

FOGYATÉKOSSÁGTUDOMÁNYI TANULMÁNYOK III.
DISABILITY STUDIES



A FOGYATÉKOSSÁG DEFINÍCIÓI EURÓPÁBAN ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉS

Második, javított kiadás

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

2009

„A *fogyatékoságtudomány* a társadalmak politikáit és gyakorlatát vizsgálja, hogy jobban megértsük a fogyatékosággal kapcsolatos – sokkal inkább társadalmi, mint testi – tapasztalatokat. A *fogyatékoságtudományt* mint diszciplínát azzal a céllal fejlesztették ki, hogy a károsodás jelenségét kibogozza a mítoszoknak, az ideológiáknak és a stigmának abból a hálójából, ami ráborul a szociális interakciókra és a társadalompolitikára. E tudományág megkérdőjelezi azt az eszmét, amely úgy tekint a fogyatékosággal élő emberek gazdasági és társadalmi státuszára és a számukra kijelölt szerepekre, mintha azok a fogyatékosággal élő emberek állapotának elkerülhetetlen következményei lennének.”

A Fogyatékoságtudományi Társaság, 1998





Fogyatékoságtudományi Tanulmányok – Disability Studies

Sorozatunk célja az, hogy az ELTE GYK-n a jövőben a foglalkozási rehabilitációs szakirányú továbbképzésben részt vevő hallgatók számára széles, közös ismeretháttérrel teremtsünk.

Sorozatszerkesztő: Könczei György

Olvasószerkesztő: Molnár Gabriella • Tervezőszerkesztő: Durmits Ildikó

Tördelőszerkesztő: Lendér Livia

A kötet első kiadása az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán készült a Fogyatékoságtudományi és Foglalkozási Rehabilitációs Képzést előkészítő HEFOP-pályázat keretében, 2006-ban.

Az első kiadásban még megvolt, közel 10 000 hibát korrigáló jelen második, javított kiadás a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával készült 2009-ben.

Ezt a könyvet csak digitalizált formában kínáljuk, kizárólag saját hallgatóink számára, a jogtulajdonossal kötött egyszeri és kizárólagos megállapodás alapján. Bármely, írásos engedély nélküli további előállítása (nyomtatás, másolás stb.) szigorúan tilos.

We provide this book only in digitalized format and exclusively for our students at ELTE GYK under the agreement with the copyright holder. Any further reproduction (printing or copying etc.) prohibited without permission.

Köszönetnyilvánítás

A Fogyatékoságtudományi Tanulmányok/Disability Studies digitális könyvsorozata szerkesztői és leendő olvasói nevében ezúton köszönjük meg az EURÓPAI BIZOTTSÁG FOGLALKOZTATÁSI ÉS SZOCIÁLIS ÜGYEK FŐIGAZGATÓSÁGÁNAK és a SZOCIÁLIS ÉS MUNKAÜGYI MINISZTERIUMNAK, hogy a magyar változatnak a sorozatba történő beillesztésére lehetőséget adott.

Szociális biztonság és társadalmi integráció

A FOGYATÉKOSSÁG DEFINÍCIÓI EURÓPÁBAN ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉS

A Brunel Egyetem által készített tanulmány

Foglalkoztatás és szociális ügyek

Szociális biztonság és társadalmi integráció

Az Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága

Második, javított kiadás

Az angol szöveget a Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium fordíttatta magyarra, a Polfour Szolgáltató Bt. közreműködésével, 2004-ben

Ez a tanulmány angol, francia és német nyelven hozzáférhető.

E kiadvány tartalma nem szükségszerűen tükrözi az Európai Bizottság, illetve a Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatóságának véleményét, illetve álláspontját.

A kézirat lezárva: 2009 áprilisában.

© Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága, Brüsszel

A sorozatszerkesztő előszava

Sorozatunk III. kötete A FOGYATÉKOSSÁG DEFINÍCIÓI EURÓPÁBAN című összehasonlító elemzést tartalmazza. A művet az Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága jelentette meg, és a Brunel Egyetem készítette el a vizsgálatot: azt a minden, az Európai Unióhoz tartozó tagállamra szóló felmérést, amely alapjául szolgált a mostani kötet kiadásának.

Jelentős erénye a kötetnek, hogy a fogyatékoság definíciójával kapcsolatos, lényegében összes – az Európai Unión belüli – megközelítést bemutatja, megfelelően széles körű kutatási alapokon nyugszik, és ráadásul kiválóan használható akkor, ha az egyes EU-tagállamok fogyatékosággal kapcsolatos megközelítéseit kívánjuk értelmezni. (Ráadásul az egyes tagállamok saját nyelvén a legfontosabb fogalmakat is listázza.)

A Fogyatékoságtudományi Tanulmányok (Disability Studies) sorozat olvasója ezzel a kötettel nem csupán magát az átfogó művet kapja kézhez, hanem azokat a részelemeket, országspecifikus összefüggéseket is megismerheti, amelyek az egyes Európai Unió tagállamokban fellelhetők.

Szerkesztőtársam és a magam nevében a kötet eredményes tanulmányozását kívánom minden jelenlegi és jövőbeli hallgatónknak. Tudom, hogy amikor ez a kötet nem csupán folyamatos szöveggént, hanem már a Moodle e-tanulási rendszer részeként veszik kézhez, akkor még a jelenleginél is sokkal jobban kezelik majd e kötet tartalmát.

Budapest, 2009. március 11.



Könczei György
sorozatszerkesztő

Előszó

Ez az átfogó tanulmány, amely elemzi és értékeli a fogyatékoság különféle definícióinak a fogyatékos emberek érdekében hozott intézkedésekre gyakorolt politikai vonzatait, igen nagy jelentőségű azok számára, akik érdekeltek a fogyatékos embereket szolgáló közös cselekvés jövőjében.

A tanulmány világosan megmutatja, hogy a fogyatékoság tartalmának definíciója különleges hatással van arra, hogy a kormányzatok és más szervezetek milyennek tekintik a fogyatékos embereket, és hogyan bánnak velük. Engedtetsek meg nekünk, hogy két, európai összefüggésből kiragadott példát idézzünk: a különféle definíciók jelentős következménnyel járnak a fogyatékos emberek mobilitására, és arra a képességükre, hogy élni tudjanak az Amszterdami Szerződésben foglalt egyik elemi joggal és alapvető szabadságjoggal – a mozgásszabadsággal. A szabad mozgáshoz való jog talán még nagyobb jelentőségre tesz szert a huszonöt tagúvá bővülő Unióban, a nemzeti gazdaságok és a társadalmak fokozódó globalizációjának körülményei között.

A fogyatékoságot meghatározó definíciók és kritériumok – amelyeket a nemzeti törvények és más szabályozói szintek rögzítenek – nagymértékben különböznek egymástól a jelenlegi tizenöt tagállamban. Ez lehet a legnagyobb akadálya a fogyatékoság tárgyában hozott nemzeti döntések kölcsönös elismerésének, és különösen a speciális szolgáltatásokhoz és eszközökhöz való hozzáférési jogosultságnak. Így például az Európai Unióban a fogyatékos emberek különleges nehézségekkel találhatják magukat szemben a szociális biztonság és az európai polgárokat megillető más jogok tekintetében, amikor egyik tagállamból a másikba költöznek.

A Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága ennek a háttérnek az ismeretében adott megbízást e tanulmány elkészítésére, és e megbízásnak a Brunel Egyetem kiválóan eleget is tett. Egyrészt a tanulmány országról országra és juttatásról juttatásra részletes információval szolgál mindazon nemzeti szabályokról és intézkedésekről, amelyek a fogyatékos embereket érintik, illetve amelyek a fogyatékosággal kapcsolatos dimenzióval rendelkeznek, ezért kiváló eszközt ad a kutatók kezébe. Másrészt – ami véleményem szerint még fontosabb – gondolatébresztő összehasonlító elemzést kínál ezekről a szakpolitikai intézkedésekről és arról, hogy a definíciók miként befolyásolják e szakpolitikai intézkedéseket.

A tanulmány rámutat a fogyatékosággal kapcsolatos „társadalmi modell” egyes korlátaira is. Ez a „társadalmi modell” sokkal befogadóbban tekint a fogyatékoságra, mint a korábbi „orvosi modell”, mi több, annál jóval nagyobb mértékben ismeri el a fogyatékos emberek „jogait”. Mindazonáltal e „társadalmi modell” nélkülöz bizonyos naprakészséget a fogyatékosággal kapcsolatos intézkedések legújabb fejleményei terén, különösen, ami a fokozottan személyre szabott megközelítéssel elérhető eredmények főáramba helyezésének [*mainstreaming*], fokozott megismertetésének erősödő tendenciáját illeti.

Ennek az elemzésnek a kulcsfontosságú üzenete az, hogy a közhatóságoknak – európai szinten is – fontos szerepet kell játszaniuk abban, hogy a társadalmat mindinkább befogadóvá tegyék, nem utolsósorban azáltal, hogy megfogalmazzák a fogyatékoság nyitott és befogadó definícióját. Nem fér kétség ahhoz, hogy a tanulmány jelentős mértékben hozzájárul a Fogyatékosok Európai Évének utófigyeléséhez azáltal, hogy bemutatja, széles tér nyílik az információcsere és a kölcsönös politikai tanulás előtt: a tanulmány egyértelműen leszögezi, hogy a fogyatékoság alapkoncepciójával kapcsolatos zűrzavar és az egyértelműség hiánya a legnagyobb akadály az Európai Unión belül a fogyatékosággal összefüggő szakpolitikai intézkedések elemzése és értékelése előtt. Továbbá, a definíciók kérdése döntő fontosságú a fogyatékosággal összefüggő koherens intézkedések kidolgozásához, és annak megértéséhez is, hogy e sajátos terület fejleményei milyen kölcsönkapcsolatban állnak más, fontos szakmapolitikai területekkel, amilyen a diszkriminációellenesség, a jövedelemtámogató programok és a munkaerő-piaci politika egésze.

Jérôme Vignon
igazgató

Szociális Védelem és Társadalmi Integráció Igazgatóság

Tartalomjegyzék

A JELENTÉSBEN HASZNÁLATOS RÖVIDÍTÉSEK	11
1. függelék	15
2. függelék	16
3. függelék	17
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	18
I. RÉSZ: BEVEZETÉS ÉS MÓDSZERTAN	20
1. fejezet: Bevezetés	20
1.1. A Bizottság tenderdokumentumának háttere	20
1.2. A társadalmi modell	23
1.3. A fogyatékoságdefiníciók szociálpolitikai perspektívája	25
2. fejezet: A kutatás kontextusa és tervezése	28
2.1. Az említettekkel rokon kutatások	28
Az ICIDH és az ICF	28
Európa Tanács: A fogyatékoság felmérése	29
Az OECD: A fogyatékoság átalakítása képességgé	30
2.2. Kutatási terv	31
Az ellátások kiválasztása és leírása	31
Információhoz jutás	32
Függelék	33
II. RÉSZ: KUTATÁSI EREDMÉNYEK	35
3. fejezet: Fogyatékoságdefiníciók a szociálpolitikában	36
3.1. ADL-hez adott támogatás és az önálló életvitel előmozdítása	36
Fogyatékoságdefiníciók	36
A DLH-támogatás odaítélésének nem fogyatékosági kritériumai	38
3.2. Jövedelemfenntartás és jövedelemtámogatás	40
Az eljárási megközelítés	40
A képességprofil-megközelítés	42
Képességcsökkenés alapú megközelítés	43
A jövedelempótló támogatások nem fogyatékosági szempontjai	45
3.3. Foglalkoztatási intézkedések	47
Fogyatékoságfüggő különleges beavatkozások	48
Általános foglalkoztatási szolgáltatások	48
Kvótarendszerek	50
Összefoglalás	51
4. fejezet: A fogyatékoságfelmérési eljárások elemzése	52
4.1. A fogyatékoságfelmérési eljárások fajtái	53
Az orvosi adatokra támaszkodás mértéke	53
Az orvosok és más szakemberek döntési szabadsága	53
Összefoglalás	58
4.2. Felmérési gyakorlat az európai uniós államokban	54

III. RÉSZ: AZ EURÓPAI UNIÓ FOGYATÉKOSSÁGÜGYI POLITIKÁJA	59
5. fejezet: Fogyatékoság és diszkrimináció	59
5.1. Diszkrimináció és egyenlőségfelfogások	59
5.2. A szűkebb definícióhoz kapcsolódó jogok és érvek	65
5.3. Diszkriminációellenes definíciók és szociálpolitikai meghatározások	67
6. fejezet: A fogyatékos személyek mozgásszabadsága	69
6.1. Tartózkodási jogok	70
6.2. A juttatások hordozhatósága	71
6.3. Definíciók, tartózkodási hely és a döntések kölcsönös elismerése	72
A mindennapos tevékenység támogatása	72
A munkaképteleneket illető juttatásokhoz kapcsolódó definíciók	74
Összefoglalás	75
7. fejezet: Összehasonlítható fogyatékoságügyi adatok szolgáltatása	77
A foglalkoztatási rátára vonatkozó adatok összehasonlítása	77
A társadalombiztosításra vonatkozó adatok összehasonlítása	78
A fogyatékoság definíciójának jövőbeli nyomon követése	79
IV. RÉSZ: KÖVETKEZTETÉS	81
8. fejezet: Következtetés	81
8.1. A szociálpolitikában alkalmazott fogyatékoságkategóriák	81
8.2. Szociálpolitikai definíciók és kategóriák	82
8.3. Kategóriák, identitások és konstrukciók	84
A projekt résztvevői	86
HIVATKOZÁSOK	87
FÜGGELÉKEK	89
1. függelék: A munkaképtelenség felmérése	90
AUSZTRIA	91
BELGIUM	93
DÁNIA	95
FINNORSZÁG	97
FRANCIAORSZÁG	99
NÉMETORSZÁG	103
GÖRÖGORSZÁG	105
ÍRORSZÁG	108
OLASZORSZÁG	110
HOLLANDIA	112
NORVÉGIA	115
PORTUGÁLIA	118
SPANYOLORSZÁG	119
SVÉDORSZÁG	123
EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	126
2. függelék: Definíciók a foglalkoztatási intézkedésekben	132
AUSZTRIA	133
BELGIUM	136
DÁNIA	138
FINNORSZÁG	140
FRANCIAORSZÁG	142
NÉMETORSZÁG	144
GÖRÖGORSZÁG	148
ÍRORSZÁG	149

OLASZORSZÁG	151
HOLLANDIA	152
NORVÉGIA	154
PORTUGÁLIA	156
SPANYOLORSZÁG	157
SVÉDORSZÁG	158
EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	161

3. függelék: A mindennapos tevékenységek támogatásában és a független életvitel előmozdításában alkalmazott definíciók	165
AUSZTRIA	166
BELGIUM	167
DÁNIA	170
FINNORSZÁG	172
FRANCIAORSZÁG	174
NÉMETORSZÁG	176
GÖRÖGORSZÁG	178
ÍRORSZÁG	179
OLASZORSZÁG	182
HOLLANDIA	184
NORVÉGIA	186
PORTUGÁLIA	189
SPANYOLORSZÁG	190
SVÉDORSZÁG	192
EGYESÜLT KIRÁLYSÁG	195

A jelentésben használatos rövidítések

AAH	Allocation pour l'Adulte Handicapé (felnőttkori fogyatékosági segély – Franciaország)
ABW	Algemene Bijstandswet (szociális támogatás – Hollandia)
ACTP	Allocation Compensatrice au titre de la Tierce Person (kompenzációs segély harmadik személy segítségére szorulóknak – Franciaország)
ADL(s)	Activities of Daily Life (a mindennapi élet tevékenységei – Egyesült Királyság)
ADPA	Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (személyes önállóságot támogató helyi segély – Franciaország)
AF	Arbetsförmedling (foglalkozáscsere – Svédország)
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle (Egyesület a Szakmai Képzésért – Franciaország)
AGEFIPH	L'Association Nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (Fogyatékosok Foglalkoztatását Elősegítő Alapot Kezelő Nemzeti Egyesület – Franciaország)
AMA	American Medical Association (Amerikai Orvosi Egyesület – USA)
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen (Munkaerő-piaci Tanács – Svédország)
AMSG	Arbeitsmarktservicegesetz (törvény a munkaerő-piaci szolgáltatásokról – Ausztria)
ANPE	Agence nationale pour l'emploi (Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat – Franciaország)
AOI	Assegno ordinario di invalidità (rendszeres fogyatékosági segély – Olaszország)
ASL	Azienda Sanitaria Locale (helyi egészségügyi szervezet – Olaszország)
AtW	Access to Work (munkához jutás – Egyesült Királyság)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (általános törvény a rendkívüli orvosi kiadásokról – Hollandia)
BA	Bundesanstalt für Arbeit (Szövetségi Foglalkoztatási Intézet – Németország)
BA	Benefits Agency (Segélyhivatal – Egyesült Királyság)
BeinstG	Behinderteneinstellungsgesetz (törvény a fogyatékosok foglalkoztatásáról – Ausztria)
BIZ	Berufs-Informations-Zentrum (karriertanácsadó iroda – Németország)
BPGG	Bundespflegegeldgesetz (szövetségi törvény az ellátásról – Ausztria)
BSB	Bundesministerium für Soziale Befreiung (Szövetségi Szociálisügyi Hivatal – Ausztria)
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse (önirányított személyi támogatás – Norvégia)
BWA	Blind Welfare Allowance (vakok szociális támogatása – Írország)
CAA	Constant Attendance Allowance (állandó ellátási támogatás – Írország)
CAT	Centres d'aide par le travail (védett munkahelyek – Franciaország)
CCI	Certified cause of incapacity (igazolt munkaképtelenségi ok – Írország)
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale (Önkormányzati Szociális Központ – Franciaország)
CERMI	Comité Español de Representantes de Minusválidos (Fogyatékosok Képviselőinek Spanyol Bizottsága – Spanyolország)
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (Foglalkoztatási Tájékoztató és Pályairányító Technikai Bizottság – Franciaország)
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie (Helyi Betegbiztosítási Alap – Franciaország)
DCODP	Danish Council of Organisations of Disabled People (Fogyatékosok Szervezeteinek Dán Tanácsa – Dánia)
DDA	Disability Discrimination Act (fogyatékosok diszkriminációja elleni törvény – Egyesült Királyság)

DEA	Disability Employment Advisor (fogyatékos-foglalkoztatási tanácsadó – Egyesült Királyság)
DLA	Disability Living Allowance (fogyatékosok életjáradéka – Egyesült Királyság)
DMG	Decision Makers Guide (Döntéshozói Útmutató – Egyesült Királyság)
DPTC	Disabled Persons Tax Credit (fogyatékosok adókedvezménye – Egyesült Királyság)
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (Egészség- és Szociálisügyi Regionális Hivatal – Franciaország)
DSFCA	Department of Social, Community and Family Affairs (Szociális, Közösségi és Családügyi Minisztérium – Írország)
DWP	Department of Work and Pensions (Munka- és Nyugdíjügyi Minisztérium – Egyesült Királyság)
EMR	Erwerbsminderungsrente (csökkent jövedelemszerző-képesség miatt adott támogatás – Németország)
ES	Employment Service (Foglalkoztatási Szolgálat)
ETP	Etablissements de travail protégé (védett munkahely-létesítmények – Franciaország)
EVI	Equipos de Valoración de Incapacidades (munkaképesség-felmérő irodák – Spanyolország)
FÁS	Foras Áseanna Saothair (Nemzeti Képzési és Foglalkoztatási Hatóság – Írország)
GdB	Grad der Behinderung (a fogyatékosok foka – Ausztria és Németország)
GP	General Practitioner (általános orvos – Egyesült Királyság)
GRTH	Garantie de ressources des travailleurs handicapés (forrásbiztosítás fogyatékos dolgozók számára – Franciaország)
IADL	Instrumental Activities of Daily Life (a mindennapi élet instrumentális tevékenységei – Egyesült Királyság)
IB	Incapacity Benefit (munkaképtelenségi segély – Egyesült Királyság)
ICD-9	International Classification of Diseases, 9 th revision (Betegségek Nemzetközi Besorolása, 9. módosítás)
ICD-10	International Classification of Diseases, 10 th revision (Betegségek Nemzetközi Besorolása, 10. módosítás)
ICIDH-I	International Classification of Impairment, Disability and Handicap (1 st version, 1980) (Képességcsökkenések, Fogyatékoságok és Hátrányok Nemzetközi Besorolása, 1. változat, 1980)
ICPC	International Classification of Primary Care (Alapellátások Nemzetközi Besorolása)
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional (Foglalkoztatási és Képzési Intézet – Portugália)
IKA	Idrima Kinonikon Asfalisseon (Társadalombiztosítási Intézet – Görögország)
IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Migráció és Szociális Szolgáltatások Intézete – Spanyolország)
IMS	Informe Medico de Síntesis (összefoglaló orvosi jelentés – Spanyolország)
INAIL	Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Országos Munkahelyi Baleseti Biztosító Intézet – Olaszország)
INPS	Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (Országos Társadalombiztosító Intézet – Olaszország)
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social (Országos Társadalombiztosító Intézet – Spanyolország)
ISSA	International Social Security Association (Nemzetközi Társadalombiztosítási Egyesület)
KK	Krankenkassen (Betegpénztár – Németország)
LAS	Lagen om anställningsskydd (foglalkoztatás-védelmi törvény – Svédország)
LASS	Lagen om assistansersättning (törvény a kompenzációs segélyről – Svédország)
LCPDE	Law on Compensation to Persons with Disabilities in Employment (törvény a foglalkoztatott fogyatékos személyek kompenzációjáról – Dánia)
LGSS	Ley General de la Seguridad Social (általános társadalombiztosítási törvény – Spanyolország)

LISMI	Ley de integracion social de los minusválidos (törvény a fogyatékosok társadalmi integrációjáról – Spanyolország)
LISV	Landelijk Instituut Social Verzekeringen (Nemzeti Társadalombiztosítási Intézet – Hollandia)
LSP	Law on Social Pensions (törvény a szociális nyugdíjakról – Dánia)
LSS	Law on Social Services (törvény a szociális szolgáltatásokról – Dánia)
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (törvény az egyes fogyatékos csoportoknak adott támogatásokról és szolgáltatásokról – Svédország)
MISSOC	Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the European Economic Area (kölsönös tájékoztató rendszer a szociális védelemről az EU tagállamaiban és az Európai Gazdasági Térségben)
MPs	Medical Panels (orvosi panelek)
MPT	Majoration pour Tierce Personne (harmadik személy által végzett gondozás miatt járó pótlék – Franciaország)
MRA	Medical Review and Assessment (orvosi felülvizsgálat és felmérés – Írország)
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Munka- és Szociálisügyi Minisztérium – Spanyolország)
NDA	National Disability Authority (Nemzeti Fogyatékosügyi Hatóság – Írország)
NDDP	New Deal for Disabled People (a fogyatékos emberekkel való foglalkozás új módja – Egyesült Királyság)
NGO	Non-Governmental Organisation (nem kormányzati szervezet)
NHS	National Health Service (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat – Egyesült Királyság)
NIA	Folketrygdloven (nemzeti biztosítási törvény – Norvégia)
NRB	National Rehabilitation Board (Nemzeti Rehabilitációs Tanács – Írország)
ONCE	Organización Nacional de Ciegos de España (Spanyolországi Vakok Országos Szervezete)
PAYE	Pay-as-you-earn (fizess, ahogy keresel – Egyesült Királyság és Írország)
PCA	Personal Capability Assessment (személyes képesség felmérés – Egyesült Királyság)
PEO	Public Employment Office (Állami Foglalkoztatási Hivatal – Egyesült Királyság)
PGB	Persoons Gebonden Budget (személyhez kötött költségvetés – Hollandia)
PSD	Prestation Spécifique Dépendance (speciális eltartotti járadék – Franciaország)
PVAng	Pensionversicherung für Angestellte (Fehérgalléros Dolgozók Nyugdíjbiztosító Intézete – Ausztria)
REA	Wet (Re)integratie Arbeidsgehandicapten (törvény a csökkent munkaképességűek (re)integrációjáról – Hollandia)
RFV	Riksförsäkringsverket (Társadalombiztosítási Tanács – Svédország)
RMI	Revenu Minimum d'Insertion (részvételi minimumsegély – Franciaország)
Rmistes	Recipients of RMI (az RMI kedvezményezettjei – Franciaország)
RSV	Richtsatzverordnung (irányelveket meghatározó rendelet [a fogyatékoság mértékének megállapítására] – Ausztria)
SHD	Sosial og helsedepartementet (Szociális és Egészségügyi Minisztérium – Norvégia)
SII	Social Insurance Institution (Társadalombiztosító Intézet – Finnország)
SoL	Sosialtjänstlagen (törvény a szociális szolgáltatásokról – Svédország)
SSA	Sosialtjenesteloven (Törvény a szociális szolgáltatásokról – Norvégia)
TBA	Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (törvény a rokkantsági járadék iránti igények csökkentéséről – Hollandia)
TH	Travailleur handicapé (fogyatékos dolgozó – Franciaország)
TSG	Tax Strategy Group (Adóstratégiai csoport – Írország)
uvi	Uitvoeringsinstelling (Társadalombiztosítás-igazgatási Hivatal – Hollandia)
VM	Valoración de las situaciones de minusvalía (fogyatékosági állapot-felmérés – Spanyolország)
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten (Hollandiai Helyi Önkormányzatok Egyesülete – Hollandia)
WAGW	Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (törvény a fogyatékos dolgozók foglalkoztatásáról – Hollandia)

Wajong	Wet Arbeidsongeschiktheid Jonggehandicaptten (törvény a fiatal fogyatékosok rokkantsági biztosításáról – Hollandia)
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (törvény a fogyatékosági segélyről – Hollandia)
Waz	Wet Arbeidsongeschiktheid Zelfstandigen (törvény az önfoglalkoztatók munkaképtelenségi biztosításáról – Hollandia)
WEA	Work Environment Act (törvény a munkahelyi környezetről – Norvégia és Svédország)
WHODAS II	World Health Organization Disability Assessment Schedule II (az Egészségügyi Világszervezet II. sz. fogyatékoság-felmérő táblázata)
WIW	Wet Inschakeling Werkzoekenden (törvény a munkakeresők foglalkoztatásáról – Hollandia)
WSP	Working and Social Profile (munkavégzési és szociális profil – Olaszország)
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening (törvény a védett foglalkoztatásról – Hollandia)
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicaptten (törvény a fogyatékosok ellátásairól – Hollandia)

1. függelék

Ausztria

Berufsunfähigkeit = saját foglalkoztatás folytatására való alkalmatlanság
Erwerbsunfähigkeit = keresőképtelenség
Pensionversicherung für Angestellte = fehérgalléros dolgozók nyugdíjbiztosító intézete
Pensionversicherung für Arbeiter = kékgalléros dolgozók nyugdíjbiztosító intézete
Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz = általános társadalombiztosítási törvény
Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz = tulajdonosok [önfoglalkoztatók] társadalombiztosítása
Bauern-Sozialversicherungsgesetz = parasztgazdák társadalombiztosítása
vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit= csökkent munkaképesség miatt előrehozott öregségi nyugdíj
Leistungskalkul = a munkavégző képesség számítása

Franciaország

Pension d'invalidité = rokkantsági nyugdíj
Allocation pour l'Adulte Handicapé = fogyatékosági segély felnőtteknek
Caisse Primaire d'Assurance Maladie = helyi betegbiztosító pénztár
médecin contrôleur = felülvizsgáló orvos
Caisse Régionale d'Invalidité = fogyatékosok regionális nyugdíjalapja
Travailleur handicapé = fogyatékos dolgozó
carte d'invalidité = fogyatékosigazolvány
Ministère de l'emploi et de la solidarité = Foglalkoztatási és Szolidaritási Minisztérium
une retraite anticipée pour inaptitude au travail = munkaképtelenség miatt előrehozott nyugdíj

Németország

Erwerbsminderungsrente = csökkent jövedelemszerző képesség miatti nyugdíj

Olaszország

Pensione di inabilita= munkaképtelenségi nyugdíj (a munkaképesség 100%-os elvesztése esetén)
Assegno mensile = havi járadék (azok számára, akik munkaképessége legalább 74%-kal csökkent)

Hollandia

Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering= törvény a fogyatékosági járadékról

Spanyolország

Equipos de Valoración de Incapacidades = fogyatékoság-megállapító irodák

2. függelék

Ausztria

Grad der Behinderung = a fogyatékoság mértéke
Richtsatzverordnung = irányelveket meghatározó rendelet

Németország

Sozialamt, Jugendamt = *szociális jóléti hivatal, ifjúsági jóléti hivatal*
Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen = *súlyosan fogyatékos emberek kötelező foglalkoztatása*
Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation = *összevont rehabilitációs szolgáltatások*
Berufs-Informations-Zentrum = *karrier-tanácsadó iroda*
Versorgungsamt = *gondozási hivatal*
Amt für Versorgung und Familienförderung = *családgondozási és családtámogatási hivatal*
Länder = *tartományok*

Olaszország

Commissione provinciale per le politiche del lavoro = *megyei foglalkoztatási bizottság*

3. függelék

Franciaország

Majoration pour Tierce Personne = harmadik személy által végzett ápolás miatti pótlék
Allocation Compensatrice au titre de la Tierce Person = kompenzációs segély harmadik személy segítségére szorulóknak
Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie = személyes önállóságot támogató helyi segély
Prestation Spécifique Dépendance = speciális eltartottsági járadék

Németország

Sozialamt = Szociális Hivatal

Olaszország

permissi in favore di persone gravemente handicappate = súlyosan fogyatékos emberek segélyre jogosultsága

Portugália

Ministério do Trabalho e da Solidariedade = Munkaügyi és Szolidaritási Minisztérium

Vezetői összefoglaló

Ez a jelentés áttekintést ad az Európai Unió tagállamaiban valamint Norvégiában a szociálpolitikában és a diszkrimináció-ellenes törvényekben a fogyatékosra használatos definíciókról. A diszkrimináció-ellenes jogszabályokban használatos definíciók általában elég tágak, és potenciálisan kiterjednek az enyhébb fogyatékossgal élő emberekre is. Ezek a törvények inkább a diszkriminatív cselekményre, mint a személy egészségi állapotára összpontosítanak. A szociálpolitikában használatos definíciók ennél megszorítóbb értelműek, hiszen abban a folyamatban használják őket, amelynek során a szűkös forrásokat elosztják azok között, akiknek rászorultságát elismerték. A jelentés részletesen tárgyalja a kielégíteni kívánt igényekre a szociálpolitikában használt fogyatékosági definíciók fontosságát.

