközik. Hatékonyabb politikának látszik a rokkantnyugdíjazás megelőzése, azaz az egészségkárosodott emberek benntartása az integrált foglalkoztatásban mindaddig, amíg rehabilitációjuk nem indul meg. Érdemes megemlíteni, hogy itt nem magyar jelenségről van szó. Az Európai Bizottság 2008-2009-re szóló Fogyatékosügyi Akcióterve szintén azt a problémát emeli ki, hogy az egyszer már rokkantnyugdíjassá vált dolgozót nagyon nehéz visszavezetni a munkaerőpiacra.

A munkaerőpiac hozzáférhetővé tétele a megváltozott munkaképességű emberek számára;

Világos az üzenet: a fogyatékos emberek foglalkoztatásának bővítése nem néhány száz speciális munkahely létrehozásánál múlik, hanem azon, hogy a munkaerőpiac befogadó-e a fogyatékos emberek előtt. Például:

- vonzó-e számukra a munkavállalás vagy csak alacsony presztízsű, rosszul fizetett munkahelyekre léphetnek be,
- elérhetőek-e számukra az Állami Foglalkoztatási Szolgálat (ÁFSZ) szolgáltatásai,
- vannak-e speciális, az ő igényeikhez igazodó munkaerőpiaci szolgáltatások,
- tudnak-e piacképes képzettséget szerezni?⁵⁷

A nyílt munkaerő-piaci elhelyezkedés elősegítése köztes munkahellyel

Az integrált foglalkoztatásra való felkészítés szempontjából nagyon fontos, hogy legyenek olyan „gyakorló helyek”, ahol ezek a kompetenciák elsajátíthatóak. Az integrált foglalkoztatást tehát megelőzi egy olyan munkahelyen történő foglalkoztatás, amely felkészíti a fogyatékos személyt az integrált foglalkoztatásra. A szakirodalom ezekre a munkahelyekre több elnevezést is használ: gyakorló hely, köztes munkahely, tranzit-munkahely, közvetítő munkahely. E fogalmak még nem igazán letisztultak.⁵⁸

⁵⁶ Uo. 43-44.

⁵⁷ Uo. 45-46.

⁵⁸ Uo. 47-48.

6. Összegzés

Mindezek alapján megállapítható, hogy már a foglalkozási rehabilitációhoz kapcsolódó fogalmak meghatározása sem egyszerű. A történelem során hatalmas változásokat éltek meg ezek a fogalmak. Európai egyezmények, szervezetek, meghatározók voltak a fogalmak alakulásában, melyekre nagy hatást a fogyatékoságpolitika politikai mezején lezajlott változások gyakoroltak. Ezek vitathatatlanul befolyásolták a magyar jogban megjelenő fogalmakat. Ezen fogalmak elkülönítésére azért került sor, hogy megállapíthassuk, hogy a foglalkozási rehabilitációnak kik lehetnek az alanyai. A fogyatékosokat tekintve kiderült, hogy tekintették őket orvosi kezelés, rehabilitáció alanyának, vagy esélyegyenlősítés címzettjének, de egy bizonyos, hogy a rehabilitáció során a fogyatékos emberek is címzettek. Az is megállapításra került, hogy a fogyatékosággal élő személy fogalma nem azonos a megváltozott munkaképességű személy fogalmával.

A történeti kérdést tekintve, a rendszerváltás eseményeinek van a legnagyobb kihatása a jelen helyzetre. Rendkívül nagy a jelentősége annak, hogy a rendszerváltás következményeként megjelenő munkanélküliséget a rokkantnyugdíjazás eszközével kezelték. Sajnos nincs arról számszerű adat, hogy hányan voltak azok, akik végleges rokkantnyugdíjasságot szereztek különböző korrump eszközökkel. Így sajnos már az ő felülvizsgálatukra nem kerül sor. Minden esetre, az akkori megengedő rendszer, nagyban hozzájárult, hogy mára egy olyan létszám alakult ki, melynek eltartása nem fenntartható. Többek között ezzel indokolta a kormány a változásokat, tehát, hogy a jelenlegi rendszer a kormány szerint már nem tartható fenn, pazarlása mellett átláthatatlan. Magyarországon kétszer több rokkantnyugdíjas van az Unió átlaghoz képest, ezzel egyenes arányban pedig a rokkantak foglalkoztatottsága jelentős lemaradást mutat. De ugye, mint ahogy a tanulmányban leírtam Szakály József a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetségének (MEOSZ) főtitkára szerint ez a szám túlzó, és semmivel sem nagyobbak a hazai számok, mint az Unió átlag.