A tanulmány a definíció különféle megközelítéseinek széles skáláját mutatja be. A képességcsökkenésre támaszkodó definíciók – amelyek gyakran táblázatokat használnak a fogyatékoság egészségi állapothoz, sérüléshez kapcsolódó százalékos mértékének megállapítására – a fogyatékossgot a munkaképtelenségi juttatások és járadékok, valamint a foglalkoztatási kvótarendszerek szempontjából határozzák meg. A munkakörnyezeti személyes problémák elemzése is megtalálható a munkaképtelenségi leírásokban (akár a személy korábbi munkahelyével, akár az általánosabb értelemben vett munkaerő-piaci követelményekkel összefüggésben), ugyanakkor a gondozással és támogatással kapcsolatos számos intézkedés (például a gondozási biztosítás) a személy mindennapos tevékenységei folytatásához szükséges képességekre koncentrálnak. Számos államban a munkaképtelenség megközelítése nem a károsodottságról vagy a korlátozottságról készített „pillanatfelvételen” alapul, hanem magában foglalja a rehabilitációs lehetőségek folyamatos felkutatását és a megfelelő foglalkoztatási intézkedéseket is. A fogyatékos embereket érintő foglalkoztatáspolitikai – a kvótarendszerek kivételével – általában nagyfokú rugalmasságot tanúsít a fogyatékoság definíciója tekintetében, ennél fogva az egészségi állapotot más olyan tényezőkkel együtt veszi figyelembe, mint például a szaktudás és az iskolázottság, amelyek szintén befolyásolják a foglalkoztatási kilátásokat.

A jelentés kimutatja, hogy a különféle szakpolitikákhoz a fogyatékoság különféle definíciói tartoznak, és azok a kísérletek, amelyek arra irányulnak, hogy a szakpolitikák széles körében ugyanazt a definíciót használják, korlátozott jelentőségű definíciók alkalmazásához vezetnek, ami azt jelenti, hogy a szakpolitikai intézkedések csak kevésbé célirányosak lehetnek. A használhatóság biztosításához a definíciók sokaságának alkalmazása szükséges, és ez a tény felveti a fogyatékossgügyi politika koherenciájának fontosságát. Az egyes embereket az egyik szakpolitika fogyatékosnak tekinti, a másik nem, és ennek eredményeként az intézkedésben hézagok keletkeznek. Az államok ezt a problémát általában úgy kezelik, hogy a szociálpolitikai intézményeket tevékenységeik koordinálására kötelezik, ahelyett, hogy megkísérelnék egységes definíciókat kialakítani.

A szociálpolitika által kezelt számos olyan helyzetben, amilyen például a munka hiánya miatti jövedelemhiány, nehéz megkülönböztetni a fogyatékossgból fakadó szükségleteket azoktól, amelyek más hátrányokból, például a rossz helyi munkaerő-piaci feltételekből, vagy az alacsony iskolázottságból fakadnak. Egyes helyzetekben nem szükséges különbséget tenni a fogyatékos emberek és más, hasonló szükségletet szenvedő emberek között. A jelentés a vizsgált államokból számos példát mutat be a nem kategorizált szociálpolitika alkalmazására. A legtöbb példa a szociális támogatások és a foglalkoztatáspolitikai területéről származik. A társadalombiztosításban a fogyatékossgai kategóriák használata gyakran jelentős intézményi dimenzióra tesz szert, amennyiben a munkaképtelenség elleni biztosítás intézményesen elválasztható az egyéb eshetőségekkel szembeni biztosítástól.

A jelentés a két paraméterből – az orvosi kezelhetőségből és a döntésképeség mértékéből – levezetett fogyatékossg-meghatározás négy modelljét mutatja be. Az egyes államok e négy modellen belüli elhelyezkedése összefügg az általános szociálpolitikai hagyományaik alapvető elemeivel, különösen a szociálpolitika finanszírozásának (centralizált vagy áthárított) módjával, az orvosokba és

más szociálpolitikai szakemberekbe vetett bizalommal, illetve az e szakemberek elszámoltathatóságának mértékével. A fogyatékoság meghatározásához alkalmazott eltérő megközelítések tehát mélyen beágyazódtak a nemzeti intézményekbe.

E különbségek ellenére a fogyatékoságpolitikáknak számos közös elemük van a vizsgált országokban. Az államok hasonló szakpolitikai problémákkal néznek szembe, és e problémákat az Európai Unióban nemzetek feletti koordinációval kezelni lehetne. A tagállamok előre jelezték, hogy a fogyatékoságügyi politika területén készek számos közös célt elfogadni, ilyen lehet például a foglalkoztatás előmozdítása a fogyatékos emberek körében, vagy a diszkrimináció elleni fellépések. Az egyes államoknak a közös célokhoz különféle utakon-módokon kell közelíteniük, olyanokon, amelyek tükrözik nemzeti szociálpolitikai hagyományaikat, és e jelentés kimutatja, hogy ez együtt jár a fogyatékoság definícióival kapcsolatos különböző megközelítések fenntartásával. Mindazonáltal e tekintetben jelentős mozgástér nyílik a nemzetek közötti információcsere, a kölcsönös tanulás előtt. A kezünkben tartott jelentés ehhez a folyamathoz kíván hozzájárulni azzal, hogy számot ad az egyes államok politikájában szabványos formában használatos fogyatékoságdefiníciókról, és elemzi a fogyatékoságdefiníció különböző megközelítéseinek okait.

Bevezetés és módszertan

1. fejezet: Bevezetés

1.1. A Bizottság tenderdokumentumának háttere

Ez a jelentés az Európai Bizottság által finanszírozott kétéves projekt eredményeit foglalja össze. Számos forrásból fakad a Bizottság érdeklődése a fogyatékoság definíciója iránt. A fogyatékosággal kapcsolatos kérdések felbukkannak a szabad mozgás és a nyílt verseny elvének működése során, és e területen az EU intézményeinek hatáskörébe tartozik, hogy pontos jogi és adminisztratív megoldásokat dolgozzanak ki bizonyos szakpolitikai problémákra. A társadalombiztosítási juttatások határon átváltozó igénylését és a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférést szabályozó előírásokat karban kell tartani, időnként meg kell reformálni. A versenypolitikában a közbeszerzésre és az állami támogatásokra vonatkozó szabályrendeletek és irányelvek a védett munkahelyek működésével és a más típusú fogyatékoságügyi politikai intézkedésekkel összefüggő támogatások és versenykorlátozások egyes kérdéseivel foglalkoznak.

Ezen a területen a tagállamok uniós kötelezettségeik szerves részeként megegyeztek a követendő politika általános körvonalaiban. Senki nem kérdőjelezi meg a Bizottság azon hatáskörét, hogy e területekre szabályrendeleteket és irányelveket dolgozzon ki: megkerülhetetlen az az igény, hogy e problémákra közös európai megoldások szülessenek. Fontos kérdés például a nem dolgozó fogyatékosok azon joga, hogy egy másik államban telepedjenek meg, és az is, hogy milyen mértékben korlátozható a verseny szociális célokból, például a fogyatékos emberek foglalkoztatása érdekében. E kérdések megoldásához politikai kompromisszumokra van szükség. A projekt célja, hogy a tagállamok nemzeti fogyatékoságpolitikái kölcsönös megértésének előmozdításával segítsen megoldásokat találni ezekre, az európai integráció során felmerülő problémákra.

Az EU fogyatékoságpolitikája alakulásának vannak más, nehezebben jellemezhető aspektusai is. Ezek az aspektusok magukban foglalják a kutatás, az elemzés és a vita közös európai terének megteremtését. E politika összetevői között található a szakpolitikai kezdeményezésekkel kapcsolatos európai statisztikák és információcsere fejlesztése. Egyes területeken, például a foglalkoztatáspolitikában az efféle cserék viszonylag formálissá váltak a „koordináció nyitott módszere” által, amikor is a tagállamok előterjesztik terveiket, amelyekben leírják szakpolitikájukat és megjelölik a kitűzött célokat. Nem kétséges, hogy a résztvevőknek különböző elképzeléseik vannak e közös térség használatáról. Megjegyezzük, hogy viszonylag nyitott térségről van szó, ahol nem kormányzati szervezetek és nemzeti kormányok egyaránt szerepet játszanak. Az e térségben forgó gondolatokat nagymértékben a nemzeti szociálpolitikai intézmények révén kell közvetíteni, e gondolatokat fel kell dolgozni, mielőtt érintenék az uniós polgárok életét, és néha még az előtt, hogy az európai és a

nemzeti viták közötti kapcsolatok meggyöngyölnének. Mindazonáltal a szakpolitikák nemzetek közötti kölcsönös átvétele igen fontos a szociálpolitika számos területén.

A szakpolitika néhány területén felbukkannak a megvalósítás sajátos problémái, csakúgy, mint a szakpolitikai cserekapcsolatok és viták szintjén jelentkező témák. Példa erre az Egyenlő bánásmódról szóló keret-irányelv (az FETD), amely a fogyatékosra vonatkozó rendelkezéseket tartalmaz. Az FETD az európai jog egyik eszköze, és az FETD-t át kell ültetni a tagállamok nemzeti jogának keretei közé. Az értékeinek nagy része azonban nem az átültetés szigorú követelményeiből fakad, hanem hozzájárulásából ahhoz, hogy keretet adjon a szociálpolitika sajátos kérdéseinek, és láthatóvá tegye őket. A fogyatékosügy politikai területén a közös európai szakpolitikai teret olyan nemzetközi térség összefüggéseibe kell helyezni, amelyben a fogyatékosügy politikai kérdései megjelennek. Nevezetesen, az Egészségügyi Világszervezet (a WHO) megkísérelte a jó gyakorlat elterjesztését a fogyatékos fogalmának értelmezésében és a fogyatékossgal kapcsolatos információgyűjtési módszerek fejlesztésében. A WHO munkájával – általában az európai kérdésekhez és konkrétan ehhez a projekthez való kapcsolódásával – a 2. fejezetben foglalkozunk.

A tenderdokumentumban a Bizottság jelezte, milyennek látja ezt a szociálpolitikai munkájával összefüggő kutatást. Noha megjegyezte, hogy a fogyatékos definíciója terén a tagállamok között tapasztalható különbségek hatással vannak a szabad mozgásra, és ezért összefüggnek a fentebb leírt jogi és adminisztratív hatáskörrel, ám a tenderben felvetett kérdések közül sok inkább az európai méretű kutatással, elemzéssel és vitával állt kapcsolatban. A Bizottság azt sugallta, hogy a fogyatékos definíciója körüli bizonytalanság akadályozza az összehasonlító elemzés és a politikai értékelés elkészítését. Kiemelte, hogy a különféle szakpolitikai területek különböző fogyatékossgdefiníciókkal dolgoznak, és azt kérte, hogy a tanulmány elemezze a különböző definíciók közötti feszültségeket. (A tenderdokumentum figyelembe vette a diszkriminációellenesség definíciói és a foglalkoztatáspolitikai definíciói közötti feszültségeket, amelyekkel az 5. fejezet foglalkozik részletesen). A Bizottság jelezte azt is, milyennek látja az európai fogyatékossgügyi politika fejlődését, megjegyezve, hogy „elmozdulás tapasztalható a fogyatékossg orvosi modelljétől a fogyatékossg társadalmi modellje felé”. E tanulmányban egyik célunk, hogy fogyatékossgdefiníciók fejlődése által bemutassuk azokat a különféle utakat és módokat, ahogyan az egyes tagállamok értelmezik és végrehajtják ezt az elmozdulást.

A Bizottság azt kérte, készüljön „elemző és leíró számvetés a 15 tagországban a diszkriminációellenes törvények, a foglalkoztatási intézkedések és a juttatási rendszerek tekintetében használatos fő definíciókról”. Amint a későbbiekben kifejtjük, igen nagy mennyiségű információt kellett összegyűjtenünk ahhoz, hogy elkészítsük például egy jövedelempótló juttatásban használatos fogyatékossgdefiníció elemzését. Még ha vannak is olyan szófordulatok, amelyek megadják az intézkedés célcsoportjának általános definícióját (márpedig nem mindig léteznek ilyen definíciók), további információkra van szükség ahhoz, hogy a meghatározás tartalmából kiderüljön, ki tartozik bele és ki nem, ebben az összefüggésben pedig éppen ez a definíció lényege. Ezért szelektálnunk kellett, hogy mely törvényeket, rendelkezéseket és juttatásokat vizsgáljuk részletesen. E jelentéshez három függelékben állítottuk össze a kiválasztott foglalkoztatási intézkedésekben és juttatási rendszerekben használatos definíciókat. A juttatási rendszerek bemutatása egyrészt jövedelempótló támogatásra és segélyekre, másrészt a mindennapos életvitelhez szükséges tevékenységet támogató ellátásokra bomlik. Ez utóbbiak a csekély összegű közlekedésköltség-térítésektől az olyan jelentős csomagokig terjednek, amelyek azoknak az embereknek az önálló életvitelét segítik elő, akik egyébként intézményi gondoskodást igényelnének. A tanulmány főként a készpénzjuttatásokra összpontosít. A definíciós viták sokkal élesebbek akkor, ha pénzbeli támogatásról van szó, mint akkor, ha szolgáltatásokról vagy természetbeni juttatásokról. Egyes természetbeni juttatásokkal foglalkozunk, de vizsgálódásunk köréből kizártuk például azokat az egészségügyi szolgáltatásokat, illetve ellátásokat, amelyek esetében az értékelés az egyes orvosi beavatkozások célszerűségére koncentrál, és nem annak meghatározására, hogy az a szóban forgó személy fogyatékos-e vagy sem.

A diszkriminációellenesség definíciójának tárgyalását az 5. fejezet tartalmazza. Általában sokkal kevesebb információ van arról, hogy kik tartoznak a diszkriminációellenes törvények hatálya alá és kik nem, mint az egyéb definíciókról. E definíciókat adminisztrátorok, orvosok és mások nap mint nap rutinszerűen alkalmazzák, gyakran olyan írásos útmutatók alapján, amelyek elsődleges kutatási forrásból erednek. A diszkriminációellenes törvények betartatása csak ritkán történik bírósági eljárások

által, és az Egyesült Királyságot leszámítva rendkívül kevés olyan ügy fordul elő, amely definícióval kapcsolatos kérdéseket érint.

A részletes elemzésre kiválasztott intézkedések számos kérdést vetettek fel, amelyek közül ebben a szakaszban csak egyet említünk. A tenderdokumentum, amikor a „fogyatékoság definícióira” utal, a szót általános értelemben használja. Például egy rokkantsági nyugdíjra való jogosultságot eldöntő eljárásban „a fogyatékoság definíciója” esetén a „fogyatékoság” kifejezés széles értelemben használatos. Lehetséges az az ellenvetés, hogy az általunk tárgyalt nyugdíjak némelyike valójában nem „rokkantsági” nyugdíj, hanem mondjuk „képességcsökkenés miatti” nyugdíj, s ekkor a „képességcsökkenés” fogalmát pontosan az Egészségügyi Világszervezet, fogyatékoság és hátrány nemzetközi besorolása című dokumentumában (ICIDH) foglalt definíció szerint használjuk (lásd 2. fejezet). Nyilvánvaló, hogy a tanulmány céljának rovására menne, ha kihagynánk olyan rendelkezéseket, amelyek nem felelnek meg a fogyatékoság valamiféle *a priori* koncepcióinak. Még akkor isem hagyhatjuk ki ezeket a koncepciókat, ha a fogalom meghatározására szolgáló nemzetközi szabványok amúgy már tartalmazzák őket. A kutatás célja annak megállapítása, hogy mit jelent a fogyatékoság az egyes tagállamokban, azok szakpolitikáinak tükrében.

Mindazonáltal ez a megközelítés konverziós problémákat vet fel. A tagállamok nyilvánvalóan különféle fogalmakat használnak a különféle juttatások esetében. Ha csak azokkal a juttatásokkal foglalkoznánk, amelyekben az állam a „fogyatékoság” fogalmát használja, akkor nem jutnánk összehasonlító adatokhoz. Ezért elkerülhetetlen, hogy meghatározzuk, mire terjed ki a tanulmány, de anélkül kell meghatároznunk, hogy definiálnánk a fogyatékoságot. A tanulmány kiterjedésének meghatározásához arra kértük a nemzeti jelentéstevőket, hogy válasszák ki azokat a juttatásokat, amelyek esetében a jogosultság egyik feltétele a tartós egészségi állapot valamely vonatkozása. Nagyon fontos megjegyezni, hogy ez azt, hogy az e jelentésben tárgyalt juttatások megkönnyítik a definíciós megközelítések összehasonlítását, de nem teszik lehetővé a fogyatékos embereknek (ha ez a meghatározás egyáltalán létezik) kínált juttatások szintjének összehasonlítását a tagállamok között. Például: vannak olyan juttatások, különösen a szociális támogatások között, amelyek esetében a jogosultság az egyik tagállamban az egészségi állapottól függ, míg egy másikban az egészségi állapotról való hivatkozás nélküli támogatás. Ha a fogyatékoság olyan exogén definícióját használnánk, mint amilyen a következtetés definíciója, akkor képesek lennénk feltárni azt, hogy a fogyatékos emberek miként boldogulnak azokban az országokban, ahol speciális juttatásokban részesülnek, szemben azokkal az országokkal, ahol csak általános ellátásokat nyújtanak nekik. E tanulmánynak azonban nem tárgya az efféle összehasonlítás, noha a szöveg biztosítja az alapvető háttérinformációt egy ilyen elemzés elvégzéséhez.

További összehasonlítási probléma, hogy egy-egy állam a „fogyatékoság” fogalmát fenntartja az ellátások egy alcsoportja számára, és fogyatékoságpolitikáját erre az alcsoportra koncentrálja. Más, az egészségi állapottól ugyancsak függő juttatások ugyanis szisztematikusan kizsorolnak ennek az államnak a saját fogyatékoságügyi politikai fogalomköréből. Például Spanyolországban a fogyatékoságügyi politika a fogyatékosok társadalmi integrációjára vonatkozó törvény (LISMI) célcsoportjára irányul; ez kerettörvény, amelyet az ICIDH fogalmain alapuló speciális definíciós szabályok egészítenek ki. A LISMI széles körre terjed ki, de nem foglalja magában a járulékalapú fő rokkantsági nyugdíjat, amelyre nézve a jogosultság megállapítása más módszerrel történik. A járulékalapú rokkantsági vagy munkaképtelenségi juttatásoknak a fogyatékoságügyi politika főáramából történő kizsorolása kisebb-nagyobb mértékben más államokban is megtalálható. Ezzel szemben egyes államokban a fogyatékoságügyi politika erősen a jövedelem pótló juttatások kedvezményezettjeire fókuszál, különösen Hollandiában, és bizonyos mértékig az Egyesült Királyságban is. E kutatás egyik célja, hogy rávilágítson e szemléleti különbségekre, és feltárja, miként érintik a nemzeti fogyatékoságpolitikákat. Meglátásunk szerint ez a fogyatékoságpolitikáról folyó, nemzetek közötti gondolatcsere létfontosságú előfeltétele.

A Bizottság kifejezetten rámutat, hogy a kutatási megbízás célja nem valamiféle egységes szabvány definíció felé közelítés, hanem olyan keret kidolgozása, amelyben a különböző definíciók elhelyezhetők és összehasonlíthatók. Ennek az összehasonlítási keretnek a kidolgozásakor két fő szempontot tartottunk szem előtt. Először is azt, hogy minden ilyen keretnek megfelelően és ésszerűen kell leírnia a tagállamok fogyatékoságpolitikáit. Amint azt a továbbiakban a 2. fejezetben kifejtjük, nagyon is tudatában voltunk azoknak a nehézségeknek, amelyekkel fogyatékoságügyi politikai kérdőívek készítésekor kellett szembesülnünk, vagyis azzal, hogy a kérdések összeállításakor fennáll a veszély, hogy

azok nagy részére nem kapunk választ, vagy olyan választ kapunk, amelyből érződik, hogy a válaszadó bizonytalan volt a kérdés értelmezésében. Az országspecifikus megfeleléség problémáját úgy igyekeztünk megoldani, hogy kellően nyitott formátumot készítettünk a nemzeti jelentések számára, és a jelentéstevők szakértelmére bízunk, hogy hasznos beszámolót kapjunk a nemzeti fogyasztékpólitikákról. A jelentések beérkezése után már a projektcsapaton állt, hogy az összehasonlításhoz létrehozza azt a keretet, amely megőrzi a jelentések éleslátását és részletgazdagságát.

A másik szempont az volt, hogy a keretnek megfelelőnek kell lennie a fogyasztékpólitika definíciójával kapcsolatban európai szinten zajló viták számára. Mint fentebb már megjegyeztük, ezek a viták a kérdések széles körére terjednek ki, a társadalombiztosítási koordinációtól a fogyasztékpólitika társadalmi modelljének velejáróiig. Noha ezek a kérdések láthatólag jelentős mértékben különböznek egymástól, néhány hasonlóságra is felhívják a figyelmet. Minden tekintetben szükség volt beszámolókra arról, miként születnek a jogosultsággal kapcsolatos döntések, ám ezeknek a beszámolóknak az összehasonlíthatóvá tételéhez az is kellett, hogy értelmező jellegűvé tegyük őket. Szükség volt háttérinformációra a nemzeti juttatási és foglalkoztatási rendszerekről, de a háttér bemutatása, érthetően, szelektív. Nem volt nehéz dolgunk abban, hogy eldöntsük, mit válasszunk ki a koordinációval kapcsolatos vita számára, mert a vonatkozó szabályrendeletek és EK-döntések tartalmazzák a koordináció szempontjából fontosnak tekintendő tényezőket. Sokkal nagyobb kihívásnak bizonyult a társadalmi modell alkalmazásának elemzése tekintetében fontos szabályozói környezet bemutatása. Az utolsó részben most bemutatjuk a fogyasztékpólitika társadalmi modelljét, és kifejtjük, hogyan befolyásolta a kutatási tervet.

1.2. A társadalmi modell

A társadalmi modellt általában ellentétére, az orvosi modellre hivatkozva szokás bemutatni. Az orvosi modell a fogyasztékpólitikát személyes problémának tekinti, amelyet közvetlenül betegség, baleset, vagy más egészségügyi körülmény okozott, és amely orvosi beavatkozással, például rehabilitációval enyhíthető. A társadalmi modell ezzel szemben a fogyasztékpólitikát nem a személy elválaszthatatlan lényegi tulajdonságának tekinti, hanem olyan képződménynek, amelyet a személy társadalmi körülményei és környezete, annak fizikai struktúrái (épületek, közlekedési rendszerek stb.), valamint a társadalom szerkezete és a fogyasztékpólitika emberekkel szembeni diszkriminációhoz vezető hiedelmek állítanak elő.

Az orvosi modell közeli rokona a „szociális jóléti modell” (Waddington és Diller, 2000), amely az egészségügyi jellegű képességsökkenést automatikusan a hátrányos helyzet és a kirekesztődés következményének tekinti, ami pénzbeli juttatásokkal és más szociálpólitikai intézkedésekkel enyhíthető. Gyakori feltevés, hogy a hagyományos szociálpólitikai intézkedések testesítik meg a szociális jóléti modellt, és ezért ezek az intézkedések a fogyasztékpólitika természetének orvosi irányultságú értelmezésén alapulnak. Mi kutatásunkban nem élünk ezzel a feltételezéssel. Ezzel szemben azt a kérdést vizsgáltuk, hogy a szociálpólitikának miként kell meghatároznia a fogyasztékpólitikát az empirikus vizsgálódás számára megközelíthető módon.

Sokszor elhangzott, hogy a társadalmi modell hatással van a fogyasztékpólitika definíciójára. „Definiálni” ebben az összefüggésben azt jelenti, hogy megmagyarázni a fogyasztékpólitika mibenlétét. Például a képzésben részt vevő szociális munkások a társadalmi modell alkalmazásával irányíthatók azáltal, hogy elkészítik a fogyasztékpólitika emberek esettörténetét, és felkérjük őket, hogy értelmezzék és írják le korlátozottságaik és fogyasztékpólitikaik jellegét. A képzésben részt vevők jártasságot szereznek szociális elemzésben és a megértésben.

Amikor a szociálpólitikai intézmények a célzott szakintézkedések végrehajtása során definíciókat dolgoznak ki, akkor másféle definíciós eljárásban vesznek részt. A „definíálást” abban az értelemben végzik, hogy határokat jelölnek ki, és körülírják, kit kell a leírt kategóriához tartozónak tekinteni. A társadalmi modell nem ad egyértelmű útmutatást arra nézve, hogy a szociálpólitikában hol kell meghúzni a határvonalat a fogyasztékpólitika és a nem fogyasztékpólitika emberek között. Tény, hogy a modell szószólói közül sokan a határok kijelölésének folyamatát önmagában is károsnak tartják.

A társadalmi modell nem ad egyértelmű útmutatást arra nézve, hogy a szociálpólitikában hogyan kell a definíciókat elkészíteni és működtetni, viszont felvet számos, a szociálpólitika szempontjából fontos témát. Mindenek előtt a társadalmi modell magában foglalja, hogy a szakpólitikáknak a fogyasztékpólitika emberek teljes körű részvétele előtt magasodó akadályok lebontására kell irányulnia, ahelyett, hogy „problematizálná” a fogyasztékpólitika embereket. Ez arra utal, hogy a szakpólitikának inkább

a fogyatékosokhoz vezető helyzetek, és nem a fogyatékos emberek beazonosításával kell törődni. Működésben is láthattuk ezt a megközelítéstépületek és közlekedési infrastruktúrák tervezésére vonatkozó szabályok kidolgozásánál, ahol a munka az újabb fogyatékosokhoz vezető helyzetek létrehozásának megelőzésére és a meglévő fizikai korlátok csökkentésére irányult.

A társadalmi modellnek ez a velejárója felhívja a politikacsinálók figyelmét a társadalom „képességnövelő” (és nem képességcsökkentő, azaz fogyatékosná tevő) eszköztárának lehetséges bővítésére. A képességnövelő eszköz paradigmatis példája a kerekesszéket használó emberek számára épített rámpa. Az elkészült rámpa használata a „nem versenyző fogyasztás” körébe tartozik: azzal, hogy valaki a rámpát használja, nem csökkenti mások hozzáférési lehetőségét. A rámpahasználat határkölsége nulla (egy további felhasználó nem kerül semmibe, az elhanyagolható elhasználódástól eltekintve). Ezért nem szükséges különbséget tenni a fogyatékos emberek és mások között a rámpa igénybevétele tekintetében. Noha a kerekesszék-rámpákat és a lejtős járdaszegélyeket gyakran idézik az effajta szakpolitikai intézkedések példaként, valójában ennél többről van szó. Egy-egy terv, mint jószág felhasználása ugyancsak „nem versenyző fogyasztás”: (egy terv újrafelhasználásának határkölsége csak az adatok továbbítására, például a tervek fénymásolására korlátozódik), így a „képességnövelő” tervezési újítások is a javak e kategóriájába tartoznak. A munkahelyi környezet egészségességét és biztonságosságát fenntartó intézkedések szintén potenciálisan képességnövelők és „nem versenyző” jellegűek. Megjegyzendő, hogy a „nem versenyző” nem jelenti azt, hogy az ilyen javak ingyenesek: éppen ellenkezőleg, az ilyen intézkedések megvalósítása nagyon is költséges lehet. De ha már bevezették, akkor nem szükséges szelektíven elosztani őket. A szimbolikus intézkedések, amelyek célja a magatartás befolyásolása, az általános viselkedési minták megváltoztatása, szintén „nem versenyző javak”, ugyanis a széles körű társadalmi megértésre támaszkodva lehetnek hatásosak. A szimbolikus fogyatékosügy politikai intézkedések nem igénylik annak pontos körülírását, hogy mi is értendő fogyatékoság alatt, noha lehetnek olyan esetek, amelyeket a közvélemény fogyatékoságnak tekint, s ez kedvező, vagy éppen hátrányos egyes csoportok számára (például a csökkent szellemi képességű embereket nem mindig tekintik fogyatékosnak), ezért a szimbolikus intézkedéseknek, ha hatékonyak akarnak lenni, ugyancsak foglalkozniuk kell a definícióval kapcsolatos kérdésekkel. Amint feljebb már leírtuk, a társadalmi modell ebben az értelemben erősen befolyásolja a fogyatékosok definícióját.

Ez a tanulmány a definíciókat olyan szociálpolitikákban vizsgálja, amelyek a „versenyző javak” körébe tartozó eszközöket osztanak el. A verseny folyhat a költségvetési (pénzügyi) forrásokért, vagy olyan „előnyökért”, amilyen például a különleges elbírálás (plusz pont) a munkahelyhez, képzési lehetőséghez, vagy más szűkösen rendelkezésre álló szociális támogatáshoz jutás során.

Megfogalmazhatók a társadalmi modell olyan kiterjesztései is, amelyek jelzik, hogy az általános elvek miként működhetnek az efféle szakpolitikai intézkedések irányításában.

Az egyik lehetséges kiterjesztés annak feltárása, hogy milyen széles körben működtethető a szociálpolitika fogyatékosokdefiníciók nélkül. A rendelkezések alapíthatnak olyan általános jogokat, amelyek potenciálisan minden állampolgár által gyakorolhatók, de inkább a fogyatékosok számára bírnak nagyobb értékkel. Ilyen rendelkezésekre a leggyakrabban a foglalkoztatásban találunk példákat, így ezek értéke azokra a fogyatékosokra korlátozódik, akik dolgoznak.

A példák között találjuk az orvosi kezelésre adott munkaidő-kedvezményt és a rugalmas munkaidőt. Szintén különös jelentőséggel bírhatnak egyes fogyatékos dolgozók számára a munkahelyi környezetre vonatkozó előírások, amelyek megkövetelik a munkaadótól minden egyes dolgozó megfelelő elhelyezését és felszerelését. A diszkrimináció (az önkényes és inkorrekt bánásmód) elleni általános védelem szintén különösen értékes lehet a fogyatékos emberek számára, de ha ezt a jogot kifejezetten a fogyatékosok számára biztosítják, tehát másokat kizárnak belőle, akkor ehhez definícióra van szükség. E fontos eset további tárgyalása az 5. fejezetben található.

Az európai jóléti államok által adott juttatások és alkalmazott rendelkezések szerkezetét sok esetben kritikusan kell vizsgálni a társadalmi modell szempontjából. A társadalmi modell kihívást intéz az európai jóléti államok egyik alapvető értéke és sarktétele ellen. Mindenek előtt annak a módját kérdőjelezi meg, ahogy kategóriákat állapítanak meg a juttatások szétosztásához. A jóléti állam, mint az elosztás nem piaci rendszere, nagymértékben támaszkodik a szociális szakemberekre az igények megállapításában és a megfelelő elosztásban. A társadalmi modell kihívást intéz az ellen, hogy orvosi normákat használjanak annak meghatározására, ki tartozik a „fogyatékos” kategóriába a szociális ellátások tekintetében.

Azonban a társadalmi modell hallgat a kategorizálás azon formáiról, amelyek nem orvosi normák használatán alapulnak. Pedig teljesen világos, hogy vannak a szociálpolitikai besorolásnak teljesen más nézőpontjai is, nyilvánvalóan akkor, amikor olyan más szociálpolitikai kategóriákat írnak körül, amilyen például a munkanélküliség. A fogyatékosági kategóriák felépítésének vizsgálatában az egyik lehetséges megközelítés, ha arra keresünk választ, hogy a fogyatékosági kategóriák besorolhatók-e más kategóriák alá, és miként lehet meghúzni a határt a fogyatékoság és más kategóriák között. Ezzel a kérdésfeltevéssel azt keressük, mi a fogyatékoságnak, mint a hátrányok forrásának a sajátos jellemzője. A „határok meghúzásának” kérdését a 4. fejezetben tárgyaljuk.

Ugyancsak a társadalmi modell hallgat a szociálpolitikában használatos olyan más elosztási elvek hatásáról, amilyen például a járulékfizetési kötelezettség és a jövedelemteszt. Lehet azzal érvelni, hogy ha a szociálpolitikában használatos fogyatékoságkategóriák érvénytelenek és diszkriminatívak, akkor a polgárok alapjövedelmére támaszkodó intézkedéseknek jobban összhangban kellene lenniük a társadalmi modell alapelveivel. A társadalmi modellel utalni lehet arra is, hogy kívánatos lenne a fogyatékosággal kapcsolatos intézkedések „főáramba helyezése”, például oly módon, hogy a fogyatékosokat célzó foglalkoztatási intézkedéseket beépítik a központi foglalkoztatási szolgálatok által működtetett szakpolitikai intézkedésekbe. Néhány tagállam elindult ebbe az irányba, amint arról a 4. fejezet beszámol.

Megjegyzendő, hogy noha a társadalmi modell bírja az EU-intézmények támogatását, annak ehelyütt jelzett velejárói azonban nem. Gondok vannakazzal, hogy a fogyatékos emberekről való gondoskodást a főáramba helyezték és az általános jogokra alapozzák. A fogyatékos emberek különleges kategóriákra gyakran törvényi szintű rendelkezéseket adnak ki. Az általános jogok megfogalmazása úgy nem lehetséges, hogy elismerje a fogyatékos emberek különleges igényeit. Ráadásul az általános rendelkezések alapján a fogyatékos emberek szükségleteinek kielégítésére fordított forrásokat csökkentheti a más rászorult csoportok, például az időskorúak részéről támasztott verseny. Ebben a kutatásban arra törekedtünk, hogy a tagállamok által e tárgyban hozott politikai kezdeményezések feltárásával és azok következményeinek megvitatásával járuljunk hozzá az e nehéz kérdéssel folyó politikai vitához.

1.3. A fogyatékoságdefiníciók szociálpolitikai perspektívája

Amint az előző szakaszban már jeleztük, a fogyatékoságdefinícióra lehetséges különféle megközelítéseket alkalmazni, amelyek különböző szinteken működnek. Egy definíció lehet a koncepció kifejtése: ebben az értelemben a társadalmi modell (újra)definiálja a fogyatékoságot. Egy definíció lehet olyan megfogalmazás is, amely pontos állítást közöl valaminek a mibenlétéről, vagy lényegi tulajdonságairól. Találhatunk olyan megfogalmazást, amely meghatározza, hogy ki, illetve ki nem fogyatékos a jogi aktusok és szabályozások értelmében a diszkriminációellenesség, a foglalkoztatás és a társadalombiztosítás tekintetében. Ahol csak lehetett, információkat gyűjtöttünk össze a szociálpolitikai szabályozásban használatos megfogalmazásokról, és a függelékben „általános definíció” címszó alatt közreadjuk őket.

Azonban nem minden fogyatékoságügyi politikai intézkedés ad ilyen értelemben vett általános definíciót a fogyatékoságra. Néha nem a fogyatékoság definícióját, hanem az intézkedés célját közlik, például „[a járadék] annak a biztosított személynek fizetendő, aki munkaképtelenség miatt nem alkalmas a munkavégzésre”, vagy „[a juttatás] jövedelemteszten alapuló támogatás, meghatározott fogyatékosággal élő emberek számára”.

Világos, hogy ezeknél a példánál előbb azt kell megtudnunk, mit is jelent az, hogy valaki „munkaképtelenség miatt alkalmatlan a munkavégzésre”, illetve, hogy mi a „meghatározott fogyatékoság”, és csak azután mondhatunk valamit arról, miként van definiálva a fogyatékoság. Egy másik, törvény-szövegben talált megközelítés nem magát a definíciót adja meg, hanem a fogyatékoság meghatározására alkalmazandó eljárást jelöli meg, például: „az a személy fogyatékos, akiről ezt az erre a célra létrehozott bizottság megállapítja”. Ebben az esetben előbb azt kell kiderítenünk, hogy ez a bizottság milyen információk és szabályok alapján hozza meg a döntését, és csak ezután beszélhetünk arról, hogy milyen a fogyatékoság definíciója.

Míg az adminisztratív eljárások során alkalmazott szabályokat megállapító törvények gyakran nem tartalmazzák a fogyatékoság részletes definícióját, a diszkriminációellenes szabályozásra ennek az ellenkezője igaz. Igen nagy erőfeszítések történtek annak érdekében, hogy a diszkriminációellenes

szabályozásban megfelelő megfogalmazásokat találjanak. Az Amerikai fogyatékosokról szóló törvényben [*Americans with Disabilities Act*] foglalt definíció bőséges tudományos és politikai irodalom központi témája lett. Ez tükrözi a végrehajtás módját e jogi területen. A megfogalmazásoknak központi helyük van abban a folyamatban, amelyben a bírók és más döntnökök meghatározzák, hogy egy-egy egyedi eset tényei milyen viszonyban vannak a törvénnyel. Az esetek során felhalmozódó értelmezések azok, amelyek értelmet adnak a megfogalmazásban szereplő szavaknak.

Ebben a tanulmányban azzal a feladattal találtuk szemben magunkat, hogy olyan definíciókat kutassunk fel, amelyeket nem annyira a jogi, hanem főleg az adminisztratív eljárásokban alkalmaznak.

Az adminisztratív döntések elleni fellebbezések során érintett egyes területeken esetjogi gyakorlat alakul ki, és így mód nyílt arra, hogy ennek az esetjognak az elemzésével tanulmányozzuk a fogyatékoság definícióit. Ez bepillantást adhatott volna a fogyatékoságdefiníció problematikus és vitatott nézőpontjaiba a szociálpolitika azon területein, ahol lehetőség van a bírósági típusú intézményekhez való fellebbezésre és élnek is ezzel a lehetőséggel, valamint ahol a döntéseket indoklással együtt nyilvánosságra hozzák. Egy másik módszer lehetne ismert sajátos egészségi állapotok (például a krónikus fáradtság tünetegyüttes) kiválasztása a diagnózis bizonyosságával kapcsolatos kérdések bemutatására, vagy az állapot (például a cukorbetegség) működésre gyakorolt hatásának ismertetésére, valamint annak bemutatására, hogy ezeket az állapotokat hogyan kezelik az adminisztratív eljárások során a tanulmányban vizsgált egyes országokban. Ezek a kutatási módszerek érdekes eredményekkel járhatnak, de mi úgy gondoltuk, e téma kutatásában a logikus első lépés az, hogy felderítsük a mindennapokban használatos definíciós eljárásokat, azokat, amelyeket a szociálpolitika rutinszerűen alkalmaz.

Ezért információt gyűjtöttünk az adminisztratív eljárásokról, valamint arra vonatkozó megjegyzéseket szedtünk össze, hogy a szociálpolitika meghatározásában és végrehajtásában részt vevő személyek mennyire ismerik fel, és hogyan kezelik a definícióval kapcsolatos kérdéseket. Az adminisztratív eljárásokkal kapcsolatos megállapításainkat a függelékek tartalmazzák, de a 3. és a 4. fejezetben összefoglalót adunk belőlük. Bemutatjuk az értékelésben használt különféle eszköz-típusokat (fogyatékosági táblázatok, képességlisták, munkavégzési követelmények leírásai stb.), a döntéshozó személyeket és az intézményi környezetet, amelyben dolgoznak. A 4. fejezet a fogyatékoság felmérésének négy modelljét mutatja be, ezek mindegyikében a kulcsfontosságú paraméterek: az orvosi bizonyítványokra támaszkodás mértéke és a döntéshozók önállóságának foka.

Ez a fogyatékoság definíciója körüli témákat keretbe foglaló megközelítés szemmel láthatóan egészen más területet fed le, mint a diszkrimináció-ellenes törvényekben szereplő fogyatékoságdefinícióról folyó vita. Az adminisztratív döntéshozás kényszerei és parancsoló szükségszerűségei mások, mint azok, amelyek a jogi eljárásokban jelennek meg. Az adminisztratív költségek és az időszűrés ellenőrzése kulcsfontosságú az adminisztratív eljárásokban, és az információs igények terén a takarékoság irányába hat. A döntéshozók közötti összhang fontos cél az adminisztratív eljárások tervezésében és lebonyolításában, noha a mi elemzésünk azt sugallja, hogy az egyes intézményeknek különböző elképzeléseik vannak erről az összhangról és annak fenntartásáról. De az adminisztratív és a jogi eljárások közötti legnagyobb különbség talán a költséggazdálkodásban van. A szociálpolitika adminisztratív irányításában központi törekvés a pénzügyi ellenőrzés fenntartása és a pénzügyi eszközök legmagasabb prioritású befogadókra célzott ráfordítása, míg a jogi eljárásokban a költség-gazdálkodás általában nem központi kérdés.

A forráselosztás kifejezett megfontolása a szociálpolitika adminisztratív eljárásaiban további kérdéseket vet fel, ezeket a 3. fejezetben tárgyaljuk. Ebben a fejezetben a fogyatékoságdefiníciót a szociálpolitikai kategóriahatárok kijelölési problémájának szemszögéből vizsgáljuk. A kategorizálás a szociálpolitikában a forráselosztás meghatározásában használatos alapvető technika. Előző munkánkban (Bolderson és Mabbet, 2001) megállapítottuk, hogy a fogyatékoságkategóriák szociálpolitikai használatát több oldalról is kihívások érik. Nemcsak a társadalmi modell szószólói kritikusak a fogyatékoság szociális megközelítésével szemben (amint arról az 1.2 pontban is szó esik); a politikai döntéshozókat is aggasztja a fogyatékosági ellátásban részesülők növekvő száma. A fogyatékoságkategóriák különleges problémát okoznak annak megállapítása során, hogy ki tartozik a kategóriába és ki nem, miközben kiderült, hogy a fogyatékoság, a munkanélküliség és a korai nyugdíjba vonulás közötti határok átjárhatóak, pénzügyi és politikai okokból fakadó mesterkedéseknek vannak kitéve. A 3. fejezetben számos példát hozunk arra a nemzeti jelentésekből, hogy ezek a határvonal-kérdések miként jelennek meg az egyes európai országokban. Egyes államokban a munkanélküliekkel kapcsolatos

intézkedésekben az aktivizálásra és a részvételre helyezett hangsúly befolyásolta a fogyatékosügy politikai megközelítéseket is.

Az esetenként korlátozott foglalkoztathatóságú, alacsony iskolázottságú és képzettségű, vagy szociális gondokkal küzdő munkanélküliek problémáinak újrafogalmazását és újradiagnosztizálását egységes intézkedések kidolgozása kísérte a különféle, nehezen munkába állítható embercsoportok, köztük a fogyatékosok tekintetében. A fogyatékosok foglalkoztatásának előmozdítása, mint cél, befolyásolta a jövedelempótló intézkedéseket is. Az OECD amelletttört lándzsát, hogy a pénzügyi juttatások tekintetében a fogyatékoság olyan új definíciójára van szükség, amely nem tesz egyenlőségjelet a fogyatékoság és a munkaképtelenség közé (OECD, 2002). Tény, hogy a fogyatékosági juttatás egyaránt folyósítható olyanoknak, akik dolgoznak, és olyanoknak, akik nem. Számos országban olyan rendelkezések vannak hatályban, amelyek értelmében a dolgozó és a nem dolgozó fogyatékosoknak egyaránt támogatások folyósíthatók a fogyatékoságukkal járó többletkiadások fedezetére. Az OECD javaslatának a megfelelője az lehetne, ha a nem dolgozó fogyatékosok „rendes” jövedelempótló támogatását a munkanélküli segély körébe sorolnák, vagy, még általánosabban, ha a munkaképes korúaknak adott jövedelempótló támogatás nem lenne kategorizált. Egyes államokban az általános szociális támogató rendszeren belül már nem tesznek különbséget a munkanélküliség és a fogyatékoság között, míg másutt olyan változásokat hajtanak végre, amelyek csökkentik a kategóriahatárok jelentőségét (például a juttatások arányának kiegyenlítésével). Számos országban azonban jelentős intézményi korlátai vannak a nem kategorizált megközelítés bevezetésének. Különösen érvényes ez a biztosítási járadékokra, ugyanis a munkanélküliségi és a fogyatékosági biztosításokat gyakorta különálló intézmények folyósítják, és így a kategorizálás kritikus fontosságú az intézményi felelősségvállalás szempontjából.

Noha a munkanélküliségi és a fogyatékosági biztosítás intézményei gyakran különállóak, egyes országokban van intézményi kapcsolat a fogyatékosági és a nyugdíjbiztosítás között. Ezekben az országokban a fogyatékosági ellátásra szóló jogosultság erősen életkorhoz kötött (OECD, 2002, 4.8 tábla). Számos országban a bizonyos egészségromláshoz is kötött korai nyugdíjazás elmosza a határt a fogyatékosági és az öregségi járadék között. A számos országban a népesség előregedésére adott válaszként bevezetés alatt álló nyugdíjkorhatár-emelés következményeként a fogyatékosági járadékot használják a munkaerőpiacról kivezető útként.

A mindennapos életvitelhez adott támogatás területén kérdéses a határvonal a „normális” öregedés és a fogyatékoság között. Egyes államokban a fogyatékosokra olyan rendelkezések vonatkoznak, amelyek sokkal előnyösebbek, mint azok, amelyeket a törékeny egészségű idősorúak vehetnek igénybe, felvetve az egyenlőség kérdését és nyomást gyakorolva a kategóriák definiálása irányában, mivel igen erős az ösztönzés a fogyatékos besorolás megszerzésére. Más országokban összevontak egyes intézkedéseket, amelyek a törékeny egészségű idősorúakra, illetve a fogyatékosokra vonatkoznak, de így épp az ellenkező problémával kell szembenézniük, nevezetesen azzal, hogy az öregségi igények elvonják a forrásokat a fiatal fogyatékosoktól.

Összefoglalva: a jelentés egy sor fontos kérdésben információt és elemzést ad a fogyatékoság-kategóriák szociálpolitikai használatáról. Bemutatja, hogy az európai uniós államok hogyan és milyen célra alkotják ezeket a kategóriákat, és némi betekintést ad azokba a körülményekbe is, amelyek fennállása esetén a fogyatékoságkategoróriák elhagyhatók a nem kategorizáló megközelítések javára. Bemutatja a tanulmány, hogy az olyan jól ismert általános állami szociálpolitikai struktúrák, mint amilyen a szolgáltatók szétaprózottságának vagy integráltságának mértéke, a jövedelemteszt és a járulékelv alkalmazása milyen indirekt befolyást gyakorolnak a fogyatékoság kategorizálásra. Rávilágít a jelentés, miként kapcsolható össze a szociálpolitikai és a diszkriminációellenes szabályozás fontos új formája a „hagyományosabb” szociálpolitikákkal, ugyanakkor azt is megmutatja, hogy a hosszú távra tervezett költségvetési szociálpolitikák maguk is reformra és továbbfejlesztésre szorulnak, s ezzel a fogyatékosággal kapcsolatos új gondolkodást tükrözi.

2. fejezet: A kutatás összefüggései és tervezése

Számos tanulmány készült, amely fontos a kutatási projekt szempontjából és amely ugyanazon terület egy-egy részét fedi le. Az EU-tagállamokról (Rasmussen és mások, 1999) és az OECD-ről (Gudex és Lafortune, 2000) készült tanulmányok foglalkoznak a fogyatékossgal kapcsolatos adatok országok közötti összehasonlíthatóságának problémájával. Különösen gazdag kutatási anyag áll rendelkezésre a fogyatékos emberek foglalkoztatásáról, és a foglalkoztatás gyakran érinti a definíció kérdéseit (vö.: Prins és mások, 1992; Thornton, Sainsbury és Barnes, 1997). Az EU Bizottságának védnöksége alatt 2000-ben a Fogyatékosok Foglalkoztatását Vizsgáló Európai Szakértői Csoport alakult (van Elk és mások, 2000); a csoport egyik első feladata volt összehasonlítható statisztikák felkutatása és kidolgozása a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetéről.

Ebben a fejezetben (lásd 2.1) áttekintünk három, a mostani kutatással közvetlenül összefüggő projektet. A 2.2 pontban kifejtjük, hogy a projekt kutatási terve mennyire különbözik a kapcsolódó tanulmányoktól, és tárgyaljuk az eredmények értelmezésének egyes következményeit is.

2.1. Az említettekkel rokon kutatások

AZ ICIDH ÉS AZ ICF

Az utóbbi harminc évben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) vezető szerepet játszott a nemzetek között összehasonlítható adatok gyűjtésének előmozdításában azzal, hogy kidolgozta a fogyatékossga vonatkozó fogalmi kereteket. A Képességcsökkenések, fogyatékossgok és hátrányok nemzetközi besorolása (ICIDH) című dokumentumot az 1970-es években dolgozták ki, és a WHO 1980-ban publikálta. A besorolás három fogalmat határozott meg, ezek a képességcsökkenés (funkcionális/strukturális testi rendellenesség), a fogyatékossg (képességcsökkenés által okozott személyes tevékenységi és viselkedési problémák) és a hátrány (a fogyatékossgból fakadó társadalmi hátrányok). Az ICIDH olyan keret volt, amely arra ösztönözte az orvosokat és a többi felhasználót, hogy a kórtani és kezelési szemléletnél szélesebb összefüggésben gondolkozzanak az egészségi állapotról. Ez egyúttal olyan kutatási program részének is tekinthető, amely fontos megállapításokra jutott a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot közötti összefüggésekről, valamint egy sor kérdést vetett fel az egészségi egyenlőtlenség, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és az egészségügyi ellátórendszer finanszírozási szerkezetének területén.

Az ICIDH jelentős befolyással bírt és nyomot hagyott az a kutatásban leírt értékelési rendszereken. Az ICIDH-re kifejezetten hivatkozó két rendszer: a francia *Guide Barème* (Útmutató táblázat) és a spanyol *Valoración de las situaciones de minusvalía* (VM, Képességcsökkenési állapotok értékelése). Ez a két rendszer meglehetősen eltérő módon fejleszti tovább az ICIDH-ben foglalt elképzeléseket. A francia rendszerben a képességcsökkenés súlyosságát úgy mérik, hogy megnézik, mekkora fogyatékossgkeltő hatásai vannak; más szóval a fogyatékossg egységes fogalmat vagy mértéket biztosít a különféle képességcsökkenések osztályozására és csoportosítására. A spanyol VM megközelítése ettől valamelyest eltér: a képességcsökkenést, a fogyatékossgot és a hátrányos helyzetet egyaránt azon „összpontszám” elemeinek tekinti, amelynek alapján megállapítja az egyes személyek jogosultságát, és hozzáférést biztosít nekik a szolgáltatásokhoz. Az a tény, hogy az ICIDH érvényesítése ilyen eltérő módokon lehetséges, azt jelzi, hogy nem meghatározott rendszerről, hanem nyitott keretről van szó annak meghatározására, hogy ki a fogyatékos és ki nem. E nyitottság ellenére a keretet kritikusan kell kezelni, különösen azon burkolt lineáris kapcsolatok tekintetében, amelyeket a képességcsökkenés, a fogyatékossg és a hátrányos helyzet között létesít.

A WHO elvégezte és 2001-ben lezárta az ICIDH felülvizsgálatát, amelynek elnevezése jelenleg Funkcionalitás, fogyatékossg és egészség nemzetközi besorolása (ICF). Fenntartja, sőt növeli az eredeti keret nyitottságát. Különösen vonatkozik ez a „fogyatékossg” fogalmára, amelyet többé nem a rendszeren belül definiál; valójában a fogyatékossg széles koncepciójára vonatkozó összképet három dimenzióból nézve ragadja meg: a testfelépítésben valamint a testi funkciókban mutatkozó képességek, a tevékenységek és a részvétel csökkenéseként.

Az ICF által alkalmazott megközelítés egyik fontos jellemzője a fogyatékoság jelentésének „univerzalizálása”. (Bickenbach és mások, 1999). Ez a megközelítés „elismeri”, hogy a teljes népesség ki van téve a krónikus betegséggel és a fogyatékosággal járó „kockázatoknak”. (Zola, 1989, 401. old.). Az ICF rendszer nem jelöl ki küszöböt annak megállapításához, hogy ki fogyatékos és ki nem; tulajdonképpen a népesség egésze tekintetében elismeri a fogyatékoság valamilyen formáját, vagy mértékét. A fogyatékoságra vonatkozó adatok statisztikai használata sok esetben nem igényli küszöbértékek kijelölését. Például a népesség egészségi állapotát összegző statisztikák tartalmazhatnak olyan elemeket, amelyek az egészségi állapot folytonosságában kapcsolódnak a fogyatékosághoz. Ebben a megközelítésben nincs szükség annak definiálására, hogy ki számít fogyatékosnak és ki nem. Ebből következik, hogy a fogyatékosági statisztikák összehasonlítása nem szükségképpen igényli a küszöbértékek kérdésének megoldását.

Az univerzális megközelítés megengedi, hogy a kutató küszöbértékeket jelöljön különleges célokból. Schneider (2001) rávilágít a definíció *a priori* és *a posteriori* megközelítése közötti különbségre. Az *a priori* megközelítés efféle kérdések megfogalmazását jelenti: „Ön süket, vagy vak, vagy van valamilyen testi fogyatékosága?” Az e kérdésre adott válasz alapján sorolják be a személyt fogyatékosnak vagy nem fogyatékosnak. Az *a posteriori* megközelítések összeírásokon vagy felméréseken alapulnak, amelyek úgy készülnek, hogy lehetővé tegyék több küszöb alkalmazását, olyan küszöböket, amelyek elválasztják egymástól a fogyatékosokat és a nem fogyatékosokat, illetve a fogyatékosok különféle alcsoportjait. E forrásokból olyan információk gyűjthetők, amelyek lehetővé teszik a felhasználó számára, hogy a leglényegesebb kérdések és válaszok kiválasztásával és a kritikus kódolás meghatározásával kijelölje a kutatása számára legmegfelelőbb küszöböket. A különféle kutatások különféle választóvonalak kijelöléséhez vezethetnek. A szociálpolitikák nemzetközi összehasonlítása alapvető fontosságú abban a tekintetben, hogy az intézmények működtetésekor hova kell helyezni a küszöböket. A kutatás célja a küszöbök meghatározásában érintett politikai és adminisztratív döntések megértése. Ez más kutatási probléma, mint annak az adathalmaznak a létrehozása, amely alapul szolgálhat a fogyatékoság különféle szemléleteinek a kutatására. Arra számíthatunk ugyanis, hogy a szociális adminisztrátorok szelektíven gyűjtenek információt, olyan adatok beszerzésére fordítanak erőfeszítéseket, amelyek döntésük meghozatala szempontjából lényegesek.