A jogszabályi változásokat illetően összefoglalóan elmondható, hogy folyamatosan szigorodtak a jogosultsági feltételek. Fontos, hogy rokkant nyugdíjról, vagy ellátásról van-e szó, hiszen a nyugdíjak finanszírozása a nyugdíj-alapból történik, az ellátás pedig *táppénz*-szerű ellátás. A szomorú tény az, hogy teljesen mindegy, hogy jogosan vagy jogtalanul kritizálják az új törvényt a hozzáértők. A törvény már hatályos, tehát a benne foglaltak betartása kötelező. Ebből pedig az következik, hogy amin változtatni nem lehet, akkor ahhoz

meg kell tanulni a legjobban alkalmazkodni. Ebben pedig az segítene, ha a foglalkozási rehabilitációban hasznos eszközök lennének jelen. Persze jelen gazdasági helyzetben semmi sem ilyen egyszerű. Ha egy egyszerű példával szeretnék élni, ez a törvény is olyan, mint az a rendelkezés, hogy az általános és középfokú iskolákban kötelező a heti öt testnevelés óra megtartása. Azonban nincs hely, ahol ezt az óraszámot biztosítani lehet. Tehát meghoztak egy szabályt, aminek a megvalósulásához a háttér nincs biztosítva. Ugyanígy nyugodtan elmehet dolgozni a megváltozott munkaképességű személy, kihasználva adottságait, de az, hogy nincs hova, az már nem számít. Persze ez így önmagában nem igaz, hiszen vannak próbálkozások, hogy működjön a rendszer. Ilyen a kötelező foglalkoztatási szint. Véleményem szerint az 5.2. részben foglaltak is működőképes lehetőségek, tehát a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás fenntartása a fogyatékosná válás (az egészségkárosodás) bekövetkezte után is; a munkaerőpiac hozzáférhetővé tétele a megváltozott munkaképességű emberek számára, a nyílt munkaerő-piaci elhelyezkedés elősegítése köztes munkahellyel, a nyílt munkaerőpiacon való közvetlen elhelyezkedés elősegítése, a magánbiztosítás lehetséges szerepe a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának elősegítésében. Ezek véleményem szerint, működő ötletek, de sok közülük még csak elképzelés, vagy nem megfelelően működik. Akkor kellett volna a 2011. évi törvényhez hasonló radikális változásokat bevezetni, amikor ezek az ötletek kiépültek, működnek. Tehát a változatlan ellátásuk folyósítása mellett, próbálni ezekkel az eszközökkel visszavezetni az embereket a munka világába, és nem utolsó sorban akkor, amikor már valamennyire stabilizálódott a gazdasági helyzete az országnak, nem pedig fordítva, eszközként használni az ellátások elvonását a helyzet javítására. Véleményem szerint hatékony lenne, ha az ellátások folyósítása mellett kötelezővé tennék, védett munkahelyen történő foglalkoztatásukat a megváltozott munkaképességű személyeknek, például négy órában meghatározott ideig. És ezért a munkáért cserébe kapnák az ellátásukat. Majd bizonyos idő eltelte után köztes munkahelyen dolgoznának tovább ugyanilyen feltételekkel. Majd az adott szervezet, ahol ilyen formában dolgoznak, munkát keres nekik, állásinterjúkra küldi őket. És ha sikeres a felvétel csökkentenék az ellátás mértékét, meghatározott idő után pedig teljesen megszüntetnék.

A dolgozat elején feltett kérdések:

- Melyek a foglalkozási rehabilitációs rendszert érintő konkrét törvényi rendelkezések? A legfontosabb és legmeghatározóbb a megváltozott munkaképességűekről szóló 2011. évi CXCI. törvény.

- Mennyire befolyásolják a magyar rendszert az Európai Unió által támasztott elvárások? Az unió által támasztott követelmények már a magyar jogban megjelenő fogalmak meghatározásánál észlelhető volt. És ezen elvárások végigkísérik a foglalkozási rehabilitációt érintő programokat, kiépült támogatási rendszereket is.
- Az adott intézkedések milyen intézményeken keresztül valósulnak meg, és mit mutat a konkrét gyakorlat? Az intézményeket érintve is nagy változások következtek be. A legjelentősebb intézmény Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, a konkrét gyakorlatot tekintve pedig leírtam, hogy a foglalkozási rehabilitáció alapvető célja, hogy növekedjen a fogyatékossgal élő emberek között a foglalkoztatottak, mindenképp az integráltan foglalkoztatottak száma és aránya, de a foglalkozási rehabilitációt befolyásolja az adott térség munkaerő-piaci helyzete, a perspektívák, a mérlegelési lehetőségek. Ami azt is jelenti, hogy hiába működik egy országban a foglalkozási rehabilitáció a legmegfelelőbben, nem éri el célját, ha az adott munkaerő-piaci helyzet nem megfelelő. Nem kell kutatást végezni, hogy ismerjük Magyarországon munkaerő-piaci helyzetét, ebből következően, véleményem szerint hazánkban a foglalkozási rehabilitációs törekvések halálra vannak ítélve. Tehát az ellátotti körből kikerülteknek elenyésző esélye van arra, hogy munkát találjanak.