EURÓPA TANÁCS: A FOGYATÉKOSSÁG FELMÉRÉSE

Az Európa Tanács (ET) 1997 és 2000 között tanulmányt készített A fogyatékoság felmérése Európában címmel (Európa Tanács, 2002). Akárcsak ez a jelenlegi tanulmány, az ET tanulmánya is olyan helyzetekkel foglalkozott, amelyekben a juttatások vagy a szolgáltatások kínálása valamilyen fogyatékosági teszten alapult. A tanulmány két csoportra osztotta a juttatások odaítélésének feltételeit:

- i. személyes és demográfiai tényezők, úgy mint életkor, jövedelem, járulékfizetési idő stb.
- ii. a fogyatékoság megállapítása.

Az ET kutatása az utóbbi követelmény teljesülésének felderítésére szolgáló módszereket vette górcső alá. A tanulmány arra a megállapításra jutott, hogy a fogyatékoság felmérésének négy általános módszere használatos: a százaléktáblázatos módszer, a gondozási igény felmérése, a funkcionális képesség mérése és a gazdasági veszteség kalkulációja. Igen részletes információ áll rendelkezésre a különféle nemzeti százaléktáblázatokra vonatkozóan (táblázatok, amelyek azt mutatják, hogy bizonyos fogyatékoság hány százalékos mértékű rokkantságnak felel meg), de mi megtartóztattuk magunkat attól, hogy ezeket az információkat kutatási eredményeink között felsoroljuk. Mindazonáltal a 3. fejezetben részletesebb tájékoztatást adunk az ET jelentésében található egyéb felmérési módszerekről.

Az ET által kidolgozott kérdőív részben a hivatalos ET-álláspontokat tükrözi az alábbiakra vonatkozóan: (a) multidiszciplináris kutatócsoportok alkalmazása, (b) az „előbb rehabilitáció, csak azután támogatás” elvének érvényesítése és (c) a WHO-szabványok és -fogalmak használata (hivatkozással a régi ICIDH-re, amely a tanulmány készítésekor még érvényben volt). Az e témákkal kapcsolatos kérdések összefüggnek a fogyatékos embereket illetően alkalmazott összefüggő politikára vonatkozó R (92) 6 sz. ET-ajánlással. Az Ajánlás leszögezi, hogy a fogyatékos emberek számára is biztosítani kell minimális megélhetést, speciális juttatásokat és szociális védelmi rendszert; a kérdőív felkérte a válaszadókat, hogy sorolják fel a tartós munkaképtelenségi támogatás, az átmeneti munkaképtelenségi támogatás, a gyermekek miatti támogatások, a gondozási segélyek, a személyes oktatási, szakképzési, technikai támogatások, a munkába való visszatérést segítő intézkedések körébe tartozó ellátásokat.

Az a tanulmány tehát jóval nagyobb területet fedett le, mint a mostani, amennyiben körébe vonta az oktatási és a gyermekek miatti támogatásokat is. Az ET-tanulmány nem tért viszont ki a diszkrimináció ellenes szabályozásra, amely egy két évvel korábbi külön tanulmány (Európa Tanács, 2000) témája volt.

A kérdőívre adott válaszok elemzése számos problémát vetett fel, ezeket az ET-jelentés kommentár része mutatta be. Így különösen azt, hogy „az olyan jogi definíciók, amilyen a fogyatékos, vagy a munkaképtelenség, nem szükségszerűen ugyanazt a fogalmat fedik. ...Egyes fogalmakat, (ilyen például a képességszűkülés és a fogyatékos), gyakran felváltva, egymást behelyettesítően használnak, és nem mindig az ICIDH-definíció értelmében”. (Európa Tanács, 2002., 44–45. old.). Azon jelentős erőfeszítések ellenére, amelyeket azért tettek, hogy a válaszadók megértsék a kérdőívet, a különböző válaszadók különböző módokon értelmezték az egyes kérdéseket (12. old.).

AZ ET-tanulmány jelentéstervezeteit már a projekt kezdetén, 2000. októberében eljuttatták hozzánk, így e projekt kutatástervezésével kapcsolatos számos döntésünkhöz felhasználhattuk azokat. Különösen említésre érdemes, hogy:

- i. Ebben a tanulmányban nem alkalmaztuk a „fogyatékosági teszt” és az egyéb igényjogosultsági feltételek *a priori* szétválasztását. Szélesebb kitekintésből vizsgáltuk a fogyatékos emberekkel kapcsolatos szakpolitikai intézkedéseket, hogy megállapítsuk, e szakpolitikai intézkedések tervezése – különösen az a mód, ahogyan egyeseket kiválasztanak, másokat pedig kizárnak a juttatásokból – mennyire segít megértenünk, mit is jelent a szociálpolitikában a „fogyatékos” fogalma.
- ii. A kérdőívvel kapcsolatos nehézségeink hozzájárultak ahhoz az elhatározásunkhoz, hogy felkérjük a nemzeti jelentéstevőket, készítsenek szöveges beszámolókat a fogyatékos meghatározásáról e projekt számára, egy olyan ellenőrzőlista használatával, amely biztosítja, hogy egyetlen fontos szempont se maradjon ki.

Az Európa Tanács egyik fő célja az volt, hogy javítsa a fogyatékos-felmérések nemzetek közötti érthetőségét, és megállapítsa, miként lehetne olyan közös megközelítéseket kidolgozni, amelyek megkönnyítenék a juttatásra való jogosultság elnyeréséhez szükséges, fogyatékos-sal kapcsolatos feltételek határokon átnyúló adminisztrációját. A tanulmány egyes résztvevői láthatólag azt remélték, hogy a százaléktáblázatos módszer közös alapot szolgáltathat a nemzetek közötti koordináció számára egy európai százaléktáblázat bevezetésével, a tanulmány azonban arra az eredményre vezetett, hogy a százaléktáblázatok használata szűkül, és minden esetben bizonyos alapvető átváltási hibákkal jár. A 6. fejezetben az embereknek az európai uniós belső határokon át történő mozgása által felvetett kérdések különböző megközelítéseit vettük górcső alá. Az ET-tanulmány adottnak veszi a fogyatékosági ellátások exportálhatóságának jelenlegi rendszerét, és arra keres választ, hogy az adminisztráció szintjén a jobb megértés miként segíthetné elő a határokon átnyúló esetek kezelését. Ez a tanulmány az exportálhatóság elveit vizsgálja, és azt, hogy az egyes juttatásokat kell-e exportálni vagy sem az Európai Bíróság által rögzített kritériumok és az Amszterdami Szerződésben széleskörű célként megfogalmazott szabad mozgás fényében.

AZ OECD: A FOGYATÉKOSSÁG ÁTALAKÍTÁSA KÉPESSÉGÉ

Röviddel munkánk megkezdése előtt az OECD elindított egy projektet „a (fogyatékos-sal kapcsolatos) szakpolitikai intézkedések ígéretes kombinációinak kialakításáért és annak kimutatásáért, hogy az egyes kombinációkban rejlő ellentmondások miként hatnak a fogyatékos-sal kapcsolatos politika szándékai ellen” címmel (OECD, 2000., 5. old.). Az OECD tanulmánya tehát egy sajátos szakpolitikai problémára irányult: az ellentmondásra a fogyatékosok jövedelempótló programjai és a „részvételt” ösztönző szakpolitikai intézkedések között, mely utóbbi intézkedések ebben az összefüggésben a foglalkoztatás előmozdítását jelentik. Az alábbi gondolatmenet a zárójelentés tervezetén alapul (OECD, 2002).

A tanulmányterv abból a feltevésből indult ki, hogy a fogyatékos-sal kapcsolatos politikai intézkedések két irányzat szerint csoportosíthatók: integráció/aktivizálás és jövedelemkompenzálás/pótlás. A fogyatékos-sal kapcsolatos politikai intézkedések csoportosítása irányultságuk szerint történt, az intézkedésekről szerzett információkat egy fogyatékos-sal kapcsolatos politikai osztályozás kialakítása érdekében foglalták össze és értékelték. Az osztályozás célja az volt, hogy meghatározza (a) a fogyatékos-sal kapcsolatos juttatásokban részesülők arányát és (b) a fogyatékos emberek foglalkoztatottságát. A két felmérés és az ad-

minisztratív adatok felhasználása, valamint egy sor fontos kérdés felvetése e két adatforrás összehasonlításával történt.

Az OECD-tanulmány fő célja – az egyes országokban juttatásokban részesülők aránya, illetve a fogyatékosok foglalkoztatási rátája közötti különbségek eltérő szakpolitikai irányultsága hatásának vizsgálata – alapvetően más, mint e kutatási projekt célja. Mindazonáltal az OECD tanulmányában jelentős információhalmaz található, amely rávilágít a fogyatékoságdefiníciók különbségeire és e különbségek olyan adminisztratív adatokra gyakorolt hatására, amilyen a fogyatékosági ellátásokban részesülők aránya. Az OECD tanulmánya feltár számos elgondolást arról, hogy a fogyatékosággal kapcsolatos döntéshozás miként érinti a juttatásokban részesülők arányát, ideértve például a kezelő-orvosok (általános orvosok stb.) által készített értékelés hatását, összehasonlítva a társadalombiztosítási intézmények által alkalmazott orvosok által készített értékelésekkel, valamint az előző foglalkozásra vonatkoztatott munkaképesség-felmérés hatását, összehasonlítva az általános munkaerő-piaci lehetőségek alapján végzett felméréssel. Továbbá, amint azt a 7. fejezetben kifejtjük, a jövedelempótló intézkedések esetében használatos fogyatékoságdefiníciók egy összefüggő fogyatékoságügyi politika kidolgozásának problémájaként jelennek meg.

A tanulmány vizsgálja, hogy a juttatásban részesülők aránya és a foglalkoztatási ráták eltérései milyen mértékben magyarázhatók a különböző szakpolitikai paraméterekkel és irányultságokkal. Az eredmények általában nem egyértelműek. Például a nemzetek közötti kapcsolatrendszer meglehetősen gyenge az integrációorientált szakpolitikai intézkedések erőssége és a fogyatékosok foglalkoztatottsági rátája között. Ezek az eredmények fontosak e tanulmány számára, mert azt sugallják, hogy nincs egyszerű kapcsolatrendszer sem a szakpolitikai intézkedések között, sem a fogyatékoság-definíciók és az eredmények között, akár az adminisztratív adatokkal, akár a felmérés adataival mérjük őket.

2.2. A kutatási terv

A projekt tervének központi elképzelése az volt, hogy a 15 tagállam (plusz Norvégia) együttműködésével valósul majd meg. 2001 elején, majd 2002-ben is munkaértekezletet tartottunk Brüsszelben a nemzeti jelentéskészítőkkel, akiket a folyamat kezdetén jelöltünk ki. Luxemburg nemzeti jelentője a nyitó értekezlet után nem tudott részt venni a további munkában, így Luxemburg kimaradt a tanulmányból.

A nemzeti jelentéstevők fogyatékoságügyi politikai kutató szakemberek voltak, akik nem nemzeti képviselőkként működtek. Számos kutató és aktivista azzal érvelt, hogy e témába csak azok képesek értékelhető betekintést adni, akik személyes tapasztalattal rendelkeznek a fogyatékoság terén. Az intézmények szerepe és gyakorlata, illetve az érintett emberek tapasztalatai és értelmezése közötti konfliktusok számos tanulmányban jól láthatóan megjelennek (például Baxter, 1976). Ám ez a projekt inkább az intézmények szerepére és gyakorlatára irányul, semmint az egyének tapasztalataira. E munka célja nem az, hogy a fogyatékos egyének e folyamatról szerzett tapasztalatait (benyomásait, vélekedéseit) kutassa. A kutatás a tagállamok fogyatékoságdefinícióval kapcsolatos szakpolitikai céljainak és aggályainak megragadására törekedett.

Az első munkaértekezlet számára három háttér tanulmány készült. Az egyik áttekinti a fogalommal kapcsolatos irodalmat és annak jelentőségét a projekt szempontjából, a másik összefoglalja a fogyatékosággal kapcsolatos nemzetközi alkalmazott kutatás legújabb eredményeit, a harmadik bemutatja az EU fogyatékoságpolitikájának jelenlegi alakulását. A nemzeti jelentők által elvégzendő gyakorlati feladat kijelölése velük közösen történt a munkaértekezlet két napja során, amikor is egyúttal készült egy „ellenőrző lista” (a későbbi hivatkozások szerint „figyelmeztető lista”) a megvizsgálandó kérdésekről. A lista, a nemzeti jelentések javasolt egységes formája és a háttér tanulmányok megtalálhatók a projekt honlapján az alábbi címen: <http://www.brunel.ac.uk/depts/govn/research/disability.htm>.

AZ ELLÁTÁSOK KIVÁLASZTÁSA ÉS LEÍRÁSA

A munkaértekezlet egyik kulcsfontosságú döntése volt, hogy a nemzeti jelentők választhatják ki a tárgyalandó juttatásokat és szolgáltatásokat, feltéve, hogy az általuk választott tárgyalandó juttatások között legalább egy lesz majd a Bizottság által megkövetelt területek (társadalombiztosítás, foglalkoztatás és diszkrimináció ellenes intézkedések) mindegyikéről, továbbá a fogyatékoságdefiníció

megkülönböztető vagy innovatív megközelítését tartalmazzák. A jelentéskészítéshez biztosított időre való tekintettel nagyon fontos volt, hogy a jelentők ne érezzék úgy, hogy átfogó képet kell adniuk az egyes államokban a fogyatékoság területén jelenleg érvényben levő intézkedések összességéről. Arra sem kértük őket, hogy részletesen számoljanak be a járulékfizetési kötelezettségekről, a jövedelemtesztekről vagy más kritériumokról (ezeknek az információknak a nagy részét a MISSOC rendszeresen összegyűjti).

Mindazonáltal a nemzeti rapportőrök szükségesnek tartották, hogy a tárgyalandó ellátásokról jelentős mennyiségű háttérinformációval szolgáljanak. Átfogó megközelítésünk szempontjából alapvető fontosságú az a törekvésünk, hogy a fogyatékoság meghatározását a különleges ellátások összefüggésébe helyezzük. Legalábbis vázlatos képet kell alkotni az ellátásokról ahhoz, hogy valaki megértse a definíciókat, és a definiálás folyamatát megtisztítsa az ellátásokhoz való hozzáférést szabályozó egyéb kritériumoktól. A Függelékben minden egyes országösszefoglaló első része ismerteti a szociálpolitikai hátteret, és bemutatja, hogy a fogyatékos embereknek kínált ellátások miként viszonyulnak a hasonló igényű, de lényeges egészségügyi ajánlásokkal, javallatokkal nem rendelkező embereknek kínált ellátásokhoz.

Fontos változók tartalmaznak olyan nem fogyatékosági kritériumokat is, amilyenek a jövedelemtesztek, a járulékfizetési kötelezettségek és a korhatárok. A háttérinformáció potenciálisan nagyon bőseséges lehet, és bár nem kértük az összes tagállam szociálpolitikai összefüggései valamennyi fontos elemének bemutatását, a kapott adatokból számos fontos bepillantást nyerhetünk ezekbe az összefüggésekbe.

Miután bemutatták a tanulmány számára kiválasztott ellátások szociálpolitikai összefüggéseit, a nemzeti jelentéstevők a figyelmeztető listának megfelelően leírták az értékelési folyamatokat. A leírás három fő részből áll:

- i. A fogyatékoság leírása. Ez a rész az olyan megállapítások listáját tartalmazza, amelyeket a nemzeti jelentéstevők használhatnak, vagy figyelmen kívül hagyhatnak, ilyen például az „orvosi diagnózis feltételéhez kötött”, vagy „a mindennapos tevékenységekben (mosásban, öltözködésben, étkezésben, mozgásban) korlátozott”.
- ii. A felmérési módszerek. Itt is egy lehetőséglistát találunk, például orvosi vizsgálat, az önellenőrzés, a meghatározott feladatok elvégzésének megfigyelése. Ez a szakasz arra is figyelmezteti a nemzeti jelentéskészítőket, hogy jelöljék meg a bevont szakembereket, például orvosok, munkaező-piaci szakértők stb.
- iii. A fogyatékoság méréséhez használt eszközök. A lehetőségek a képességcsökkenések kötelező listájától (százaléktáblázat) a személyes jellemzőkre és körülményekre (kor, iskolázottság, közlekedési eszközök igénybevételének lehetősége stb.) vonatkozó információkig terjednek.

INFORMÁCIÓHOZ JUTÁS

A jelentők néhány információszerzési problémával találták szemben magukat, amikor a fogyatékoság részleteivel kapcsolatos megállapításaikat kívánták összeállítani. Jelentős különbségek vannak a tagállamok között abban a tekintetben, hogy a fogyatékoságdefiníció fő összetevőit milyen szintre helyezik. Egyes államokban nemzeti jogszabályokra alapozott hivatalos jogi eszközöket alkalmaznak. Másutt a meghatározást végző szervezetek útmutatókat és besorolásokat adnak ki. Megint mások kerülik a hivatalos jogi megfogalmazásokat, és a felmérést végzők szakmai tudására támaszkodnak.

Az igazgató intézmények felkérést kaptak, hogy szolgáltatassanak egy-egy példányt a formanyomtatványokból, besorolásokból és más értékelési eszközökből, noha ehhez egyes esetekben az irodavezetők vagy más vezető beosztású tisztségviselők jóváhagyására is szükség volt. Egyes intézmények rendkívül nyitottak, és számos fontos anyagot tettek hozzáférhetővé az interneten. Hozzáférési nehézségek ott adódtak, ahol az alacsonyabb beosztású tisztségviselők tudatában voltak annak, hogy mindennapi gyakorlatuk nem teljesen felel meg az írott szabályoknak és útmutatásoknak. Egyes esetekben a tisztségviselők nyíltan beszéltek a végrehajtás nehézségeiről, míg máskor „formális válaszok” mögé bújtak. Azokban az államokban, ahol az ellenőrző intézmények jelentéseket készítenek és adnak ki az adminisztratív gyakorlatról (a fogyatékoság területén különösen Svédországban és Hollandiában), ott nagyobb hajlandóság mutatkozik a végrehajtási gondok megvitatására, mint ott, ahol ezek a problémák általában rejtve maradnak a nyilvánosság előtt.

Egyes államok másoknál nyitottabbak a források ama szűkösségével kapcsolatban is, amellyel az adminisztrációnak szembe kell néznie: például mind a svédországi, mind a hollandiai jelentéstevő felhívta a figyelmet annak valószínűségére, hogy az adminisztratív személyzet a döntéshozatalhoz rendelkezésére álló rövid idő miatt egyes eljárásokat nem visz végig és szívesebben folyamosodik bizonyos „egyszerűsített megoldásokhoz”. Ez lehet az oka, hogy bizonyos más rendszerek forrás-ellátottsága jobb: például Németországban az EMR (a csökkent keresőképesség címén adott támogatás) adminisztrációja jóval hosszabb időhatáron belül nagyobb mennyiségű információval dolgozik, mint amekkorára más országokban lehetőség van. A 4. fejezetben a döntéshozatali modellek tárgyalásakor rámutatunk ennek a németországi helyzetnek néhány lehetséges okára, így különösen az egészségügyi szolgáltatások és a fogyatékossgal kapcsolatos döntéshozatal összefonódottságára.

FÜGGELÉK

A függelékek összeállításakor azt találtuk, hogy rendkívüli nehézségekbe ütközik az értékelési eljárások takarékos leírása az összehasonlításhoz szükséges kérdések bemutatása érdekében. A legegyszerűsebb megoldásnak az látszott, ha keretet hozunk létre azon definíciók vizsgálatához, amelyek megmutatják, hogy adott esetben az orvosi modellt vagy a társadalmi modellt alkalmazzák-e. Az orvosi modell alkalmazásának tekinthetők azok a definíciók, amelyek a személyek egészségi állapotára utalnak, vagy amelyeket orvosok fogalmaznak meg, míg azok a definíciók, amelyek a személyek szociális körülményeire hivatkoznak, a társadalmi modell alkalmazását jelentik. A gyakorlatban azonban nagyon kevés olyan értékelés van, amely e fogalmak szerint könnyen besorolható. Az ebben a tanulmányban összegyűjtött adatok azt mutatják, hogy a fogyatékossg megállapítása nagyon gyakran orvosi és társadalmi információk összetett, többféle szempontot figyelembe vevő felhasználásával történik.

A függelékek adatai két részre oszlanak. Az első rész a szakpolitikai összefüggéseket mutatja be, a második a felmérési, megállapítási eljárásra összpontosít. A függelékek fejezetcímei valamelyest különböznek az ellátások által lefedett három fő terület szerint, ezek jövedelemtámogatás és -pótlás, foglalkoztatási ellátások, a mindennapos tevékenységek ellátáshoz és az önálló életvitelhez kínált támogatás. Mindazonáltal a fő elemek az összes területen azonosak és az alábbiakban foglalhatók össze:

1. Az általánosan használatos definíció, illetve a meghozandó döntés. Számos esetben nincs átfogó definíció, illetve az általános szabály definiálatlanul hagy olyan kulcsfontosságú fogalmakat, amilyen például a „munkaképtelenség”. Van azonban néhány példa arra is, hogy az általános definíció érdekes bepillantást enged a szakpolitikai megközelítésbe.
2. Szabályok és eszközök. A jövedelempótló támogatások összefoglalójában a szabályokra és eszközökre vonatkozó információk komponensekre lebontva szerepelnek: a diagnózis, a képesség-csökkenés, a fizikai és a szellemi képességek szabványyszerű leírása (amikor a felmérési, a megállapítási eljárás általában kevésbé kidolgozott), az egyes felhasznált eszközök jellege ugyanabban a fejezetben kerül bemutatásra.
3. A személyi állomány. A közreműködő személyi állomány állhat orvosokból, ápolókból, foglalkoztatási szakértőkből, rehabilitációs terapeutákból, szociális munkásokból, multidiszciplináris munkacsoportokból és/vagy tisztviselőkből valamint adminisztratív munkatársakból. Amint a 3.2. pontban kifejtjük, fontos, hogy legyen információ a személyi állomány intézményi hovatartozásáról, szakképzettségéről, szakmai gyakorlatáról.
4. A személynek és körülményeinek együttes vizsgálata. Mind a foglalkoztatási, mind az ADL (a mindennapos tevékenységek ellátásához adott) támogatások esetén a döntőnek lehetősége van arra, hogy az illető személyt megfigyelje a szóban forgó munkahelyi vagy otthoni tevékenységek végzése közben. A jövedelempótlás terén nincs ilyen nyilvánvaló megfigyelési terep, a döntő azonban figyelembe vehet olyan sajátos tényezőket is, amilyen például a vizsgált személy munkavégzési előélete, iskolai végzettsége és szakképzettsége, egyéb személyes és társadalmi körülményei.
5. A fogyatékos személy szerepe. A jövedelempótlás területén a fogyatékos személynek – azon kívül, hogy beadja a kérvényét és együttműködik a vizsgálatban, mint annak alanya – általában nincs szerepe abban a folyamatban, amelyben eldől, hogy fogyatékosnak minősítik-e vagy sem. A foglalkoztatás területén azonban a fogyatékos személynek messzesemenő szerepe lehet a

folyamat előrevitelében, az általa kívánatosnak tartott elhelyezésével kapcsolatos preferenciák megjelölésében. Az ADL-t és a független életvitelt segítő támogatások területén a fogyatékos személy különösen fontos szerepet tölthet be saját szükségleteinek meghatározásában.

6. A munkaadók szerepe. Ez is fontos lehet a foglalkoztatási és a jövedelempótló intézkedések esetében. A munkaadónak szerepe lehet abban, hogy kezdeményezi vagy támogatja valamely általa foglalkoztatott dolgozó fogyatékosná minősítés iránti kérelmét. A munkaadók különös felelősséget viselnek fogyatékosná vált dolgozóik iránt abban a tekintetben, hogy e személyek jövedelempótló támogatáshoz jussanak.

A függelékben foglalt elemzések nemcsak országonként, hanem intézkedésenként is csoportosítva vannak. Megjegyzendő, hogy a függelék csak a nemzeti jelentésekben foglalt ellátásokat tartalmaz, amelyeket, mint fentebb már említettük, a nemzeti jelentéstevők választottak ki, hogy illusztrálják a definiálás különféle megközelítéseit. Ezért az ellátások bemutatása nem teljes, noha a definíciók ismertetése szándékunk szerint tükrözi a lényeges megközelítések körét.

A nemzeti jelentők és a projekt munkacsoportjának első munkaértekezlete 2001 februárjában volt, a nemzeti jelentések 2001. március–júniusban készültek el. Ezt követően a projekt igazgató és a nemzeti jelentéstevők folyamatos munkakapcsolatban álltak a függelék elkészítéséig és ellenőrzéséig. Ez a folyamat a 2002. márciusi második munkaértekezlettel zárult le. Ezért a Függelékben foglalt adatok szintén 2001-esek. Aktualizálásuk szükség és lehetőség szerint 2002. január elsejével megtörtént.

Kutatási eredmények

3. fejezet: Fogyatékoságdefiníciók a szociálpolitikában

Amint azt az 1. fejezetben kifejtettük, kutatásunk a fogyatékoságdefiníciókra irányult, a szociálpolitikai ellátások összefüggéseibe helyezve azokat. A tárgyalt ellátások odaítélésénél olyan szabályokat alkalmaznak, amelyek az egészségi állapotra vonatkozó feltételeket is tartalmazzak.

Ez a fejezet az odaítélés szabályait vizsgálja a mindennapos tevékenységek ellátásához adott segítség, a jövedelempótló támogatások és a foglalkoztatási intézkedések terén. Célunk, hogy leírjuk és taglaljuk a definíciókat az ellátások szociálpolitikai összefüggésébe illesztve, és felvessük a kérdést, hogy a használt definíciók megfelelőek és alkalmasak-e.

Az USA-ban alkalmazott, fogyatékosággal kapcsolatos intézkedéseket áttekintve Mashaw és Reno (1996) mellett érvel, hogy be kell mutatni a kapcsolatot a fogyatékoságdefiníciók és a szociálpolitikai célok között:

- A mindennapos tevékenységek ellátásához (ADL) adott támogatás iránti igényre alapozott fogyatékoság definíciója alkalmas az ADL-t segítő, közpénzből finanszírozott szolgáltatásokra való jogosultság megállapítására.
- A foglalkozási szolgáltatások iránti igényre, és hihetően abból származó juttatásokra alapozott fogyatékoság definíciója alkalmas a közpénzből finanszírozott foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokra való jogosultság megállapítására.
- A foglalkoztatásban vagy a közterületekre való bejutás tekintetében a diszkrimináció kockázatának kitett emberek összességét magában foglaló fogyatékoságdefiníció alkalmas annak meghatározására, hogy kire terjed ki a polgári jogok védelme.
- A jövedelemszerző képesség elvesztésére alapozott definíció alkalmas annak meghatározására, hogy ki jogosult az elvesztett jövedelmet részlegesen pótló, köz-, vagy magánforrásból származó készpénztámogatásra. (Mashaw és Reno, 1996., 24. old.).

Mashaw és Reno felhívja a figyelmet egyes olyan helyzetekre, amelyekben a definíció és a szándék látszólag nincs összhangban, és az alábbiakban mi is hozunk néhány ilyen példát. Foglalkozunk egy további kérdéskörrel is, amely e tanulmány összehasonlító jellegéből adódik.

Megvizsgáljuk azt is, hogy minden esetben szükség van-e fogyatékoságdefinícióra a szociális szolgáltatáshoz (az ADL-hez adott támogatásokat is ideértve), a foglalkoztatási szolgáltatásokhoz (a foglalkozási rehabilitációt is ideértve) és a jövedelempótló támogatásokhoz (az elvesztett jövedelem pótlását is ideértve) való hozzáféréshez? Az egyes juttatások összefüggésében mi a logikája annak, hogy a fogyatékoság mint szempont bekerüljön a juttatások odaítélésének szabályai közé? Mi a kapcsolat a fogyatékosági ellátások és a hozzá hasonló igényeknek vagy helyzeteknek megfelelő egyéb szociális juttatások között?

Az egészségi állapottal összefüggő odaítélési szabályok mellett minden fogyatékosági juttatásnak vannak egyéb szabályai is, amelyek a szociálpolitikai igazgatás által alkotott olyan más kategóriákra is vonatkoznak, amilyen például a munkanélkülieké, a gyermekes családoké, az időskorúaké stb. Ezekre az egyéb szabályokra példa a jövedelemteszt és a járulékfizetési kötelezettség. Tanulmányunkban ezeket a szabályokat „nem kategorikusaknak” nevezzük. Ebben a fejezetben vizsgáljuk azokat a témákat, amelyek a szociálpolitikában szerepet játszanak egyik vagy másik szükséglet szenvedő

csoport mint kategória megkülönböztetésében, és vizsgáljuk azt is, hogy a nem kategorikus szabályok milyen kölcsönhatásban vannak a fogyatékossgot definiáló kategorikus* szabályokkal. Az alábbiakban megvizsgáljuk a kapcsolatot egyrészt az egészségi állapot és az ADL, illetve az önálló életvitel támogatása iránti igény között (3.1. szakasz), másrészt valamint a jövedelempótló támogatás (3.2. szakasz) és a foglalkoztatási ellátások (3.3. szakasz) között. A 3.1. szakaszban először azt vizsgáljuk, milyen a kapcsolat egyrészt a diagnosztika, másrészt az egészségi állapotra vonatkozó egyéb információ és a felmérések iránti igények között, majd áttérünk az olyan nem fogyatékossgai kritériumok szerepének vizsgálatára, amilyen a jövedelemtesztek az ADL-támogatások odaítélésében. A 3.2. szakaszban három módját különböztetjük meg annak, ahogy a vizsgált államokban meghatározzák a munkaképtelenséget, majd megvizsgáljuk, milyen kölcsönhatás áll fenn a fogyatékossgai és a nem fogyatékossgai kritériumok között a juttatásokra való jogosultság megállapításában. A foglalkoztatási intézkedésekről szóló 3.3. szakasz felépítése más. A definíció megközelítésének különböző módjai használatosak a különböző foglalkoztatási intézkedések adminisztrációjában, és ezek a tárgyalás célja szerint három csoportra oszlanak: fogyatékossgal összefüggő specifikus beavatkozások, általános foglalkoztatási szolgáltatások és kvótarendszerek.

3.1. ADL-hez adott támogatás és az önálló életvitel előmozdítása

FOGYATÉKOSSÁGDEFINÍCIÓK

Az ADL-hez adott támogatás odaítélésére alkalmas fogyatékossgdefiníció az egészségi állapot és az alapvető feladatok ellátására való képesség közötti kapcsolat megállapításán nyugszik.

Az ADL-hez adott támogatások területén az egészségi állapot és az igények közötti összefüggés teljesen természetesnek tűnik. Ha valaki segítségre szorul az önellátás olyan alapelemeiben, amilyen az étkezés, a mozgás és a személyes higiénia, akkor annak közvetlen oka általában egészségügyi problémákban gyökerezik. Ezekről a dolgokról az emberek rendszerint maguk gondoskodnak, hacsak nem szélsőségesen barátságtalan környezetben élnek (például hajléktalanok) és nem kisgyermekek. Ezért a tevékenységek e szűk körének ellátásához igényelt segítség felmérése a fogyatékossg felméréseként is értelmezhető.

Az európai uniós államokban azonban az ADL-hez adott támogatásra való jogosultság rendszere sok tekintetben eltér ettől a természetes mintától. Az első megjegyzés e tekintetben az, amire Mashaw és Reno is rámutatott: vagyis, hogy a definíciók és a célok nem mindig állnak összhangban.

Számos országban az ADL-hez adott támogatás csak azok számára elérhető, akik fogyatékossgai jövedelempótló juttatásban részesülnek (számos országban a legintenzívebb ADL-támogatás azokra korlátozódik, akik munkahelyi baleset vagy foglalkozási betegség címén kapott járadékban részesülnek). Ahhoz, hogy az ADL-támogatást megkapják, az igénylőknek egymást követően két különböző jellegű teszten kell átesniük: az egyik a munkaképtelenségi teszt, a másik az ADL, vagyis a mindennapos tevékenységek ellátásában való korlátozottságot megállapító teszt. Ez a szerkezet valószínűleg azt a burkolt feltevést tükrözi, hogy a munka mindig bonyolultabb, nehezebb és igényesebb tevékenységek elvégzésével jár, mint amilyenek a mindennapos alaptevékenységek, ezért aki ez utóbbiakat (azok valamelyikét) nem tudja elvégezni, az szükségképpen alkalmatlan a munkára is. Ez a feltevés azonban nem állja meg a helyét. A munka állhat olyan magasan specializált tevékenységekből, amelyek a valamely mindennapos alaptevékenységre való alkalmatlanság esetén is elvégezhetők.

Az európai uniós államok ezzel tökéletesen tisztában vannak, ez azonban nem jelenti azt, hogy ezek az államok képesek lennének haladéktalanul bevezetni olyan reformokat, amelyek elszakítanák az ADL-támogatást a munkaképtelenségtől. Vannak fontos intézményi vonatkozásai annak a módnak, ahogy a fogyatékossgdefiníciókat alkalmazzák a forráselosztásra a szociálpolitikában. Számos országban a munkaképtelenek ADL-támogatását a munkaképtelenség elleni biztosítást kínáló szervezetek finanszírozzák. „Független” ADL-támogatási rendszer bevezetéséhez új finanszírozási forrást

* Ebben az összefüggésben a nem kategorikus, illetve a kategorikus kifejezés a szokásostól eltérően valami olyasmit jelenthet, hogy „(nem) kategóriákban gondolkodó” vagy „(nem) kategóriákkal dolgozó” szabályozás – a lektor megjegyzése.

kellene alapítani, és újra el kellene osztani az intézményi feladatokat is. Portugáliában például olyan a struktúra, hogy csak a legsúlyosabb munkaképtelenségben szenvedők részesülhetnek ADL-támogatásban (ezeknek az embereknek a státuszát „grand invalideznek” [súlyos rokkantságnak] nevezik). A közelmúltban különfelmérést vezettek be az ADL-támogatás odaítélésére. A rendszer most a potenciális kedvezményezetteknek a korábbinál jóval szélesebb körére terjed ki, köztük az időskorúakra, a nyugdíjas fogyatékosokra, a járulékalapú és a nem járulékalapú rendszerben egyaránt. Azonban csak a nyugdíjasokra terjed ki, a dolgozók ilyen juttatásban nem részesülhetnek. Visszatérve azokra az államokra, amelyek a munkaképességtől függetlenül adnak ADL-támogatást: találtunk néhány rejtett bonyodalmat abban a javaslatban, miszerint „az ADL-támogatás iránti igényre alapozott fogyatékoságdefiníció alkalmas az ADL-támogatást kínáló szolgáltatásokra való jogosultság megállapítására”. A tagállamok felméréseikben nem pontosan ugyanazt az ADL-fogalmat használják, továbbá az általuk adott támogatás nem szükségszerűen „illik össze” azokkal a korlátozottságokkal, amelyeket megállapítanak.

Egyes alapvető ADL-fogalmak használatának hosszú története van, és szerte a tagállamokban egyaránt hivatkoznak rájuk: ezek közé tartozik az ülés, a lefekvés és a felkelés (a „helyzetváltoztatás”) képessége, a személyes higiénia fenntartása, az öltözködés és étkezés. Más kevésbé konkrét megfogalmazásokba beletartozik a mozgás- és a közlekedésképesség, a széles értelemben vett „társadalmi” tevékenységek, például a házimunka, a háztartás vezetése, a kommunikáció és a társadalmi részvétel más vonatkozásai. Ez utóbbiakat néha a mindennapi élet instrumentális tevékenységeiként emlegetik (IADL), hogy megkülönböztessék őket az alapvető ADL tevékenységektől.

Vannak helyzetek, amelyekben a szűken értelmezett ADL-felmérést használják az igények széles körével összefüggő juttatások odaítélésére. Például az ADL-felmérés magában foglalhatja annak megállapítását, hogy a szóban forgó személy tud mozogni házon belül („helyváltoztatás” ADL), de azon kívül nem, noha a juttatás fogalmilag egyaránt kiterjed a házon kívüli és a házon belüli mobilitásra. Láthatjuk, hogy az ADL-felmérés felhasználható az emberek fogyatékos (vagy súlyosan fogyatékos) kategóriába sorolásához, anélkül, hogy a felmérésnek meglenne a természetes kapcsolata azokkal az igényekkel, amelyeket ki kell elégíteni, legalábbis ahogy eme igények kielégítését első látásra elképzeljük. A felmérés az igények mutatóit keresi, ahelyett, hogy pontosan megállapítaná annak az igénynek a mibenlétét, amelyet ki kell elégíteni.

A nyíltan „indikatív” megközelítés meghökkentő példája a „főzésteszt”, amelyet az Egyesült Királyságban használnak arra, hogy megállapítsák a fogyatékos életvitel-támogatás (DLA) vagyis az alacsonyabb szintű gondozási ellátásra való jogosultságot. Ez a teszt azt vizsgálja, hogy valaki meg tud-e főzni egy személyre egy főételfajtát, hagyományos konyhai eszközökkel. A teszt magában foglal olyan elemeket, mint a hús kiklopfolása, a zöldségek megtisztítása, pirítás forró serpenyőben, annak felismerése, hogy az étel megfelelően elkészült-e. A teszt szempontjából érdektelen, hogy az illető szokott-e főzni, vagy akar-e főzni; abból a feltételezésből indulnak ki, hogy aki nem tud főzni, az meg akarja azt tanulni. Aki rendszerint mikrohullámú sütőben melegített konyhakész ételeket eszik, e teszt szerint támogatásra jogosult lehet, ha megbukik a főzésteszten, azaz nem képes megfőzni egy főételt. Továbbá nem elvárás a teszten, hogy a készpénztámogatást arra fordítsák, hogy segítséget vegyenek igénybe az ételek elkészítéséhez, vagy hogy készételek beszerzésének pluszköltségét fedezzék belőle.

Általában a készpénztámogatás esetén fennáll az a lehetőség, hogy a pénzt más célra használják, nem arra, hogy támogatást vásároljanak belőle az ADL-tevékenységekhez. A súlyos öltözködési vagy étkezési nehézséggel küzdő személy arra kapja a támogatást, hogy abból segítséget szerezzen magának e tevékenységek ellátáshoz, de megteheti, hogy segítség nélkül küszködik az öltözködéssel és az étkezéssel, a pénzt pedig valami másra fordítja. Ez a lehetőség alapvető kérdéseket vet fel. Egyrészt az önállóság elve azt sugallja, hogy a személynek képesnek kell lennie arra, hogy saját preferenciái szerint használja fel a pénzt. Másrészt, ha a pénzt nem gondozásra költi, akkor adódhat a gyanú, hogy az eredeti igényfelmérés nem volt megalapozott, és a pénztámogatást meg kell vonni.

Ez a kérdés számos államban másként vetődött fel, s különféle megoldásokhoz és kompromisszumokhoz vezetett. Egyes államok a „laissez faire” (magyarul az ahogy lesz, úgy lesz) megközelítést követve elfogadták a személyes önrendelkezést, noha ez a helyzet vélhetően afelé tart, hogy nem megfelelő juttatási szinttel kapcsolódjon össze. Ausztriában például a gondozási biztosítás felmérése olyan táblázaton alapul, amely sajátos gondozási támogatásokat sorol fel, a hozzájuk tartozó időigény megjelölésével együtt. Elismert tény azonban, hogy az egyes gondozási szintekhez adott készpénztámogatás általában nem fedezi annak a gondozási időtartamnak a költségét, amely pontosan meg-

felelne a felmérésben kijelölt gondozás-típusnak, illetve „formának”. Németországban a gondozási támogatás kedvezményezettjei szolgáltatáscsomag vagy készpénztámogatás között választhatnak, és ez utóbbinak az összege jóval alacsonyabb, mint a csomagban szereplő szolgáltatás elvi költsége. A készpénzes változat igen népszerű. Egyes kommentátorok szerint ez a kínált szolgáltatás minőségére adott elutasító reakció; mások arra a lehetőségre mutatnak rá, hogy a készpénzt nem gondozás megvásárlására, hanem más célokra lehet fordítani. Mindenesetre azoknak, akik a készpénzt választják, meg kell nevezniük egy gondozót, és rendelkezés írja elő a megnevezettek ellenőrzését.

Megint más országokban arra törekedtek, hogy a fogyatékos emberek preferenciáit a felmérés keretein belül tartsák, és az ellátásokkal megkísérelték összebékíteni az önállóságot és az adminisztratív ellenőrzést. Belgiumban például a Flemish Fund közvetlen kifizetéseiből származó támogatások odaítélésénél a kérelmező fogyatékoságának mértékét a képességsökkenésre vonatkozó egyéb információk mellett ADL-táblázat alkalmazásával állapítják meg. Ezt az információt arra használják, hogy a kérelmezőt elhelyezzék valamelyik költségvetési kategóriában. Ezután támogatási terv készül, s ez azt jelenti, hogy lehetővé teszik a fogyatékos személy számára, hogy jelezze, miként akarja megszervezni az életét. A skandináv államok ebben az irányban haladva számos intézkedést is elfogadtak, például a fogyatékos személyt megtették a gondozó munkaadójává, azaz a fogyatékos személy jogosult meghatározni, milyen szolgáltatást kapjon és kitől.

AZ ADL-TÁMOGATÁS ODAÍTÉLÉSÉNEK NEM FOGYATÉKOSSÁGI KRITÉRIUMAI

Már megjegyeztük, hogy az ADL-támogatás más feltételektől is függhet, például bizonyos fajta nyugdíjakra való jogosultságtól. Van két másik fő ismerv, amely érintheti a juttatás odaítélését. A támogatás függhet jövedelemtesztektől, és a támogatás igénybevételének korhatára is lehet. Nem célunk ehelyütt, hogy átfogó áttekintést adjunk azokról a rendelkezésekről, amelyek leírják ezek összes kategorikus (fogyatékossgal összefüggő) és nem kategorikus szabályát. Érdeklődésünk arra irányul, hogy a jövedelemtesztek vagy korhatárok miként tükrözik a fogyatékosági nézeteket, és miként befolyásolhatják a fogyatékossg-felmérések működését.

Kezdjük a korhatárok kérdésével! Bőségesen vannak arra példák, hogy a „fogyatékos” minősítést csak bizonyos kor, gyakran 65 éves életkor alatt alkalmazzák (a minősítés általában csak 65 éves kor alatt szerezhető meg, de ha valaki megkapta, akkor 65 éves kora után is vonatkozik az illetre).

Dániában például a szociális szolgáltatásokról szóló törvényben korhatárhoz kötöttek a mozgásképesre, a társadalmi kapcsolatra és a szaktudás fejlesztésére vonatkozóan megfogalmazott jogok. Az Egyesült Királyságban a 65 évesnél fiatalabbak a DLA (fogyatékosok életjáradéka) mindkét elemére, a gondozási és a mozgásképeségi elemre is jogosultságot szerezhetnek, míg a 65 éven felüliek ellátása a gondozásra korlátozódik. Egyes államokban az időskorú fogyatékosok igényeit kisebb mértékben elégítik ki, mint a fiatal fogyatékosokéit, de nem kifejezetten az igények körében differenciálnak, hanem egyszerűen kisebb összegű ellátásokat adnak. Egyes juttatások esetében ez a helyzet például Franciaországban és Belgiumban.

Ezeknek a különbségeknek az egyik magyarázata az, hogy az életkortól függően változik azoknak a szokásos tevékenységeknek a köre, amelyek mindennapos tevékenységeknek minősülnek. Itt különösen arról van szó, hogy a 65 évesnél idősebbek esetében abból indulnak ki, hogy ők már nem dolgoznak, ezért a munkába járáshoz nincs szükségük segítségre. Egyes államokban eleve magasabb szintű szolgáltatással számolnak azok számára, akik dolgoznak, mert számolnak a munkába járással kapcsolatos költségekkel (például az utazással). Dániában a szociális szolgáltatásokról szóló törvény értelmében adott juttatások a munkában álló embereket célozzák, a nyugdíjasok a szociális nyugdíjakra vonatkozó törvény szerinti, kevésbé bőkezű ellátásokat kapnak. Hollandiában nincs korhatár, de a mozgásigényt minden egyedi esetben külön vizsgálják, s ennek következtében eltérő szociális normákat alkalmazhatnak a felmérésbe bekerülő idősebb illetve fiatalabb emberek esetében. A közelmúltban Hollandiában a munkaképes korúakra és az időskorúakra vonatkozó eltérő rendelkezéseket összevonták a WVG (a fogyatékos személyekre vonatkozó törvény) bevezetésével, és ezt az összevonást a fogyatékos embereket képviselő érdekcsoportok bizonyos fenntartásokkal fogadták (van Ewijk és Kelder, 1999., 27. old.). Amiatt aggódnak, hogy az időskorúak igényei csökkenthetik a fiatal fogyatékosok számára rendelkezésre álló forrásokat. A szociális szolgáltatásokról szóló finnországi törvény is bizonyos mértékig hihetővé teszi az efféle aggodalmakat, ugyanis az sem ír elő korhatárt, és sok bírálat érte amiatt, hogy a források jelentős részét az időskorúak szállítására irányozza elő.

Az életkor szerinti megkülönböztetésnek ettől valamelyest eltérő logikája következik abból a szemléletből, amely az egyenlőséget a „teljes életre” vonatkoztatja. Eszerint az öregekkel és a fiatalokkal szembeni eltérő bánásmódnak nincs erkölcsi jelentősége, ha mindenkivel egyaránt törődnek akkor is, amikor fiatal, és akkor is, amikor öreg (Daniels, 1991.). Ezzel szemben a nem ellentételezett fogyatékoság a fogyatékos személy számára rosszabb életminőséget eredményez, mint amilyen az egész élete során képességei birtokában levő személy életminősége.

Ezért fontos különbséget tenni a „normális” öregedésből fakadó (a széles körben egyaránt jelentkező és ezért külön ellentételezést nem igénylő) szükségletek, és a „fogyatékoságnak” minősülő rendkívüli állapotokból fakadó szükségletek között. Megjegyzendő, hogy a teljes élet szemléleti elvének alkalmazása egyáltalán nem általánosan elfogadott, vannak ellenérvek, amelyek azt hangsúlyozzák, hogy az emberekkel életük minden pillanatában méltósággal és tisztelettel kell bánni. Mindazonáltal az európai uniós államokban használt fogyatékoságfogalomban találhatók a rendes és a kivételes körülmények megkülönböztetéséhez szükséges elemek. A normális öregedés és a fogyatékoság közötti különbségtétel olyan orvosi mutatók alkalmazásával lehetséges, amilyen például a betegség és a képességcsökkenés. Franciaországban például a munkaképes korú emberek ACTP- (kompenzációs segély harmadik személy segítségére szorulóknak) jogosultság vizsgálata két szakaszban történik, az egyik a fogyatékoság orvosi megállapítása, a másik az igények felmérése. A PSD- (speciális eltartotti járadék) jogosultság vizsgálata az időskorúak esetében csak igényfelmérésből áll. Ezzel szemben a gondozási ellátásokról Írországon folyó vitában (amelyet a későbbiekben tárgyalunk), a kormány azt hangsúlyozta, hogy nehéz különbséget tenni a fogyatékosággal élő személyek és a törekény egészségi állapotú idősök között, ezért nem törölhető el a jövedelemteszt a gondozási juttatás odaítélésénél.

Egyes rendszerekben a korhatár alkalmazása összekapcsolódik a jövedelemteszt használatával, úgy, hogy az öregségi ellátások többnyire a jövedelemtesztől függenek. Továbbá, a teljes élet figyelembe vételének gondolata ennek a rendszernek az ésszerűsítését igényelheti. Míg a fogyatékoságpolitika célja az lehet, hogy a fogyatékos emberek életszínvonalát arra a szintre emelje, amelyet akkor érnének el, ha nem lennének fogyatékosok, addig az öregségpolitika célja ennél jóval szerényebb, mégpedig elfogadható életszínvonal-minimum biztosítása mindenkinek. Jobbára ez a helyzet Svédországban. A Svédországról szóló nemzeti jelentés azt sugallja, hogy igen erős a nyomás a fogyatékosá minősítés iránt a jövedelemteszthez nem kötött juttatások megszerzése érdekében, és a helyi hatóságok erre válaszképpen fokozottabb mértékben támaszkodnak orvosi igazolásokra. Ennek az érvelésnek egyik fontos része, hogy igen mélyre kell ásni, mielőtt ki lehet mondani egy felmérésről, hogy az erősen „orvosi irányultságú-e” vagy sem. A szociális szolgáltatásokról szóló svédországi törvény a célcsoport definiálásakor egyértelműen nem orvosilag határozza meg a fogyatékoságot, de ezáltal nem zárja ki szükségszerűen, hogy az értékelők orvosi információkat is felhasználjanak azon az alapon, hogy korlátozott mértékű forrásokat kell elosztani hasonló igényű emberek között.

Az orvosi fogyatékoság-felmérés és a jövedelemtesztelés közötti kapcsolat egyik legvilágosabb példáját az a vita adja, amely jelenleg is zajlik Írországon a jövedelemteszt alapú gondozási segélyről. Írországon a gondozásról folyó vita nagyrészt a gondozók díjazása körül forog, és a kampányolók egyik fő célja a jövedelemteszt eljelentéktelenítése vagy eltörlése a gondozási segély odaítélésénél. Számos jelentés és vita a jövedelemteszt jelentőségének csökkentését illetve megszüntetését összekapcsolta azzal az igényel, hogy jelöljenek ki világos szempontokat arra nézve, hogy ki számít gondozásra szoruló személynek. A szociális, közösségi és családjogi miniszter érvelése szerint tárcája nincs felkészítve arra, hogy részletes egyéni rászorultság-felméréseket végezzen, ez a feladat egyébként is sokkal jobban megfelel az Egészségügyi Tanácsok profiljának. A tárca véleménye szerint a társadalombiztosítási juttatások elsődleges célja a jövedelemtámogatás, nem pedig gondozói rendszer finanszírozása.

E példákból láthattuk, hogy a – jövedelemtesztől, illetve rászorultsági tesztől függő – nem kategorikus ellátás a fogyatékosá minősítés egyik alternatívája lehet, abban az értelemben, hogy a nem kategorikus kritériumok fölöslegessé tehetik a kategorikus kritériumokat, de legalábbis csökkenthetik azok fontosságát. A szociálpolitikában széles körben elterjedt vélemény szerint a jövedelemtesztől független kategorikus intézkedés erősebb, mint a jövedelemteszten alapuló nem kategorikus intézkedés. Ez azonban megköveteli, hogy a kategóriák definíciója értelemszerű legyen, olyan, amivel nem fér össze a hasonló igényű emberek közötti önkényes különbségtétel. Minél szélesebb körre terjednek ki az ADL- és az IADL-tevékenységek elvégzéséhez adott támogatások, annál problematikusabbá válik a határok kijelölése. Az embereknek lehetnek az IADL elvégzése terén olyan nehézségei, amelyek

okát közvetlenül nem lehet orvosilag megállapítható állapotnak tulajdonítani. Az egyes háztartási feladatok ellátásával kapcsolatos nehézségek oka lehet a szükséges ismeretek vagy a motiváció hiánya is. Közlekedési nehézségek sújthatnak teljesen jó állapotban levő embereket is a silány infrastruktúra vagy a pénzhiány miatt. A rászorultság-felmérések gyakran életkor szerint differenciáltak, s e tény azt mutatja, hogy a fogyatékoság definíciója nem következik automatikusan az élet e területein végzett felmérés segítségével feltárt igényekből. Akik nem tudnak szélesebb értelemben vett jogaikkal maradéktalanul élni, azok között lehetnek olyan társadalmilag elszigetelődött emberek, akik elszigetelődésének oka életkorukban, vagy fizikai illetve mentális állapotukkal nem egyértelműen összefüggő egyéb korlátozó körülményekben keresendő.

3.2. Jövedelemfenntartás és jövedelemtámogatás

FOGYATÉKOSSÁGDEFINÍCIÓK

Az e kutatásba bevont valamennyi országban léteznek készpénzsegélyek a fogyatékoságuk miatt munkaképtelen személyek számára. Számos országban kétféle segély van: a biztosítási járulék-alapú segély, amely lehet átalányösszegű vagy jövedelemfüggő, valamint a nem járulékalapú segély, amely alapvető jövedelemtámogatást kínál, és lehet jövedelemteszthez kötött, vagy attól független. Az e segélyekre való jogosultság megállapításának első számú feltétele az, hogy az érintett ne dolgozzon. A legtöbb országban találtunk kisebb kivételeket: a gyógymunka, vagy a heti csupán néhány órában végzett munka megengedett. Egyes országokban, így Hollandiában, Svédországban és Németországban létezik a részleges fogyatékoság koncepciója, ami összeférhető a rendszeres részmunkaidős foglalkoztatással. A gyakorlatban azonban a részleges segélyben részesülők közül valójában csak kevesen dolgoznak, így e rendszer lényege inkább az, hogy kisebb összegű segélyeket adnak a kevésbé súlyosan fogyatékos embereknek (ha ilyen fogyatékoság miatt egy háztartás jövedelme elég alacsony, akkor az említett segély mellett kaphat kiegészítő szociális támogatást is).

Az e segélyek odaítélésénél használt fogyatékoságdefiníciók a munkaképesség, illetve a jövedelemszerző képesség csökkenésén vagy elvesztésén alapulnak. E definíciók megfeleltetése attól függ, hogy kézzelfogható kapcsolatba hozható-e egymással a munkaképesség és az egészségi állapot. Mivel az igénylők rendszerint nem dolgoznak, a felmérést végzők számára a központi kérdés az, hogy a kérelmező azért nem dolgozik-e, mert egészségi állapota nem teszi lehetővé, vagy valamilyen más ok (általános munkaerő-piaci körülmények, alacsony szakképzettség, motiváció hiánya stb.) miatt.

Az európai uniós államokban széles körben három megközelítést alkalmaznak e kérdés megválaszolására. Az egyik megközelítés lényege az a procedura, amelynek során megvizsgálják az okokat, amiért az illető abbahagyta a munkát, továbbá feltárják az akadályokat, amelyek miatt nem tud visszatérni előző munkájába. Ezt „procedurális” megközelítésnek nevezzük. A másik megközelítés az egyén képességeinek és a munkaerő-piaci igényeknek az összehasonlítását használja azoknak az okoknak a megállapítására, amelyek miatt az illető nem tud munkába állni. Ezt „képességprofil” megközelítésnek hívjuk. A harmadik megközelítés a fogyatékoság felmérésénél kifejezetten nem hivatkozik sem a korábbi munkára, sem valami lehetséges munkára, ehelyett azt vizsgálja, hogy a szóban forgó személy funkciói milyen mértékben csökkentek. A továbbiakban ezt „képességszűkülés alapú” megközelítésként emlegetjük.

AZ ELJÁRÁSI MEGKÖZELÍTÉS

Számos országban a munkaképtelenséget olyan eljárás során mérik fel, amely lehetséges változatokat tár fel az orvosi és/vagy szakmai rehabilitációra, illetve a munkába való visszatérés más módjaira.