Ezekből pedig megállapítható, hogy jelen rendszer nem segíti, hogy a megváltozott munkaképességűek integrálódjanak a munkaerőpiacra és ezzel közelebb kerüljenek egy teljes élet megvalósításához, mellyel a társadalom hasznos tagjává válhatnak.

7. Irodalomjegyzék

1. ATKIN, W.R. (1997): Adult Guardianship Reform – Reflections on the New Zealand Model. *International Journal of Law and Psychiatry*. 20. (1), 77-96.
2. BÉLECZKI LAJOS - BÉLTEKYNÉ MAJOR MÁRTA - FEHÉR MIKLÓS - HRABOVSKY JÓZSEF - NÉMETH JENŐNÉ - PAÁL GYÖRGY - ROSNER VILOMS - SKRADA KATALIN - TIHANYI KÁROLY (1989): A rehabilitáció kézikönyve, Népszava Kiadó Vállalt, Budapest

3. BLANKMAN, KEES (1997): Guardianship Models in the Netherlands and Western Europe, *International Journal of Law and Psychiatry*, 20. (1), 47-57.;
4. BLEIDICK, ULRICH (1967): Metatheoretische Überlegungen zum Begriff der Behinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 27, (7), 408-415.,
5. CSOBA JUDIT (2010): A tisztos munka, A teljes foglalkoztatás: a 21. század esélye vagy utópiája? L'Harmattan Kiadó, Budapest
6. DHANDA, AMITA (World Network of Users and Survivors of Psychiatry): Article 9: Equal Recognition As A Person Before the Law Legal Capacity Note AHC, Advocacy Note on Legal Capacity
7. FARKASNÉ JAKAB ESZTER – HORVÁTH PÉTER – MÉSZÁROS ANDREA – NAGY JANKA TEODÓRA – PETRÓCZI FERENC – SIMA FERENC – SZELLŐ JÁNOS (2012): Szekszárdi Szociális Műhelytanulmányok 3. A Komplex rehabilitáció, PTE IGYK Szociális Munka és Szociálpolitikai Intézet Szekszárd
8. GERE ILONA, SZELLŐ JÁNOS (2007): Foglalkozási rehabilitáció jegyzet, A kiadványt a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával kiadja a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest
9. GERENCSÉR LÁSZLÓ (2000): Nyugdíjaz az Európai Unióban In: Augusztinovics Mária (szerk.) *Körkép reform után, Tanulmányok a nyugdíjrendszerről*, Közgazdasági Szemle Alapítvány, Budapest
10. HERNÁDI, ILONA – KÖNCZEI, GYÖRGY (2011): A fogyatékoságtudomány fogalma és annak változásai. Hipotetikus kísérlet rekonstrukcióra. In: Nagy Zita Éva (szerk.): *Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, TÁMOP 5.4.1./08/1-2009-0002 számú kiemelt projekt, Budapest, 7-28.
11. HERR, STANLEY S. (2003) 429-450
12. http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_afsz_hasznos_megvaltt_munkavall (Letöltés ideje: 2012.10.15.)
13. http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_afsz_hasznos_megvaltt_munkavall (Letöltés ideje: 2012.10.14.)
14. http://www.meosz.hu/new_index_00_hirek_one.php?mcs=meoszsajto&rec_azonosit=d_meoszsajto_hirek_331 (Letöltés ideje: 2012.10. 10.)