Ebben az összefüggésben a szóban forgó személy fogyatékosá minősítése ennek az eljárásnak a végét jelenti. A közbelső szakaszokban az adott személy betegnek, vagy „rehabilitánsnak” minősíthető. Az eljárás kezdődhet azzal, hogy megvizsgálják a személy utolsó munkahelyének megváltoztathatóságát, illetve annak a lehetőségét, hogy első megközelítésként ugyanaz a munkaadó más munkakörbe helyezze az illetőt. A procedurális megközelítésnek nagyobb a jelentősége a biztosítási

rendszerek esetében, különösen azoknál a rendszereknél, amelyekben a fogyatékosági segélyhez az út a kezdeti rövid távú betegsegélyeken át vezet.

A kimondottan procedurális megközelítésre jó példa a svédországi „lépésről lépésre” eljárás. Ebben az eljárásban az eredeti munkakörbe rehabilitációval vagy anélkül történő visszakerülés lehetőségét vizsgálják, ezután következik az ugyanazon munkaadónál végezhető másik munka lehetőségének vizsgálata, illetve rehabilitációval vagy anélkül elérhető más munkalehetőségeké. Más államokban, például Németországban nem kimondott, hanem burkolt eljárást alakítottak ki, például olyan szabályokkal, amelyek előírják az adminisztráció számára, hogy vizsgálja meg a „nyugdíj előtti rehabilitáció” lehetőségét.

A procedurális megközelítés egyik jellemzője, hogy gyakran hiányoznak a fogyatékoság megállapításához szükséges döntés világos szabályai. Valaki állapotáról és képességeiről nagymennyiségű információ gyűjthető össze; a rehabilitációs szolgálatok különösen gyakran folyamodnak a részletes felméréshez. Felmérik a személy munkaképességét, hogy valamilyen új foglalkozás felé tudják irányítani az illetőt, illetve megállapítják, hogy milyen képzésre vagy támogatásra van szüksége a munkába álláshoz. A fogyatékoság felmérésében általában nincsenek előírva meghatározott küszöbértékek. A procedurális megközelítés lehetővé teszi azt is, hogy a munkalehetőségeket olyan adatbázisok segítségével vizsgálják, amelyek megadják, hogy az adott személy megmaradt munkaképességeinek milyen munka felel meg. Németországban az EMR (csökkent jövedelemszerző-képesség miatt adott támogatás) odaítélésénél a döntnök olyan táblázatot használ, amely a munkásélet számos nézőpontját tartalmazza: a személy tud-e keményen dolgozni, vagy csak mérsékelttel; tud-e állni, ülni, menni a teljes munkaidő alatt vagy annak egy részében stb. A felmérés vizsgálja, hogy a személy orvosilag illetve pszichológiailag alkalmas-e összpontosítást igénylő munkára, alkalmazkodásra, rugalmasságra, felelősségre, ügyfélkapcsolatra stb.; megjelöli azokat a körülményeket, amelyek az illető személyre nézve veszélyesek lehetnek: nedvesség, huzat, hőmérsékletváltozások, allergiás reakciót kiváltó tényezők, zaj, gyakori munkaidő-változás. Az EMR-rendszerek azonban nem tartalmaznak világos döntési szabályokat arra nézve, hogy melyek a küszöbértékek a munkaképtelenség és a munkaképesség között. A felmért személy számára megfelelő bánásmód eldöntésénél nagy szerepe van az egyéni megítélésnek és megfontolásnak; ez arra is kiterjedhet, hogy az illetővel megtárgyalják, mi lenne a számára megfelelő rehabilitációs terv.

Azokban az államokban, amelyekben a társadalombiztosítási és az egészségügyi ellátási rendszerek között szoros intézményi kapcsolat van (ugyanabból a biztosítási alapból finanszírozzák a készpénz-támogatásokat és az egészségügyi szolgáltatásokat), azt találtuk, hogy gyakori a személy állapotának részletes orvosi vizsgálata. Részben állapotának megállapítására, de részben azért, hogy megbizonyosodjanak arról, hogy a megfelelő orvosi rehabilitáció lehetséges. A skandináv országokban ezzel szemben a társadalombiztosítási adminisztráció nem végez részletes orvosi vizsgálatokat, hanem az igénylő saját orvosának jelentésére támaszkodik. Ezekben az országokban nagyobb súlyt helyeznek a szakmai, mint az orvosi rehabilitációra (noha a kétféle intézkedés közötti választóvonal a gyakorlatban nem feltétlenül világos).

A procedurális megközelítéssel kapcsolatban van egy olyan kérdés, amelyet nehéz egyértelműen megválaszolni: feltétlenül „fogyatékosnak” kell-e nyilvánítani azt a személyt, aki úgy jut el a folyamat végére, hogy nem tér vissza a munkába? A kérdés feltevésének másik módja, ha azt kérdezzük, mekkora rugalmassággal rendelkeznek az intézmények ahhoz, hogy a folyamat valamely szakaszában megállapítsák: a személy munkába való visszatérésének fő akadálya nem a fogyatékoság? Ez a döntés azzal járhat, hogy az illető személyt vissza kell minősíteni munkanélkülinek. Ez a lehetőség elvileg minden országban fennáll, de az intézményi feladatok kijelölése esetén csak korlátozott mértékben lehet vele élni. Ahol a munkanélküli segélyeket és szolgáltatásokat külön adminisztrálják, ott a munkanélküliséggel foglalkozó intézmények ellenállhatnak annak, hogy segélyt fizessenek olyan embereknek, akiket csak mellékesen foglalkoztathatóknak tartanak.

De ennek az ellenkezője is megtörténhet: a fogyatékosági biztosítók visszautasíthatják azoknak az embereknek a kérelmeit, akik munkanélküliek voltak. Ennek az egyik eredménye az lehet, hogy az emberek ott maradnak, ahonnan elindultak: az a személy, aki a kérelmét betegséggel kezdi, a „fogyatékos útra” kerül, míg aki a kérelmét munkanélküliség miatt indítja, a munkanélküli úton marad.

Meg kell azonban jegyezni azt is, hogy ha valaki nem tér vissza a munkába, akkor számára a betegség és a rehabilitációs eljárás nem végződik fogyatékosá minősítéssel. Van másik lehetőség is, amit egyes országokban rendszeresen alkalmaznak: az eljárás nyugdíjazással végződik. Maga az eljárás időt

vesz igénybe, és az egy idej emár nem dolgozó idők számára vegyes döntések lehetségesek. E vegyes döntések alapja vagy fogyatékoságuk vagy nyugdíjazásuk. A fogyatékosági és az öregségi biztosítások közötti intézményes kapcsolatok is elősegítik ezeknek a vegyes megoldásoknak a választását. Számos országban vannak hatályos rendelkezések a korai nyugdíjba vonulásra, e rendelkezésekben az egészségi állapot miatti korlátozottságok is szerepelnek, és ezek a fogyatékosági és az öregségi kategóriák határán helyezkednek el. Finnországban például vannak olyan korai nyugdíjazási rendelkezések, amelyek alapján az időskorú dolgozók (a születési évtől függően 58-60 évesek), mind állami, mind munkavállalói nyugdíjat kapnak, ha munkaképességük több tényező – köztük betegség, képességcsökkenés és baleset – együttes hatása miatt csökkent. Ehhez orvosi diagnózis kell, de nem szükséges, hogy az döntő oka legyen a személy csökkent jövedelemszerző képességének olyan más tényezők mellett, mint az iskolázottság, a létszámfelettség, a képzettség stb. Ráadásul a korai nyugdíjazás 60 éves kortól lehetséges (orvosi javallat nélkül), résznyugdíjhoz pedig 58 éves kortól lehet jutni, bizonyított jövedelemszerző-képesség csökkenés esetén. Franciaországban egészségi okból korai nyugdíjba mehetnek azok, akik 60 éves kor fölött válnak munkaképtelenné (sokan vannak, akik teljes járulékfizetési idő esetén 60 éves kortól feltétel nélkül mehetnek nyugdíjba). Az egészségügyi okból történő nyugdíjazás feltétele a munkaképesség legalább 50 százalékos elvesztése, illetve (azok számára, akik még dolgoznak) annak megállapítása, hogy a munka folytatása veszélyeztetné az illető személy egészségét. Megjegyzendő, hogy ez a járadék az aktuálisan, vagy az utoljára végzett munkára való képtelenség alapján jár, nem a tartós munkaképtelenségi járadék odaítélésének általános elve alapján.

A KÉPESSÉGPROFIL-MEGKÖZELÍTÉS

Egyes államokban a fogyatékoságot „pillanatfelvétellel” értékelik, amelyet a személy munkaképességéről egy meghatározott időpontban, például a táppénzes időszak végén készítenek. Ezt a megközelítést az Egyesült Királyságban, Hollandiában és Írországban alkalmazzák. Ezeknek a rendszereknek a lényege – különösen az Egyesült Királyságban és Hollandiában – az a mód, ahogy alkalmazzák a felmérés eszközeit, amelyekkel megkísérlik a munkaképtelenségi küszöböt világosan meghatározni. Úgy tűnik, ez a megközelítés gyakorta szigorúbb fogyatékoságtesztet alkalmaz, mint a procedurális megközelítés, amely általában az adott személy előző munkájából indul ki. A képesség-profil-megközelítés nyilvánvalóan elvontabb, mint a procedurális, amint azt az Egyesült Királyság és Hollandia példáinak alábbi részletes tárgyalása is mutatja. Egyes államokban többé-kevésbé nyilvánvaló, hogy a procedurális megközelítést olyan személyekre alkalmazzák, akik dolgoztak, míg a képességprofil-megközelítést olyanokra, akiknél nincsenek közelmúltbeli munkavégzési előzmények.

Finnország nemzeti jelentése megjegyzi, hogy az utóbbi embercsoport, amely a fogyatékoság-felmérési rendszerbe munkanélküliként kerül be, „különösen kétséges esetnek számít, mert (az e csoportba tartozó emberek) munkaképességét sokkal elvontabb módon mérik fel, feltételezve, hogy az illetők a kínálatban szereplő munkahelyek sokkal szélesebb körét fogadhatják el”.

A munkaképesség-felmérés alap gondolata az, hogy a személy munkaképessége leírható és összehasonlítható a fizetett munka elvállalásához szükséges képességekre vonatkozó feltételekkel. Az Egyesült Királyságban és Hollandiában ez egészen másképp történik.

A folyamat mindkét esetben a személyes képesség felmérésével kezdődik. Az Egyesült Királyságban a személyes képesség felmérése (PCA) 14 olyan alaptevékenységből áll, amilyen a járás, a lépcsőzés, az ülés stb. (Az írországi orvosi felülvizsgálati és felmérési eljárás nagyon hasonló listával dolgozik).

Hollandiában az orvosok szabványosított megközelítést alkalmaznak a kérelmező funkcionális munkavégző képességének mérésére, a megközelítés különféle foglalkozásokban szükséges cselekvésfajtákat határoz meg, köztük a PCA-ban foglalt alaptevékenységeket, de más speciálisabb munkatevékenységeket is, például: a környezeti feltételek elviselése (hősegre, szárazságra stb. adott reakciók), a rezgés tűrése, különféle eszközök (például maszk) viselése a testen stb. Míg az Egyesült Királyságban és Írországban a PCA-tól függetlenül felmérik a mentális egészségi állapotot is, addig a hollandiai felmérés néhány pszichológiai szempontot alkalmaz (együttműködés másokkal, stressztűrés stb.).

Hollandiában a képességfelmérés eredményeit kifejtett módon összehasonlítják az egyes – adatbázisban (FIS) meghatározott – konkrét munkák elvégzéséhez szükséges képességekkel. A FIS a hollandiai munkaerőpiacon létező több ezer munka leírását tartalmazza, a 28 pontos felmérés fogalmaiban kifejezett munkakörök funkcionális képesség iránti igényeire vonatkozó információkkal, valamint egyéb olyan információkkal együtt, amilyen a munkarend (műszakok, munkaidő stb.), a

bérek, a színvonal (az általános mutató a „képzetlentől” a „tudományosig” terjed), a munkaköri követelmények: iskolázottság, gyakorlat, a szaktudás jellege (menedzseri, technikai, verbális stb.), és így tovább. A FIS adatait összevetik a személyes képességfelmérés eredményeivel, hogy megállapítsák: a személy milyen munkára alkalmas. A FIS-ben leírt munkákkal megszerezhető várható jövedelmet összehasonlítják a személy korábbi jövedelmével, és így meghatározhatják a jövedelemcsökkenés százalékos mértékét.

Az Egyesült Királyságban a PCA és a kereső foglalkozás összehasonlításának módja ettől meg lehetne eltérő. Az Egyesült Királyságban a személy cselekvőképességének korlátozottságát nem konkrét munkahelyzetekre vonatkoztatva értékelik. Az egyes felsorolt képességekhez számos jellemző tartozik, és minden jellemző meghatározott pontszámot ér. Az összegyűjtött összpontszámtól függ a döntés, hogy a személy munkaképes-e. A képességfelmérésnél használt számos jellemző a mindennapos tevékenységekre (például egy csap elforgatása) vonatkozik. Az egyesült királyságbeli szabályok egyik fontos jellemzője, hogy a felmérést végzők nem vizsgálják egyes konkrét munkák követelményeit, és nem ítélik meg, hogy a személy pillanatnyilag milyen konkrét munkára „képes”. Megjegyzendő az is, hogy az Egyesült Királyságban nincs részleges fogyatékosági segély, tehát mindenki csak „munkaképesnek” vagy „munkaképtelennek” minősíthető. A személy által utoljára végzett munka követelményei nem tartoznak a vizsgálat körébe, és a jövedelemcsökkenés mértékét sem mérik.

Amint fentebb már megjegyeztük, az írországi rendszer is használ hasonló képességlistát, mint az egyesült királyságbeli, de Írországbban vannak további munkaképesség-felmérések, amelyek nyitottabbak és mérlegelőbbek a hollandiai és a nagy-britanniai rendszernél. A FIS fejlesztésére fordított intézményes erőfeszítések ellenére elismert tény, hogy nem képes megragadni az egy-egy munka és egy-egy személy közötti egyezés összes olyan elemét, amelyekből a jövedelemszerző képesség előrejelezhető lenne. Az Egyesült Királyság esetében az vitatható, hogy a PCA képes-e előrejelezni a személy munkavégzési kilátásait, de azt jelzi, hogy a személytől meg kell-e követelni, hogy munkát keressen. Az adminisztratív irányítás gyakran használja azt a formulát, hogy a személyt „munkaképtelenként kell kezelni”, ahelyett, hogy kimondaná, hogy az illető ténylegesen munkaképtelen. Ez a megkülönböztetés még nyilvánvalóbbá vált a legutóbbi reform nyomán, amely arra ösztönzi a fogyatékos embereket, hogy vegyenek részt munkahely-keresési tanácsadáson, még ha a segélyre jogosultság szempontjából munkaképtelenként kezelik is őket.

KÉPESSÉGCSÖKKENÉS ALAPÚ MEGKÖZELÍTÉS

A fogyatékoság mérésének talán legismertebb eszközei a fogyatékosági táblázatok vagy százaléktáblázatok. Ezeknek hosszú a történetük. A legelső ilyen táblázatok százalékos értéket kapcsoltak az egyes, háború vagy ipari baleset okozta testi sérülésekhez (5% egy ujj, 50% egy láb elvesztése). A modern százaléktáblák már értékelik a betegség és a belgyógyászati problémák okozta károsodásokat is, és a károsodások méréséhez nem egyszer újító orvosi technológiákat alkalmaznak. A táblázatok fejezetekre oszlanak, ezek a test, illetve a szervrendszerek fizikai vagy mentális összetevőin alapulnak, és útmutatásokat tartalmaznak arra nézve, hogy orvosilag mi tekinthető normál állapotnak. Az izületi hajlékonyság, a légzőszervi kapacitás, a vérnyomás és a keringés méréseit használják a határértékek megállapításához. A rubrikák sajátos nyelvezetűek. Visszatérő fogalom a kóros soványság, az elégtelenség, az elváltozás, az anomália, az abnormitás, amelynek tárgya mindig valamely testrész: a szív, a tüdő, más belső szervek, a csontrendszer egyes részei, és így tovább. Amióta a képességcsökkenést „részenként” mérik, a képességcsökkenés általános mértéke összeadódhat több különféle testrész képességcsökkenési százalékából. A képességcsökkenés alapú megközelítés egyik jele az olyan szabályok, vagy táblázatok léte, amelyek az egyes testrészek képességcsökkenési százalékából összeadódó általános képességcsökkenés megállapítására szolgálnak. A „klasszikus” százaléktáblák a fogyatékoság fokát a személy képességcsökkenési fogalmakban leírt egészségi állapotából közvetlenül adják meg. Például a látás- vagy a hallásképesség elfogadott technikai eszközökkel mért csökkenése közvetlenül kifejezhető a fogyatékoság fokával. Ezt „közvetlen mérési megközelítésnek” nevezhetjük. A gyakorlatban azonban nehéz mérni a személy képességcsökkenésének súlyosságát anélkül, hogy értelemszerűen megvizsgálnák annak következményeit az olyan fontos élettevékenységekre nézve, mint amilyen például a munkavégzés. Ezért számos százaléktábla nem kizárólag a közvetlen mérésre támaszkodik, hanem lehetővé teszi a fogyatékoságot okozó hatások figyelembe

vételét is. Egy bizonyos képességcsökkenésre nézve az orvos egy értékskáláról választhat konkrét értéket, amely kifejezi a személy életkörülményeire gyakorolt hatások különbözőségét. Egyes esetekben a fogyatékossgot okozó hatásokat figyelembe vevő megközelítés olyan módszereket ad a képességcsökkenés súlyosságának mérésére, amelyekkel kiküszöbölhetők a technikai jellegű mérések egyes korlátai. Például a légzőszervi állapot jobban leírható a személy mobilitására gyakorolt hatással, mint a tüdők levegőfelvételi képességével.

A képességcsökkenési rubrikák leírásának egyik nehézsége, hogy gyakran vegyesen alkalmazzák a „közvetlen mérési” és a „fogyatékossgot okozó hatásokat” figyelembe vevő megközelítést. Matheson és mások (2000.) elemezték, hogy az Amerikai Orvosi Egyesület (USA) által kidolgozott, és a szakterületen gyakran hivatkozott Tartós képességcsökkenés-mérési útmutató különböző „mérési szinteket” alkalmaz az egyes kategóriák között, sőt néha az egyes kategóriákon belül is, amelyek a „megfigyelt jelektől és a leírt tünetektől” egészen a „konkrét munkaműveletek elvégzésére való képtelenségig” terjednek. Az európai uniós államokban használatos százaléktábláknál is számos esetben találoztunk ilyen vegyes megközelítésekkel. Például a „Valoración de las situaciones de minusvalía” (VM) (fogyatékossgáállapot-felmérés) című spanyol útmutató közvetlen mérési megközelítést alkalmaz az izom- és csontrendszeri képességcsökkenések felmérésére, míg más fejezetekbe bevonja a fogyatékossgot okozó hatások értékelését is. A mentális betegségek fejezetében a fogyatékossg osztályozása három összetevő alapján történik, ezek: a mindennapi életre gyakorolt hatás, a munkaképességre gyakorolt hatás, és egy harmadik kategória, amely a diagnózis súlyosságát tükrözi. Ez utóbbi kategória leírása megjegyzi, hogy egy-egy diagnózishoz nagyon eltérő mértékű működési eltérések társulhatnak, és nagy hangsúlyt helyez arra, milyen elemeket kell bevonni annak megállapítására, hogy a normától való, a szóban forgó eltérés elegendő-e az illető személy „mentálisan beteg” kategóriába sorolásához.

A mentális egészség problémái szükségképpen úgy nyilvánulnak meg, mint a személy korlátozott alkalmassága arra, hogy bizonyos dolgokat megtegyen. Még akkor is, ha a képességcsökkenés ténye nyilvánvaló (például megfigyelhető a személy agyi rendellenessége, vagy károsodottsága), a súlyosság mértékének meghatározásakor vizsgálni kell a képességekre gyakorolt hatást. A Franciaországban a COTOREP (Commission Techniqued’Orientation et de Reclassement Professionnel) (Foglalkoztatási Tájékoztató és Pályairányító Technikai Bizottság) által alkalmazott százaléktábla a képességcsökkenés súlyosságának mértékét kifejezetten az épségre/fogyatékossgra gyakorolt hatás alapján értékeli (kivéve az érzékszervképesség-csökkenéseket, amelyek mértékét közvetlenül méri). A különféle képességcsökkenések következményeit az autonóm szférák fogalmaiban írja le; ilyen a koherencia (a személy képes-e társalogni és ésszerű, értelmes módon viselkedni), a tájékozódás (a személy felismeri-e az időt, a napszakokat, a helyeket), a személyi higiénia, az öltözködés stb. A spanyol VM és a francia COTOREP százaléktábláját egyaránt a biztosítási alapú jövedelempótló támogatások körén kívül alkalmazzák, gyakran olyan emberekre, akik sohasem dolgoztak. E táblák tartalmazznak némi világosan kimondott megfontolást a munkaerő-piaci keresletre vonatkozóan, de nem adnak útmutatást arra nézve, hogy a kérdéses személy korábbi foglalkozása miként befolyásolhatja a felmérést. Ezzel szemben, amikor a biztosítóintézetek képességcsökkenés alapú megközelítést alkalmaznak, akkor terjedelmes leírásokban foglalkoznak a képességcsökkenés fogyatékossgot okozó hatásával a személy bizonyos munka elvégzésére való alkalmasságának fényében, és ezek a leírások különböző fogyatékossgai értékeket rendelhetnek különféle foglalkoztatási területekhez.

A Portugáliában és Görögországban a biztosítóintézetek által használt fogyatékossgai táblázatok törvényerejű előírások. A kormány a törvényi szabályozással létrehozta a fogyatékossg meghatározásának egyöntetű megközelítését, amely a magán- és az állami szervezetekre egyaránt vonatkozik, és amelyre a jogviták eldöntésekor a bíróság is hivatkozik. A táblázatok úgy is tekinthetők, mint kísérlet arra, hogy csökkentsék a fogyatékossg meghatározásának ügyleti költségeit, és egyöntetűséget kényszerítsenek a szereplőkre, noha a gyakorlatban a táblázatokat meglehetősen rugalmasan alkalmazzák. Az a törekvés, hogy a némileg – de még elfogadható mértékben – önkényes képességcsökkenési táblázatokkal megelőzzék, vagy enyhítsék a vitákat, felfedezhető a belga nemzeti jelentés azon részében is, amely a munkahelyi sérülésekkel és a foglalkozási betegségekkel kapcsolatos intézkedéseket (IIOD) tárgyalja, és ez a szándék húzódhat meg amögött is, hogy a fogyatékossgai táblázatok használata más országok magánszektorában szintén igen elterjedt.

Ebből a nézőpontból a képességcsökkenési táblázatok szabályozó eszközként működnek a kártérítésről folyó olyan viták megoldásában, amelyek egyenlő felek között folynak abban az értelemben,

hogy egyikük (a biztosító) nem rendelkezik azzal a hatalommal és felhatalmazással, hogy egyoldalú megoldást kényszerítsen a másik félre (a fogyatékos személyre). Noha elkerülhető, hogy adott ügy végül bíróság elé kerüljön, a jogi megoldás lehetősége nyitott, és ez árnyalja a felek stratégiáját. A bírósághoz fordulás lehetősége természetesen adott a fogyatékos emberek számára a fentebb tárgyalt procedurális és munkaképtelenség alapú rendszerekben is, nyilvánvaló azonban, hogy ezek a rendszerek több hatalomra és felhatalmazásra törekednek a vita és fellebbezés nélküli rendezések elérése érdekében. Meglátásunk szerint a fogyatékosági táblázatokkal dolgozó intézmények kevésbé fejlett irányítási struktúrával rendelkeznek és kevésbé számonkérhetők, mint azok, amelyek a procedurális és a munkaképtelenségi megközelítést alkalmazzák. Ezt a kérdést a későbbiekben a 4. fejezetben tárgyaljuk.

Olaszországban és Spanyolországban nincs a biztosítóintézetekre nézve törvényileg kötelező százaléktábla, ezek az intézetek maguk dolgozták ki saját felmérési és értékelési módszereiket, amelyek a képességsökkenés alapú megközelítésre támaszkodnak. A módszereket és az eszközöket az intézeteknél dolgozó orvosok fejlesztették ki. Az olaszországi jelentés felhívja a figyelmet arra, hogy az INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) (Országos Társadalombiztosító Intézet) saját „önálló technikai hatalmat” hozott létre a leírások elkészítésével. Létrejött a technikai ismeretek törzsanyaga (írott formában, a képzésben is használatos), amely a diagnózisra és a képességsökkenésre vonatkozó orvosi adatokat összekapcsolja a munkában és a mindennapi életben megmutatkozó konkrét korlátozottságokkal. Az INPS számos irányvonalat adott ki konkrét állapotokra vonatkozóan, a jogi orvosszakértői jelentés szokásos formáját követve. E megközelítés támogatói a leírásokat inkább technikai eszközöknek, mint politikai dokumentumoknak tekintik, és hangsúlyozzák azok hasznosságát a hivatalok és a régiók döntéshozatali összhangjának javítása szempontjából. Ellenzői azzal érvelnek, hogy a fogyatékoságfelmérés nem pusztán orvostechikai kérdés, és eszközei nem lehetnek legitimek, ha nem adnak szélesebb politikai kitekintést és ha kritikának, vitának vannak kitéve.

A felmérési módok és eszközök kidolgozásának folyamata önmagában olyan területnek tekinthető, amelyen különféle szakmai csoportok gyakorolják hatáskörüket; egyes államokban egyértelmű az orvosok irányító jellege a kidolgozásban és a felülvizsgálati eljárásokban. Egyes rendszereket az igazgatást végző szervezeteken belül alakítottak ki, ezek a nagyközönség számára nem egykönnyen elérhetők. Ezzel szemben az Egyesült Királyságban a PCA (Personal Capability Assessment) (személyes képességfelmérés) a résztvevők széles körét foglalja magában, köztük orvosokat és más szakembereket, fogyatékosokat, és a fogyatékos emberek szervezeteinek vezetőit. (Meghökkentő azonban, hogy a konzultáció nem jutott el az egyezséghez: a PCA működését sok támadás és kritika éri).

Az ebben a szakaszban tárgyalt megközelítések bizonyos mértékig átfedik a fentebb tárgyalt procedurális megközelítéseket. Németországban és Ausztriában például a biztosítóintézetek jelentős forrásokat fordítanak önálló technikai döntési hatáskörük kialakítására részletes útmutatók és leírások készítésével, és az ebben részt vevő személyi állomány teljes egészében orvosokból áll. Spanyolország, Portugália, Olaszország és Görögország azonban eltér Németországtól, Ausztriától, Franciaországtól és Belgiumtól abban a tekintetben, hogy a készpénzjuttatások milyen mértékben különböznek el az egészségügyi szolgáltatásoktól; az utóbbi országcsoportban a rehabilitációs szolgáltatások látható hiánya összekapcsolódik a pénzbeli ellátásokkal. Az összes említett ország különbözik viszont Svédországtól, Norvégiától és Finnországtól az orvosoknak a biztosítási rendszeren belüli meghatározó szerepe tekintetében: utóbbi országok viszonylag nagy hangsúlyt helyeznek az orvosi diagnózisokra és az orvosi adatokra (Dánia külön kategóriát képez, mert nincs fogyatékosági biztosítási rendszere, és mint az alábbiakban látni fogjuk, szomszédainál kevésbé mutat orvosi irányultságot).

A JÖVEDELEMPÓTLÓ TÁMOGATÁSOK NEM FOGYATÉKOSSÁGI SZEMPONTJAI

Az eddigiekben elmondottak főleg a biztosítási járadékok odaítélését célzó munkaképtelenség-felmérésekre vonatkoztak. Az e juttatásokhoz kapcsolódó járulékfizetési kötelezettségek biztosítják, hogy a felmért személyek közül sokan korábban munkában álltak, és a tendenciát tekintve idősebb korú dolgozók. Ugyanakkor a járulékfizetési kötelezettségek jelentős mértékben különböznek az egyes országokban. Lehet bizonyos összefüggés a járulékfizetési kötelezettség „súlya” és az előzetes munkaképességi tesztek alkalmazása között (például Spanyolországban és Olaszországban magasak a járulékok és előzetes munkavégzési tesztet is alkalmaznak; Hollandiában és az Egyesült Királyságban

alacsonyak a járulékok és általános munkaerő-piaci tesztet használnak), azonban nem áll rendelkezésünkre elegendő adat ahhoz, hogy maradéktalanul megvizsgáljuk ezt a feltételezést.

Minthogy a fogyatékosági jövedelempótló támogatásban való részesülés első számú feltétele az, hogy valaki ne dolgozzon, elképzelhető olyan nem kategorikus megközelítés is, amelyben mindenki támogatást kapna, aki nem dolgozik, függetlenül attól, hogy ennek oka munkanélküliség, fogyatékoság, vagy más tényező, például gondozási szükséglet. Az európai uniós államokban azt találtuk, hogy néha nem kategorikus megközelítést alkalmaznak a jövedelemteszt alapján adott támogatás (ellátás) terén, de a biztosítás alapú juttatásoknál soha.

Ennek egyik magyarázata, hogy a fogyatékoság és a munkanélküliség megkülönböztetése döntő fontosságú a biztosítóintézetek közötti feladatmegosztás szempontjából, mert a biztosítóintézetek elkülönült igazgatási és finanszírozási struktúrákkal rendelkeznek. Ez a széttagoltság inkább szabálynak, semmint kivételnek számít Európában. A munkanélküliségi biztosítóintézmények és a fogyatékosági támogató rendszerek intézményei elkülönülnek egymástól még a skandináv országokban is, amelyekről pedig azt gondolnánk, hogy összevont megközelítéseket alkalmaznak a szociálpolitikában, és a központi kormány jelentős mértékben egységesíti mind az intézkedéseket, mind a finanszírozást. Hollandia szintén elkülönült intézményi struktúrákkal rendelkezik, annak ellenére, hogy az elmúlt húsz év reformjai nyomán jelentősen erősödött a biztosítási rendszer szakpolitikai koordinációja. Érzékelhető a nagyobb integráció irányába mutató tendencia, a központi kormányok a költségvetési egyensúly-hiány leküzdésére tett erőfeszítéseikkel csökkenteni igyekeznek egyes társadalombiztosítási intézmények hagyományos szakpolitikai önállóságát. Mindazonáltal a nem kategorikus megközelítés előtt jelentős intézményi korlátok magasodnak.

Az Egyesült Királyság és Írország példával szolgál arra, hogy a nem kategorikus megközelítésnek nincs intézményi akadály, de a fogyatékosági kategóriát mégis fenntartják. Mint feljebb már szó esett róla, a kategória megkülönböztetése arra használható, hogy meghatározzák, milyen adminisztratív szabály, vagy követelmény látszik megfelelőnek a juttatás kedvezményezettje számára; az Egyesült Királyságban azonban a fogyatékos emberek foglalkoztatását ösztönző szakpolitikai változások meg-ingatták ezt a megkülönböztetést. Egyes államokban a biztosítási rendszer széttagolt, de a támogatási rendszer összevont. Dániában nincs fogyatékosági biztosítási rendszer (kivételek alól az üzemi balesetek és a foglalkozási betegségek elleni biztosítás, amely félig magán alapú). A fogyatékosok jövedelempótlása be van építve az általános szociális támogatásba. Ez hozzájárult néhány meg-hökkentő újításhoz tekintetben, ahogy Dániában a fogyatékosági kategóriát alkalmazzák a jövedelem-pótló szakpolitikai intézkedések terén. A legalacsonyabb szintű fogyatékosági nyugdíjat akkor ítélik meg, ha az igénylő munkaképessége legalább a felére csökkent, orvosi és/vagy szociális okok miatt. Ha szociális okokból, akkor az odaítélt támogatás (és különösen a jövedelemteszt) az általános szociális támogatásnak felel meg. Magasabb nyugdíjat jelenleg akkor adnak, ha a munkaképesség csökkenése nagyobb mértékű (ezt súlyosabb funkcionális rendellenességek jelzik). Ezeknek a meg-különböztetéseknek a logikája azonban nem teljesen világos. Az egyik logika szerint a súlyosabban fogyatékos embereknek fogyatékoságukból adódóan magasabbak a létfenntartási költségeik, ezért a támogatás mértékének a fogyatékoság súlyosságával arányosan kell emelkednie. Azonban, ha azt mondjuk, hogy a kategorikus megkülönböztetés célja, hogy tükrözze a létfenntartási pluszköltséget, akkor a fogyatékoság felméréseinek ebből a pluszköltségből kell kiindulnia és nem a munkaképtelenségéből. A jelenleg folyamatban levő dániai reformokban ez a logika fedezhető fel.

A jövedelempótlás és az aktivizáló rendszer 2003-tól csak a „munkaképességre” összpontosít. A munkaképesség fogalom vonatkozik a munkavégzés minden akadályára, és nem orvosi szempontú. A fogyatékosággal orvosilag összefüggő igényekre – amilyen például az ADL-hez, vagy az önálló életvitel más vonatkozásaihoz adott támogatás – a szociális szolgáltatásokról szóló törvény körébe tartozó külön rendelkezések vonatkoznak, ahelyett, hogy beépítenék e támogatásokat a fő jövedelempótló juttatások közé.

A nem kategorikus szociális támogató rendszer egyik fontos példája a németországi *Sozialhilfe* (szociális segély). A szociális segély működtetésének központi elve az egyéni felmérés, ami azt jelenti, hogy az egyes emberek ADL-támogatás és egyéb „integrációs támogatások” iránti igényei közötti különbségek tükröződhetnek az egyes egyéni felmérésekben. Az egyéni értékelés azonban költséges és túlzottan önkényesnek is tekinthető. A Sozialhilfe bevallottan maradványjuttatásnak készült, kedvezményezettjei számának növekedése a kategorikusabb megközelítés alkalmazásának irányába hatna.

Lehetséges, hogy ha az általános jövedelemteszt alapú támogatások szélesebb körben hozzáférhetőek és biztonságosabban finanszírozottak lennének, akkor csökkenne a külön kategorikus fogyatékosági támogatások iránti igény. Ezt a lehetőséget komolyabban is megvitatták Franciaországban, ahol létezik egy általános szociális támogatás (RMI – Revenu Minimum d’Insertion), (részvételi minimumsegély) valamint egy fogyatékosoknak nyújtott támogatás (AAH – Allocation pour l’Adulte Handicapé), (felnőttkori fogyatékosági segély). Mindkettő jövedelemteszt alapú, de az AAH bőkezűbb (különösen az egyedülállók számára), és jövedelemtesztje kevésbé szigorú. Amikor az RMI-t (1988-ban) bevezették, akkor vita volt arról, hogy milyen alapon tesznek különbséget az (akkor már létező) AAH odaítéléséhez képest. A vita nemrégiben újra fellángolt egy új törvény nyomán, amely 2002 januárjában lépett hatályba a képző és rehabilitációs intézmények szolgáltatásaihoz való hozzáférés tárgyában. A törvény a tartósan munkanélküli és a fogyatékos embereket egyaránt „kiszolgáltatottnak” minősíti. Ez a rendelkezés jelzi a munkanélküliség új koncepciójának a kialakulását; e felfogás a problémát nem a „munka elvesztéseként”, hanem a „munkától való eltávolodásként” ragadja meg. Ez a fejlemény tette újra nyitottá az RMI és az AAH közötti kapcsolat kérdését, különösen mivel a kutatás is azt mutatja, hogy az RMI kedvezményezettjei közül jó néhányan valamilyen egészségkárosodással élnek.

Általánosabb értelemben a szociális támogatórendszerek képesek felszívni enyhébb fogyatékosággal rendelkező embereket, és ezzel csökkenteni képesek a kifejezetten fogyatékosági támogatások iránti igényt. Ezzel szemben azokban az országokban, ahol nincs semmiféle általános szociális támogatórendszer, illetve ahol az ellátás a helyi költségvetési megszorításoktól és/vagy meglehetősen önkényes döntésektől függ (különösen Görögországban, Olaszországban, Spanyolországban és Portugáliában), ott a szükségét szenvedő emberek erőteljes ösztönzést éreznek a fogyatékos-besorolás megszerzésére.

3.3. Foglalkoztatási intézkedések

A Marshaw és Reno által bemutatott egyszerű rendszer, amellyel jelentésünk e részét bevezettük, azt sugallja, hogy a szakmai rehabilitációhoz (VR) való hozzáférés odaítéléséhez használatos fogyatékoságdefiníciónak arra kell irányulnia, hogy a személy mennyire igényli ezeket a szolgáltatásokat, és várhatóan mennyit profitál belőlük. Amint az ADL-támogatás példája mutatja, természetesnek látszik a kapcsolat a rehabilitáció és az egészségi állapot között, ez pedig alátámasztja ezt a megközelítést. Akiknek nincsenek számottevő egészségi problémáik, azok nem igénylik a rehabilitációt és nincs is hasznuk belőle. Ha azonban a tagállamokban a foglalkoztatási intézkedések terén használatos definíciókat elemezzük, akkor a kép már nem ennyire egyértelmű. Noha a rehabilitáció természetesen kapcsolódhat a fogyatékosághoz, számos foglalkoztatási intézkedés hasznos lehet az olyan emberek szélesebb köre számára is, akik akadályoztatva vannak a foglalkoztatás terén, és ez az akadályoztatás összefügghet valamilyen egészségi problémával, de attól független is lehet. Például: a Foglalkoztatási Szolgálat adhat megélhetési támogatást képzésben részt vevőknek, és ezt a támogatást a „fogyatékosnak” minősített személyek számára hosszabb ideig folyósíthatja, mint másoknak. Támogatás adható a munkaadóknak, akik a foglalkoztatásban akadályoztatott, különféle kategóriába tartozó dolgozókat alkalmaznak; e támogatás mértéke és időtartama az egyes kategóriák szerint eltérő lehet (például más mérték vonatkozik a tartósan munkanélküli, és más a fogyatékosra).

A tagállamokban a fogyatékosfoglalkoztatás-politika másik fontos területe a kvóták alkalmazása. E terület még bevételt is hoz a nemteljesítési bírságokból, amelyeket a fogyatékosok foglalkoztatásának előmozdítása terén különös felelősséget viselő szervezetekre rónak ki. Amint az alábbiakban látni fogjuk, van azonban bizonyos kétértelműség abban a tekintetben, hogy a kvótára vonatkozó fogyatékoságdefiníciónak az egyén korlátozottságára és ebből fakadó álláshoz jutási nehézségeire kell-e összpontosítania, vagy szándéka szerint a kvóta diszkriminációellenes szakpolitikai intézkedés-e. Ha igen, akkor a vonatkozó definíciót is más kritériumokból kell levezetni.

A továbbiakban az európai uniós államok által alkalmazott foglalkoztatáspolitikákat három csoportba soroljuk: specifikusan fogyatékoságfüggő beavatkozások (a rehabilitációs programokat is ideértve), amelyeket nagymértékben öncélúaknak látunk, és amelyek gyakran különleges képesség-csökkenéssel sújtott emberekre irányulnak; általános foglalkoztatási intézkedések, például képzési támogatások, elhelyezkedési segélyek; és végül kvótarendszerek. Kimutatjuk, hogy minden egyes

területen külön kérdés a fogyatékoság vonatkozó definíciója valamint a fogyatékoság és a munkába állást, a munkában maradáshoz akadályozó más tényezők közötti összefüggés.

FOGYATÉKOSSÁGFÜGGŐ KÜLÖNLEGES BEAVATKOZÁSOK

Itt a következő intézkedésekkel foglalkozunk: rehabilitációs szolgáltatások, védett munkahelyek és munkahelyi adaptáció. A tanulmány által vizsgált országokban az intézkedések változatos sokasága tartozik ebbe a kategóriába. Közülük egyesek a társadalombiztosítási rendszerekhez kapcsolódnak, mások a szociális szolgáltatásokhoz, megint mások erősen támaszkodnak az önkéntes, illetve a jótékonyági tevékenységekre. Az intézkedések gyakorta képességcsökkenésre irányultak: létezhetnek például különleges intézkedések a vak vagy a siket emberek számára. Ennek az egyik eredménye az, hogy a szolgáltatók gyakran folyamodnak képességcsökkenés alapú fogyatékoságdefinícióhoz juttatásaik odaítélésekor, még akkor is, ha a fogyatékoság természetével és következményeivel kapcsolatos felfogásuk nem képességcsökkenés alapú (vö.: a „definíciók” tárgyalását az 1. fejezetben). A szociális ellátások terén az emberek különböző utakon-módokon (például orvosi beutalással) juthatnak a fogyatékosághoz kapcsolódó szolgáltatásokra jogosultak körébe, annak eredményeként a fogyatékoság felmérése nem rutinszerűen megkövetelt és a definíciók is homályosak lehetnek. Előfordulhat, hogy a szolgáltatók nem szükségszerűen elkötelezettek az iránt, hogy a forrástakarékosság érdekében szigorúan kijelöljék a határokat, éppen ellenkezőleg, azért aggódhatnak, hogy az intézkedések nem érik el a fogyatékos embereket. Ilyen körülmények között a felmérések a személyes igények megállapítására irányulhatnak, ahelyett, hogy azt állapítanák meg: az illető jogosult-e a szolgáltatásokra.

Vannak azonban olyan körülmények is, amelyek fennállása esetén a fogyatékoság általános felmérése még azelőtt megtörténik, hogy speciális, fogyatékoságra irányuló intézkedést hoznak. Azokban az országokban (például Németországban, Ausztriában és Spanyolországban), ahol fogyatékosági ügyi nyilvántartási, illetve általános felmérési rendszerek léteznek, ott az embereknek rendszerint regisztráltatniuk kell magukat, illetve az általános fogyatékosági felmérésen el kell érniük egy bizonyos pontszámot ahhoz, hogy jogosulttá váljanak védett munkahelyre vagy ahhoz hasonló támogatásra. Ezeket a rendszereket részletesen megtárgyaljuk a kvótákkal foglalkozó részben.

Az általános felmérés lehetőségét felvető másik helyzet az, amikor a munkahely alkalmazkodására* van szükség, és az illető személy fogyatékos mivoltától függ, hogy az ezzel járó pénzügyi terhek kit terhelnek. Például a munkaadók általában kötelesek biztonságos és megfelelő munkahelyi környezetet teremteni összes dolgozójuk számára, de a fogyatékos dolgozó munkahelyének alkalmazkodásához, átalakításához valamilyen pénzügyi támogatást lehet juttatni a munkaadónak. A finanszírozó hatóság fontolóra veheti nemcsak a dolgozó adaptáció iránti igényét, hanem azt is, hogy az illető általános funkcionális szintje oly mértékben korlátozott-e, hogy az már indokolja közpénz ilyen célú felhasználását. Az igényt elutasíthatják, ha a dolgozó például különösen költséges átalakítást igényelne nagyon specializált különleges feladat ellátásához, miközben az illető nem általános értelemben véve fogyatékos, vagyis vannak olyan más feladatok, amelyeket külön segítség nélkül is el tudna látni (ezt a kérdést az 5. fejezetben tárgyaljuk).

ÁLTALÁNOS FOGLALKOZTATÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

A különleges fogyatékosághoz kapcsolódó intézkedésekkel ellentétben az általános foglalkoztatási szolgáltatások hasznosak lehetnek azok számára is, akiknek nincs semmiféle egészségi problémájuk. Egyes államokban a foglalkoztatási szolgálatok a „nehezen elhelyezhető” néven emlegetett embercsoportra összpontosítják erőfeszítéseiket. A nehezen elhelyezhető személyek beazonosítása főleg tapasztalati úton történik. Ha valaki bizonyos ideig munkanélküli volt, ez arra utal, hogy különleges intézkedésekre van szükség. Nem lenne azonban szerencsés megvárni, amíg a nehezen elhelyezhető személyek fedik fel magukat, ezért a foglalkoztatási szolgálatoknak keresniük kell a tartós munkanélküliség kockázatának olyan más mutatóit is, amilyen például az alacsony iskolázottság vagy az egészségi állapottal összefüggő hátrányos helyzet.

* A fogyatékos személy igényeihez és lehetőségeihez igazodó felszereléssel, berendezéssel, segédeszközzel, hozzáférhetőséggel stb. történő ellátására – a fordító megjegyzése.

Mi ezért úgy találtuk, hogy ezeken a rendszereken belül a fogyatékoság alapján speciális szolgáltatások adhatók, és pótlólagos források helyezhetők ki. Az ilyen intézkedések gyakran szorosan kapcsolódnak a munkanélküliellátások főáramához. A munkanélküliség az ilyen intézkedések kedvezményezettjévé válnak a fő eleme, és a hátrányos helyzet elsődleges mutatója. E csoporton belül az emberek fogyatékoságának felmérése felhasználható egyrészt különleges intézkedésekhez, másrészt arra, hogy a tartósan munkanélküliek előtt normál esetben elzárt intézkedések könnyebben hozzáférhetőek legyenek a számukra. Az egészségi állapotot mutatóként használják annak megállapítására, mekkora a valószínűsége, hogy valaki nehezen elhelyezhetőnek bizonyul, a felmérések pedig azokra a képességkorlátozottságokra irányulnak, amelyek érintik a foglalkoztathatóságot. Azok a képességcsökkenések, amelyek nem szükségszerűen szűkítik a foglalkoztathatóságot, nem igényelnek semmiféle különleges intézkedést.

Ausztriában a munkaerő-piaci szolgáltatásokról szóló törvény (AMSG) és Finnországban a foglalkoztatási szolgáltatásokról szóló törvény rendelkezései szolgálnak példával az olyan intézkedésekre, amelyek elsődlegesen a nehezen elhelyezhető emberekre irányulnak. A finnországi jelentés több olyan kérdéssel foglalkozik, amely a fogyatékosok és más csoportok közötti foglalkoztatáspolitikai összefüggéseket érinti. Néhány évig a fogyatékosok jelentették az egyetlen „speciális” csoportot a foglalkoztatási szolgáltatások terén, újabban azonban a Foglalkoztatási Szolgálat tevékenységének gócpontja áttevődött más olyan csoportokra, amilyenek a tartósan munkanélküliek és a fiatal munkanélküliek. A források sokkal szűkebben csordogálnak, és a fogyatékos mivoltához fűződő előnyök néha megkérdőjelezhetők.

Az a felismerés, hogy az egy bizonyos képességcsökkenés és a munkaképesség közötti kapcsolatot egész sor zavaró tényező befolyásolhatja (az orvosi beavatkozás sikeressége, a segélyek hozzáférhetősege, a személy egyéb képességei stb.), arra indíthatja az ügyintézőket – akiknek a fő gondja az emberek elhelyezése valamilyen munkába –, hogy ne annyira a képességcsökkenésekre koncentráljanak, mint inkább az egyéb idevágó tényezőkre, amikor a foglalkoztatáspolitikai célú fogyatékoság-felméréseket végzik. Végző soron a foglalkoztatási intézkedések „főáramba helyezhetők” azzal, hogy a foglalkoztatási programokba való bekerülés nem a fogyatékos minősítéstől függ, hanem inkább a hátrányos munkaerő-piaci helyzettől, bármi is legyen annak az oka. Egyrészt ezzel a főáramba helyezéssel megkerülhető a fogyatékoság definiálásának gondja, másrészt azonban ezáltal a források elterelődhetnek a súlyosan fogyatékosoktól vagy a testi fogyatékosoktól azok felé, akik szociális beilleszkedési problémákkal küzdenek (Bengtsson, 1995.).

A svédországi jelentés ezzel ellentétes kérdéskört mutat be. A Foglalkoztatási Szolgálat által fogyatékosnak elismert személyek számára a segélyek és más intézkedések jóval gazdagabb eszköztára áll rendelkezésre. Az Országos Ellenőrzési Hivatal egyik jelentése azt jelezte, hogy az irodák egyre fokozódó mértékben minősítik a nehezen elhelyezhetőket foglalkozási szempontból fogyatékosnak, hogy lehetővé tegyék számukra e foglalkozással összefüggő juttatások igénybe vételét. Ezek a példák bemutatnak néhány olyan nehézséget, amelyek a fogyatékoság megfelelő foglalkoztatáspolitikai definíciójának keresése során adódnak. A Svédországban használatos implicit definíciók abban az értelemben lényegbevágóak, hogy a személy fogyatékosnak minősíthető annak érdekében, hogy igénybe vehesse a megfelelő intézkedéseket. Mindazonáltal a finanszírozó hatóságok szemszögéből nézve fennáll az a veszély, hogy a legsúlyosabban hátrányos helyzetű emberekre szánt források eltérítődnek a kevésbé fogyatékos emberek felé. Ezért kívánatos lenne annak ellenőrzése, hogy a Foglalkoztatási Szolgálat hogyan segíti a fogyatékos embereket olyan fogyatékoságdefiníció alkalmazásával, amely nem áll a szolgálat ellenőrzése alatt. Ezzel az elgondolással az a baj, hogy nehezen derül ki belőle, miként fogalmazható meg olyan külső definíció, amely meghatározza annak alapvető kritériumát, hogy valaki mennyire nehezen elhelyezhető, amikor ez a tulajdonság oly sok esetleges tényezőtől függhet. Ugyanis elképzelhető például, hogy egy jól képzett kerekesszéket használó személy bizonyos körülmények között jobban elhelyezhető, mint egy testileg ép, de nála kevésbé képzett ember. Ez a probléma a segélyrendszerek működtetésében is megjelenik, ahol fennáll annak a kockázata, hogy a pénzt olyan fogyatékosok támogatására költik, akik a maguk sajátos munkájában tökéletesen produktívak. A belga CAO-26 rendszerben (kollektív bérmegállapodási rendszer) munkaügyi felügyelő ellenőrzi a munkában mutatott személyes teljesítményt, és arra a megállapításra juthat, hogy az illető termelékenysége nem esett vissza annyira, hogy segélyjogosultságot nyerjen, még akkor sem, ha megkapta az általános fogyatékos-minősítést. Ezzel szemben a hollandiai VIP (Vlaamse Inschakelingspremie) rendszer olyan segítyt ad, amely az illető általános fogyatékosági besorolásától

függ. Ezt a megközelítést alkalmazzák Franciaországban is, ahol a COTOREP által „TH” (travailleur handicapé) (fogyatékos dolgozó) besorolást kapott alkalmazottak segélyezése az általános (A, B, C) besorolástól függ, és nem a személy munkában elért teljesítménye ellenőrzésének eredményétől.

Úgy tűnik, hogy utóbbi rendszerben ez a segély súlytalanná válásának nagyobb kockázatával jár, a CAO-26 rendszer viszont azért bírálható, mert túlzott mértékben támaszkodik a munkaadó és a segélyfolyósító közötti megállapodásra. Az e rendszerekben alkalmazott általános fogyatékos-ság-felmérés rendszerint a funkcionális korlátozottság elemzésére támaszkodik. Az alapjául szolgáló koncepcionális keret így hasonló ahhoz, amelyet a jövedelempótló támogatásra jogosultság megállapítására szolgáló munkaképtelenségi felmérésnél használnak. Az Egyesült Királyságban, Írországban és Hollandiában a jövedelempótló támogatásra való előzetes minősítés az egyik fő módszer arra, hogy megállapítsák a fogyatékos emberek foglalkoztatási intézkedésekre való jogosultságát. Írországban a jövedelempótló támogatásban részesülés a lényeges feltétele annak, hogy valaki segélyt kapjon életfenntartási költségekre abban az esetben, ha képzésben vesz részt, vagy közhasznú munkát vállal, újabban azonban külön képzési támogatást vezettek be.

KVÓTARENDSZEREK

Németországban, Ausztriában és Spanyolországban a kvóta megállapításához használatos fogyatékos-ságdefiníció a képességcsökkenési táblázaton alapul. A németországi és az ausztriai táblázatok messzemenően támaszkodnak a „közvetlen mérésekre”, míg a spanyol VM a „fogyatékosító hatásokat” elemzi (lásd 3.2. szakasz). Fentebb már megjegyeztük, hogy funkcionálisan korlátozott személy maradéktalanul produktív lehet olyan különleges munkakörben, amely jól illeszkedik megmaradt funkcionális képességeihez. Még inkább valószínűsíthető, hogy ez a helyzet előáll a képességcsökkenés alapú megközelítés esetén, mivel bizonyos képességcsökkenések nem jelentősen, vagy egyáltalán nem rontják a lényeges funkcionális működést. Ezt számos elemző elismeri. A képességcsökkenés alapú megközelítést néha azzal az érveléssel védik, hogy annak célja nemcsak a csökkent képességű emberek védelme, hanem azoké is, akiket képességcsökkenésük miatt diszkrimináció fenyeget.

Amint azt majd az 5. fejezetben tárgyaljuk, a diszkriminációellenes intézkedések céljára szolgáló fogyatékos-ságdefiníció az ilyen intézkedéseket alátámasztó diszkriminációfogalomtól és egyenlőbánásmód-fogalomtól függ. Egy diszkriminációellenes szakpolitikai intézkedés, amelynek célja, hogy a teljesítő-képességüknek maradéktalanul birtokában levő embereket védje, a fogyatékos-ság igen tág definíciójával dolgozhat, amely magában foglalja azokat az embereket is, akiknek képességei csekély mértékben csökkentek, illetve akik csak látszólag csökkent képességűek, de valójában nem azok. A fogyatékos-ság ilyen tág definíciója azonban nem használható a kvóta alapjaként. A kvótának valamilyen módon szelektívnek kell lennie, a szelekciós eljárás azonban kritikát gerjeszt, mivel a kvóta azáltal, hogy embereket fogyatékosnak minősít, önmagában is a diszkriminatív bánásmód formája.

A fogyatékos-ságnak a kvóták létrehozása céljából történő felmérése által felvetett problémák bizonyos értelemben szervezeti problémáknak tekinthetők. A munkáltató az a szervezet, amely végrehajtja a kvótapolitikát. A munkaadó több információval rendelkezik a fogyatékos személy korlátozottságának súlyosságáról speciális helyzetekben, ami arra ösztönzi őt, hogy „lefölözze”, azaz kiválogassa azokat a fogyatékos dolgozókat, akiknek a korlátozottsága a legkevésbé zavaró abban a munkakörben. Ha a munkaadó rosszul tájékozott, vagy előítéletes valamely sajátos fogyatékos-ság tekintetében, akkor a „lefölözés” problémája diszkriminációs problémává válik. A munkáltató kedvezhet azoknak a dolgozóknak, akiknek a fogyatékos-sága kevésbé érzékelhető, vagy nagyobb rokonszenvet ébreszt (például a testi fogyatékosoknak a szellemi fogyatékosokkal szemben). Az ilyen vezetői-szervezeti probléma szabályozással nem oldható meg: a munkaadók viselkedését és stratégiáját úgy kell befolyásolni, hogy a munkaadók viselkedése minél inkább összhangban legyen a politikai döntéshozók céljaival.

Számos ország megreformálta kvótapolitikáját, hogy enyhítse ezt a szervezeti problémát: a kvóta teljesítését összekapcsolták a fogyatékos emberek foglalkoztatását előmozdító vezetési tervek elfogadásával és a diszkriminatív foglalkoztatási gyakorlat visszaszorításával. Mind Franciaországban, mind Németországban olyan szakpolitikai intézkedéseket vezettek be, amelyekben a kvótateljesítésért felelős intézmények szorosabban együttműködnek a munkaadókkal, mint a hagyományos szabályozói

modellben, és a kvóta teljesítése úgy is tekinthető, mint a diszkrimináció-mentességre irányuló szakpolitikai intézkedések hatékonyságának monitorozása, és nem úgy, mint egy önmagában működő szabályozó mechanizmus. A legújabb németországi kezdeményezések több pénzügyi támogatást tesznek elérhetővé a munkaadók számára (a támogatások elnyerésének szabályait tárgyalásos úton rögzítik), és bátorítják a fogyatékos dolgozók elhelyezésének proaktívabb és széleskörűbb megközelítését. A fogyatékos személy oldaláról nagyobb hangsúly helyeződik az olyan állás megtalálására, amely megfelel a személy törekvéseinek és preferenciáinak. Az 1990-es évektől Franciaországban is nagyobb hangsúlyt helyeznek arra, hogy a munkaadók fejlesztési terveket készítsenek a fogyatékos emberek beillesztése céljából, és tárgyalásos alapon támogatást adnak e tervek megvalósításához. Olaszországban, ahol a foglalkoztatási szolgálatok továbbra is rendelkeznek némi hatalommal abban, hogy a munkaadókat rábírják egyes konkrét személyek egyes megüresedett munkakörökben való foglalkoztatására, jelenleg több erőfeszítést tesznek arra, hogy elkészítsék a kérelmezők részletes profilját és javítsák az egyezést a nyilvántartásban szereplő fogyatékos dolgozók és a szóba jöhető munkahelyek között.

Noha e reformok eredményeként a kvóták működtetése jobban igazodik a diszkriminációellenes gyakorlathoz, a fogyatékos embereknek a kvóta szempontjából történő beazonosítása továbbra is megoldatlan kérdés maradt. A jelenleg használt egyes fogyatékosági besorolásoknak hosszú történetük van, idejétmúlt orvosi vélelmeken és társadalmi magatartásokon alapulnak, de nem könnyű olyan új kvótákat megfogalmazni, amelyek megfelelően felválthatnák őket. Széles körben elismert például, hogy az osztrák RSV (a fogyatékoság mértének meghatározására szolgáló irányelveket tartalmazó rendelet) elavult, de az orvosok úgy tartják, hogy elfogadható, ha rugalmasan alkalmazzák. Csekély a politikai indíték az RSV megváltoztatására, mert nyilvánvaló, hogy minden változtatás vitákat szül, és valószínűtlen, hogy az összes érdekelt felet kielégítené.

Összefoglalás

Ez a fejezet áttekintette a jövedelempótló támogatások, a foglalkoztatási intézkedések és az ADL-támogatások területén használatos fogyatékoság-definíciókat. E területek mindegyikén a központi kérdés az, hogy a fogyatékos embereket úgy kell-e tekinteni, mint akiknek sajátos, különleges igényeik vannak. Azonban ezeknek az igényeknek a pontos természetét, valamint a más csoportok igényeihez való hasonlóságát és azoktól való eltéréseit nem mindig sikerült egyértelműen definiálni.

Még ha kategorikus megkülönböztetés célja világos is, további kérdések maradnak függőben arról, hogy a felmérési eljárásban megfelelően valósul-e meg a kategóriák megkülönböztetése. A különbségtétel nehézségei arra engednek következtetni, hogy a politika alakítói jelentős döntési szabadságot hagynak a végrehajtó szervezeteknek. Kimutattuk, hogy a fogyatékosági kategóriák körülhatárolásának gyakran intézményi szempontjai vannak. Az összevont szociálpolitikai rendszerekben a politika alakítói könnyebben tudják biztosítani, hogy a kategóriák közötti különbségtétel megfelelően a szociálpolitikai céloknak.

Mivel a fogyatékoságot nehéz definiálni, kívánatos lenne a fogyatékosági kategóriák megszüntetése ahol csak lehetséges, és a fogyatékos emberek igényeit nem kategorikus szociálpolitikai intézkedésekkel kellene kielégíteni. Kimutattuk, hogy vannak példák az ilyen intézkedésekre a foglalkoztatás területén (a „nehezen elhelyezhetőkkel” kapcsolatban), a jövedelempótlás terén (nem kategorikus szociális segély) és az ADL-támogatásoknál (amikor az időskorúak és a fogyatékosok felmérése azonos módon történik). minden esetben kérdéses azonban, hogy a fogyatékos emberek igényeit megfelelően felismerik-e, és elegendő támogatást adnak-e az illetőknek.

4. fejezet: A fogyatékoságfelmérési eljárások elemzése

Az előző fejezet a fogyatékoságdefiníciókat aszerint vizsgálta, hogy a különféle szociálpolitikákra milyen fogyatékoság-kategóriák jellemzőek. Ebben a fejezetben azt tárgyaljuk, hogyan történik a felmérés, aminek alapján az egyéneket fogyatékosági kategóriákba sorolják. A fogyatékoság „orvosi” és „társadalmi” modellje közötti vita akörül forog, hogy mely fogyatékoságkonceptiók tudják a legjobban biztosítani a fogyatékos emberek jogait. A hagyományos szociálpolitikákat gyakran kritizálják orvosi orientációjuk és a döntések önkényes jellege miatt. Az orvosok fogyatékoságfelmérési eljárásokban gyakorolt szakmai hatalmának kritikája az orvosi irányultságot és az önkényességet is célba veszi.

Mivel a jelenleg zajló politikai vitákban a fogyatékoság orvosi és társadalmi modellje közötti ellentmondás nagy jelentőséggel bír, igen érdekes lehet a felmérési megközelítéseknek a „medikalizáció” mértéke szerinti osztályozása. Ez azonban nem egyszerű dolog. Az orvosi ismereteket és szaktudást a fogyatékoságfelmérés különféle módszereinek legszélesebb körében alkalmazzák. Az orvosi közösség, a fogyatékos emberek és a szélesebb társadalom közötti kapcsolatrendszer igen bonyolult és összetett. Az orvosok cselekedhetnek pácienseik „ügyvédjeként”, védelmezőjeként, de találhatják magukat olyan helyzetben is, hogy bírójaként kell eljárniuk, s ilyenkor döntéseiket súlyos kényszerek alapozzák meg. Az orvosok törekedhetnek döntési szabadságra, vagy elfogadják azt, abban a hitben, hogy képesek korrekt módon megítélni a személy állapotát, de akkor szembe kerülhetnek előljáróikkal, pácienseikkel és a fogyatékosok nem orvosi szószólóival. Országpéldáink azt sugallják, hogy az orvosoktól gyakran olyan döntéseket várnak el, amelyek nem kizárólag orvosi jellegűek. Például felkérhetnek orvosokat, hogy látogassák meg a személyt otthonában és készítsenek jelentést az illető szociális környezetéről. Az orvosokat megbízhatják a fogyatékoság nem orvosi modelljének megvalósításával is, amit talán inkább a közösség bizalmát élvező szakember szerepében eljárva, és nem annyira speciális szaktudásukra támaszkodva kell megtenniük.

A 3. fejezetben bemutattuk, hogy a legtöbb állam egyidejűleg a fogyatékoság definiálásának többféle megközelítését is alkalmazza a szociálpolitika különböző területein. Általában nem mondható el, hogy a fogyatékoság meghatározásának léteznének nemzeti modelljei. A társadalombiztosítás, a szociális támogatások, a szociális szolgáltatások és a foglalkoztatáspolitikai terén különféle modelleket találtunk. Továbbá, e területek mindegyikén találhatók átfedések az adott szakpolitikai területen létrejött szociális jogok tekintetében. Például számos elemző vélekedik úgy, hogy a jövedelemteszt ellentmond a szociális jogoknak, és ennek az összefüggési tényezőnek a felismerése nélkül nem lehet beszélni a fogyatékosok jogainak jellegéről a szociális támogatások területén. A biztosítás alapú rendszereket ezzel szemben általában úgy tekintik, mint amelyek a járulék alapján erősítik a szociálpolitikát. Ezek a rendszerek azonban a jogokat a járulékfizetőknek biztosítják, nem általában az állampolgároknak, és a fogyatékos emberek jelentős része nem tud élni ezekkel a jogokkal. A sem nem jövedelemteszt, sem nem járulék alapú (gyakran univerzálisként emlegetett) ellátások gyakran a kívánatosság csúcsát jelentik a jogok területén, azonban, mint az előző fejezetben rámutattunk, az univerzális rendszerek velejárója, hogy más odaítélési elvekre helyezik a hangsúlyt, és gyakran támaszkodnak szakmai hatáskör gyakorlására, például a fogyatékosági kategóriák körülírása esetén.

A jogok másik megközelítése annak vizsgálata, hogy vajon a jogok lehetővé teszik-e az egyén számára, és ha igen, miként, a támogatás iránti igény érvényesítését. Az a nézet, miszerint a jövedelemteszt alkalmazása nem áll összhangban a szociális jogok biztosításával, részben abból fakad, hogy a történelmi tapasztalat alapján összekapcsolja egymással a jövedelemtesztet és a helyi szociális támogató rendszereket, amelyekben a költségvetési kényszerek jelentősen befolyásolják az ügyintézés módszereit. Manapság számos országban a szociális támogató rendszereket központilag finanszírozzák, vagy más módon helyezik biztosabb pénzügyi alapokra. A központi finanszírozás velejárója lehet a fogyatékoságfelmérés erősebb szabályozottsága és összhangja, ez azonban újabb kérdéseket vet fel a fogyatékosági kategóriák kialakításának módjára vonatkozóan.

A szabályozó szociálpolitika úgy működik, hogy jogokat hoz létre, amelyek függetlenek az ellátási eljárásoktól, és amelyekkel élni lehet egy sor szolgáltatóval (munkáltatókkal, állami szervezetekkel stb.) szemben. Mivel a szabályozó szociálpolitika a jogok definiálásának folyamatában a költségvetési kényszereket kinyilvánított módon nem veszi figyelembe, ezért az ilyen szociálpolitika úgy tekinthető, mint amely hatékonyabban és kevésbé feltételes módon biztosítja a jogokat, mint a költségvetési

szociálpolitika. Ebben a fejezetben azonban az Európai Unió néhány tagállamának példájával megvilágítva felvetünk néhány kérdést azzal kapcsolatban, miként történik a források elosztása a szabályozó szociálpolitikában.

4.1. A fogyatékoságfelmérési eljárások fajtái

Ebben a szakaszban a felmérési eljárások egyszerű típusait mutatjuk be, két dimenzióban meghatározva.

1. AZ ORVOSI ADATOKRA TÁMASZKODÁS MÉRTÉKE

Egyes rendszerek nagy erőt fordítanak orvosi tanúsítványok beszerzésére a fogyatékoság meghatározását megelőzően. Ezekben a rendszerekben a felmérésben részt vevő orvosok rendszerint az igazgató intézmény alkalmazottai, vagy szerződéses viszonyban állnak vele, míg a kevésbé orvosi irányultságú rendszerekben inkább a kezelőorvosok (az általános orvosok, az egészségügyi szolgálatnál dolgozó orvosok) jelentéseire támaszkodnak. Az orvosi adatokra erősen támaszkodó rendszerekben az intézményi orvosok orvosi vizsgálatokat végeznek, felülvizsgálják a diagnózisokat, míg a viszonylag kevésbé orvosi irányultságú rendszerekben az intézményi orvosok csak a papírokat ellenőrzik, vagy funkcionális felméréseket végeznek, de teljes orvosi vizsgálatot nem. A nem orvosi irányultságú rendszerekben az igazgató intézmény nem vizsgálja felül a kérelmező állapotáról a kezelőorvos által adott diagnózist, az orvos esetleg csak tanácsadói szerepet tölt be a döntésnél, míg az erősebben orvosi orientációjú rendszerekben maga az orvos dönt.

2. AZ ORVOSOK ÉS MÁS SZAKEMBEREK DÖNTÉSI SZABADSÁGA

Mint fentebb megjegyeztük, található néhány olyan felmérés is, amely láthatóan viszonylag nem orvosi irányultságú, abban az értelemben, hogy az összegyűjtött orvosi igazolásokat csak bizonyos határig számítják be, és az orvosok mérlegelési szabadsága meglehetősen kicsi. Ebben a kategóriában két eléggé különböző csoport található: az egyik nagy mérlegelési szabadsággal ruház fel más szakembereket, például szociális munkásokat, munkaerő-piaci szakértőket vagy multidiszciplináris munkacsoportokat, a másik szabályokon alapuló megközelítést alkalmaz, amelyben mindenféle szakmai mérlegelési szabadság korlátozott. Az orvosi bizonyítványokra nagyon támaszkodó rendszerek között szintén két alcsoport van. Az egyikbe a sok bizonyítvány – nagy döntési szabadság formulával jellemezhető rendszerek tartoznak, a másikba azok, amelyekben az orvosi igazolásokat viszonylag merev keretek között értékelik, például olyan százaléktáblákkal, amelyek célja a mérlegelési szabadság csökkentése és a következetesség erősítése.

Ebben a szakaszban bemutatjuk a két dimenzió különböző összjátékaiból álló négy modell fő jellemzőit. A 4.2. szakaszban példákat hozunk a tanulmány által vizsgált országokból, hogy illusztráljuk a különböző modellek működésének egyes területeit.

A. Kevés orvosi bizonyítvány, nagy mérlegelési szabadság

Ebben a modellben kevés orvosi bizonyítványt gyűjtenek össze, az orvosok kevés mérlegelési lehetőséggel rendelkeznek, más résztvevők viszont nagy mérlegelési lehetőséget kapnak. Van amikor a mérlegelési szabadság helyhez kötött, van amikor nem. Ahol az ellátások működtetéséért a helyi szervezetek viselik a pénzügyi felelősséget, ott általában azt tapasztaltuk, hogy a legnagyobb mérlegelési szabadság a felmérés (a „személyek”) szintjén található. Egyes esetekben maga a helyi szervezet dönthet, abban az értelemben, hogy intézkedéseket dolgozhat ki arra nézve, ki mit kapjon, de ezt a döntési szabadságot általában nem terjesztik ki a felmérés fogyatékosággal foglalkozó részére (de kiterjedhet például a jövedelemtesztekre vagy a jogosultsági szintekre).

Ahhoz, hogy a mérlegelési, a döntési szabadság nem orvosokra ruházása igazolható legyen, nagyon fontos, hogy ezek a szakemberek elismerten nagy szaktudással rendelkezzenek. Ez a modell ezért azon nyugszik, hogy megteremtik a szociális szakemberek, a szociális munkások, a foglalkozási terapeuták és a foglalkoztatási szakemberek iránti köztiszteltet és közbizalmat. Továbbá, az igazgatót ellátó intézmények hajlamosak annak hangsúlyozására, hogy a kérelmek felmérésének kulcs-

kérdései nem feltétlenül orvosi jellegűek, és ez segít szakembereiknek abban, hogy megőrizték fennhatóságukat a munkájukhoz szükséges ismeretek felett.

B. Kevés orvosi bizonyítvány, kis mérlegelési szabadság

Ez a modell a leggyakrabban ott fordul elő, ahol a központi kormány finanszírozza a juttatásokat, ezért a kiadások kézben tartására törekszik oly módon, hogy a juttatások odaítélésére kulcsparamétereket határoz meg, szabályokat és követendő eljárásokat ír elő a fogyatékoság felméréséhez. A központi kormány igyekszik korlátozni az orvosok és az eljárásban közreműködő más személyek mérlegelési szabadságát. A B modellt működtethetik orvosok, igényelhet specializálódott fogyatékoságfelmérő szaktudást, de ez az érintett szociálpolitikai területekre irányul, különösen a munkaképtelenség felmérésére.

Ennek a modellnek van néhány, az A modellel közös jellemzője. Az orvosi igazolások szerepe korlátozott. A jelentések származhatnak a kezelőorvosoktól, és az igazgatást végző intézmény alkalmazhat saját orvosokat a jelentések értelmezésére, de az igazgató intézmény nem bírálja felül a kezelőorvosoknak a kérelmező állapotára vonatkozó diagnózisát. Az A-tól eltérően az intézményi orvosok maguk is vizsgálhatják a kérelmezőket, de csak a funkcionális korlátozottságokkal kapcsolatban, diagnózis és kezelés céljából nem. Az intézményi orvosok rendszerint tanácsokat adnak a döntéshozóknak, de nem maguk hozzák a döntéseket.

C. Sok orvosi bizonyítvány, nagy mérlegelési szabadság

Az e modellnek megfelelő rendszerekben sok orvosi papírt gyűjtenek össze, és az orvosok nagyfokú döntési szabadsággal rendelkeznek. Az ilyen rendszerek valamint az A és a B mintájú rendszerek intézményi struktúrája között jelentős különbségek vannak. Például az egészségbiztosító adhat betegségyt és/vagy tartós munkaképtelenségi segítyt is. Ennek a modellnek az egyik fő jellemzője, hogy az intézmény nagyon sok orvosi adatot gyűjthet össze és saját belátása szerint jelentős erőket fordíthat speciális vizsgálatokra azzal a kettős céllal, hogy meghatározza, milyen egészségügyi szolgáltatásra van szükség (az orvosi rehabilitációt is beleértve) és hogy ellenőrizze a tartós jövedelem-pótló ellátásra való jogosultság megszerzését. Az A és a B modelltől eltérően ebben a rendszerben egy rangidős orvos hozhatja meg a döntést.

D. Sok orvosi bizonyítvány, kis mérlegelési szabadság

Ennek a modellnek a kulcseleme az, hogy az orvosi adatokat fogyatékosági táblázatok vagy százaléktáblák szerint használják fel. Ezeket az eszközöket rendszerint orvosok alkalmazzák, noha vannak példák a D modellhez tartozó megreformált rendszerekre is, amelyekben esetenként a reform a fogyatékoság szociális modelljének szem előtt tartásával történt, a képességcsökkenés-irányultság enyhítése érdekében. Például a spanyol LISMI működtetésére előírt fogyatékoságfelmérési módszert multidiszciplináris munkacsoportok alkalmazzák, és a százaléktáblázat (a VM, leírását lásd a 3.2. szakaszban) nem orvosi adatokat is tartalmaz. Hasonlóképpen jellemezhetők a francia COTOREP által alkalmazott módszerek is. Azonban, a B modellhez sorolható rendszerekben használatos eszközökkel ellentétben, ezek a felmérési rendszerek nem szolgálnak különleges szociálpolitikai célokat, és jóval kevesebb orvosi igazolással dolgoznak.

4.2. Felmérési gyakorlat az európai uniós államokban

Ebben a szakaszban olyan példákat mutatunk be a tanulmány által vizsgált országokból, amelyek a 4.1. szakaszban leírt négy modell működését illusztrálják. Noha elvileg lehetséges az összes értékelési rendszer elhelyezése a két dimenzióban, a valóságban egyes rendszerek minősége kétséges. Különösen két problémára kell felhívni a figyelmet. Először is, az orvosi adatokra támaszkodás nem ugyanaz, mint az orvosok bevonása az értékelési eljárásba. Amint e fejezet bevezetőjében megjegyeztük, az orvosokat megbízhatják nem szorosan vett orvosi döntések meghozatalával is. Megfigyelhető, hogy az orvosok igyekeznek a problémákat úgy megfogalmazni, hogy az lehetővé tegye számukra speciális orvosi tudásuk felhasználását, de ez a helyzet nem elkerülhetetlen: függ például az orvos intézményi hovatartozásától. Különbséget teszünk az olyan orvosi vizsgálatok között, amelyek a diagnózist, a személy állapotának leírását orvosi fogalmakban rögzítik, és az olyan képességfelmérések között, amelyek azt vizsgálják, hogy a személy végre tud-e hajtani bizonyos egyszerű cselekményeket (ülés,

járás stb.). Ha ez utóbbi típusú felmérést (amelyet néha „funkcionális” felmérésnek neveznek, de ezt a fogalmat nem egységesen használják az egyes országokban) orvosok végzik is, azért még nem soroljuk az orvosi adatokra támaszkodó felmérések közé.

A másik probléma a döntéshozó mérlegelési szabadsága mértékének megállapítása. Nagyon nehéz megmondani, hogy egy-egy rendszer valójában mekkora teret hagy az egyéni megítélés számára. Az megállapítható, hogy a politika alakítói (a kormány és a törvényhozás) alkottak-e szabályokat, azaz megkísérlik-e irányítani vagy korlátozni a döntési szabadság gyakorlását. Sokkal nehezebb megítélni, hogy ezek a szabályok a gyakorlatban ténylegesen mennyire korlátozzák a döntési szabadságot. Különösen a képességsökkenési táblázatok használhatók oly módon, hogy a döntéshozók nagymértékű szabadságot tartsanak fenn maguknak, és erre az Európa Tanács fogyatékoság-felmérésről szóló jelentése is rámutatott (Európa Tanács, 2002. 14-17. old.).

A. Kevés orvosi bizonyítvány, nagy mérlegelési szabadság

A szociálpolitika szélesebb összefüggésébe helyezve az A modell szerint a hasonló igényű emberekkel hasonlóan kell bánni, függetlenül attól, hogy ezek az igények egészségi korlátozottságból fakadnak-e vagy sem. A jövedelempótlási, a foglalkoztatási és az ADL-támogatási intézkedések terén az A modellt Skandináviában inkább alkalmazzák, mint bárhol másutt. Más országokban a legnagyobb mértékben a foglalkoztatási szolgáltatásokban lelhető fel, különösen ott, ahol e szolgáltatások a „nehezen elhelyezhetőkre” irányulnak (lásd 3. fejezet).

Az A modell erősségei az integrált szociálpolitikai megközelítéshez fűződő kapcsolatában lelhetők el. A mérlegelési, a döntési szabadság gyakorlását az igények feltárására és kielégítésére irányuló erőteljes szakmai irányultság kíséri. Az állam szociális szakemberei befolyásolhatják a szociális problémákra adandó szakpolitikai válaszok kidolgozását. A szociálpolitikai intézmények teljesítménye politikailag számonkérhető, az igazgatás nagyon nyitott, működése viták tárgyát képezi. Az A modell negatív vonásai először annak a ténynek a lehetséges kedvezőtlen mellékhatásából fakadnak, hogy ez a modell erőteljes szerepet ruház a szociális szakemberekre, másodsor abból, hogy a szociálpolitika terjeszkedő megközelítésére támaszkodik, amelyben a költségvetési kényszerek nem kötik meg a döntést hozó szakemberek kezét. A foglalkoztatási szolgáltatásokban láthatólag e potenciálisan kedvezőtlen vonások egyike sem okoz sok vitát vagy nehézséget. A jövedelempótlás és az ADL-támogatás terén a feszítettebb pénzügyi feltételek némi nyomást gyakorolnak a nagy mérlegelési szabadságú modellre. A szociális szakemberek azzal válaszolhatnak a fokozódó költségvetési kényszerekre, hogy nyomást gyakorolnak a kormányra: alkosson egyértelműbb igényjogosultsági szabályokat, hogy ne nekik kelljen személyes felelősséget vállalniuk a hátrányos megkülönböztetésekért. Így, ha erős pénzügyi nyomás nehezedik rá, az A modell elmozdulhat a B modell felé. A fogyatékoság terén nyomás alá kerülő szakemberek másik lehetősége, hogy az ésszerűsítés eszközeként orvosi kritériumok alkalmazásához folyamodhatnak (a C modell felé mozdulnak el), amint azt a svédországi jelentés az LSS/LASS (törvény az egyes fogyatékos csoportoknak adott támogatásokról és szolgáltatásokról/törvény a kompenzációs segélyről) tárgyalása során meg is jegyzi (lásd 3. fejezet).

A szakemberek hatáskörével kapcsolatos kérdések különösen az ADL-támogatások és az önálló életvitel elősegítése terén adódnak. Az önálló életvitelt célzó mozgalom célja, hogy növelje a fogyatékos emberek önállóságát annak eldöntésében, miként szervezzék meg saját életüket. Ez a mozgalom igen befolyásosnak bizonyult Skandináviában, azt sugallva, hogy az A modell szerinti szociálpolitikai intézmények viszonylagos nyitottsága és számonkérhetősége lehetővé teszi a fogyatékos embereknek és intézményeik számára, hogy előrevívó választ adjanak ezekre a kérdésekre.

A jövedelempótlás terén a fogyatékoság-felmérés procedurális megközelítésében (lásd 3. fejezet) a mérlegelési szabadság gyakorlása láthatólag csökkenti a jogokkal kapcsolatos konfliktus mértékét. Dániában azonban a fő fogyatékosági juttatások igazgatásának helyhezköttöttségére való átmenet felvetett néhány kérdést. Dániában jelentős teret nyit a rugalmasság számára, hogy a használatos besorolásokban a szociális támogatást, a betegségi és a fogyatékosági ellátást helyi szinten összevonják, és a szabályok és az eszközök alkalmazásával kapcsolatos szakmai megítélést hangsúlyozó felmérési megközelítéssel társítják. A segélyekre vonatkozó szabályok (különösen a fogyatékosági segélyek arányainak összehangolása más segélyekkel) azt sugallják, hogy ezt a rugalmasságot el kell fogadni, sőt elő kell mozdítani a foglalkoztatásban való részvételt ösztönző ellátások hatékonyabb működtetése érdekében. E rendszer ezzel ellentétes velejárója azonban az, hogy a fogyatékos emberek esetében a más támogatások kedvezményezettjeire vonatkozóhoz hasonló bánásmódot alkalmaznak.

B. Kevés orvosi bizonyítvány, kis mérlegelési szabadság

A B modell az Egyesült Királyságban és Hollandiában, valamint bizonyos mértékig Írországban a jövedelempótlás területén lelhető fel, noha az ír társadalombiztosítási intézetnél dolgozó orvosok láthatólag nagyobb mérlegelési szabadságot élveznek, mint egyesült királyságbeli kollégáik. A B modellre jellemző az Egyesült Királyságban az ADL-támogatásra adott ellátás (fogyatékosági életjáradék) megközelítése. A betegbiztosítás Ausztriában és Németországban néhány hasonló jellemzőt mutat. Néha orvosok (a gyakorlatban ápolók) végzik a felmérést, de arra kéri őket, hogy az egyéni gondozási igényeket kellően szoros rendszerben értékeljék, és ne vizsgálják felül az orvosi diagnózist, vagy kezelési javallatot.

Noha a B modellhez tartozó rendszereket lényegében nem orvosiaknak tekintjük, gyakran adódnak kérdések az orvosi bizonyítványoknak a felmérésben betöltött pontos szerepéről. Hollandiában a vitatott kérdések egyike az, hogy a képességfelmérés során tapasztalt korlátozottságok leírhatók-e speciális orvosi fogalmakkal. Egyes orvosok szerint meg kell állapítani az orvosi „okságot”, mások a „célszerűség” mellett szállnak síkra, ez utóbbi a felmérés tárgya a személy korlátozottságainak leírása. Ez a kérdés bizonyos mértékig Írországban is felvetődik, ahol az értékelő feladata, hogy felmérje azokat a képességhatárolásokat, amelyek az adott személy esetében „igazolt munkaképtelenségi ok” (CCI) miatt következtek be; ez orvosilag diagnosztizált állapot, amely azt sugallja, hogy a CCI-vel nem összefüggő korlátozottságok figyelmen kívül hagyhatók. Az Egyesült Királyságban az orvosi bizonyítványt elsősorban az adminisztráció lerövidítésére használják, vagyis bizonyos orvosi állapotú embe-
reket eleve munkaképtelennek tekintenek, anélkül, hogy személyes képességfelmérésnek (PCA-nak) vetnék őket alá.

Mindhárom országban rejtett munkamegosztás van a személy kezelőorvosa és a segélyfolyósító intézmény alkalmazásában álló orvosok között: az utóbbiak a funkcionális korlátozottságokra összpontosítanak és tartózkodnak attól, hogy kérdéseket vessenek fel az orvosi diagnózisra és kezelési javallatra vonatkozóan. A B modellhez tartozó rendszerek azonban nem mindig sikeresek a kezelőorvosok és az intézményi orvosok szerepének körülhatárolásában, így konfliktusok adódhatnak közöttük. Például az Egyesült Királyságban a Brit Orvosi Társaság erőteljesen bírálja a segélyfolyósító szervezet által alkalmazott személyi képességfelmérést, a kommentátorok lesújtó véleményeket hangoztatnak a szervezet által alkalmazott orvosi stáb minőségéről.

A juttatások kedvezményezettjei szempontjából a B modell láthatólag világosan leírja a jogokat. A szolgáltató szempontjából a modell elejét veszi az adminisztratív eszközök iránti túlzott