15. <http://www.kormanyhivatal.hu/hu/szakigazgatasi-szervek/rehabilitacios-szakigazgatasi-szerv>
(Letöltés ideje: 2012. 10. 14.)
16. <http://nrszh.kormany.hu/a-hivatal-alaptevenysege-feladat-es-hataskore> (Letöltés ideje: 2012.10.15.)
17. JAKAB NÓRA: A margón és azon túl – Az intellektuális és pszichoszociális fogyatékkal élő emberek cselekvőképességéről, Novotni, Miskolc, megjelenés alatt
18. KAUFMANN, FRANZ-XAVER (1997): Herausforderungen des Sozialstaates. Suhrkamp, Frankfurt am Main
19. KÁLMÁN ZSÓFIA – KÖNCZEI, GYÖRGY (2002): A taigetosztól az esélyegyenlőségig, Osisis, Budapest, 89.,
20. KOLOSI TAMÁS-TÓTH ISTVÁN GYÖRGY (2008): A rendszerváltás nyertesei és vesztesei – generációs oldalnézetből. Tíz állítás a gazdasági átalakulás társadalmi hatásairól In: Társadalmi riport, TÁRKI, Budapest
21. KÖNCZEI GYÖRGY (1994): „Mégis kinek az érdeke?” A fogyatékkutatás és a fogyatékospolitika útja a rehabilitációtól a független életig. „A Rák Ellen, Az Emberért, A Holnapért!” Társadalmi Alapítvány, Budapest
22. LAKATOS GYULA (2010): A nemzeti erőforrások és a hazai foglalkoztatáspolitikai kálváriája. In: Valóság, 9. szám 65-85.
23. LECHERNÉ VADÁSZ JUDIT (2009): A foglalkozási rehabilitáció magyarországi helyzete In: Fogyatékoságtudományi tanulmányok XI., A foglalkozási rehabilitáció Magyarországon: a szabályozás múltja, jelene, jövője, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
24. MASCHKE, MICHAEL (2008) 18. 1 MASCHKE, M. (2008): Behindertenpolitik in der Europäischen Union. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
25. OFFE, CLAUS (1995): Schock, Fehlkonstrukt oder Droge? Über drei Lesarten der Sozialstaatskrise. In: Werner Fricke (szerk.): Zukunft des Sozialstaats: Jahrbuch Arbeit und Technik. Zukunft des Sozialstaats. Bonn, 31-41.
26. PÓSFAI GÁBOR: Az ORSZI feladatainak változása a komplex rehabilitáció folyamatában Dr. Pósfai Gábor főigazgató Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet. <http://gurulo.hu/sites/default/files/dokumentum/ORSZI-bemut.pdf> (Letöltés ideje: 2012. 10. 15.)

27. PULAY GYULA (2009): A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata Az Állami Számvevőszék Kutatóintézet Tanulmánya, Budapest
28. ROBERT HOLZMANN (1992): A kiegészítő nyugdíjrendszerek, célok, formák, kényszerek. In: Esély 5. szám
29. SABATIER, PAUL (1993): Advocacy-Kolationen, Policy Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik? in: Adrienne Héritier (szerk): Policy-Analyse, Kritik und Neuorientierung. Sonderheft der Politischen Vierteljahres Schriften 24. Westdeutscher Verlag, Opladen, 116-148.
30. SCHARLE ÁGOTA (2011): Foglalkoztatási rehabilitációs jó gyakorlatok Magyarországon, Szakpolitikai Elemző Intézet Kutatásjelentés (javított változat) Budapest, 2011
31. SZELLŐ JÁNOS (2009): A foglalkozási rehabilitáció elmélete és gyakorlata, Jegyzet, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, 2009
32. SZELLŐ JÁNOS (2009): A foglalkozási rehabilitáció elmélete és gyakorlata, szöveggyűjtemény, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest
33. SZELLŐ JÁNOS (2010): Foglalkozási rehabilitációs gyakorlat jegyzet a Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat munkatársai számára, a jegyzet a Társadalmi Megújulás Operatív Program 1.3.1 intézkedésének keretében az Európai Unió támogatásával készült, Kiadja a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Budapest
34. TARDOS KATALIN (1990): A foglalkozási rehabilitáció működése Magyarországon: A pamuttextilművek esete In: Esély 36-51.
35. TÁTRAI ANNAMÁRIA: Szándék és képességek. Az egészségkárosodott népesség (újra) foglalkoztathatóságáról. In: Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon Kutatási Szerkesztő Nagy Zita Éva Kiadja a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002

Felhasznált jogszabályok

36. 1991. évi IV. törvény, a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról

- 37. 1991. évi IV. törvény 42. § és a 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról 2. § (1)
- 38. 1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról
- 39. 1998. évi XXVI. Törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
- 40. 2007. évi LXXXIV. törvény a rehabilitáció járadékról
- 41. 331/2010. (XII.27.) Korm. rendelet
- 42. 2011. évi CXCI. Törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról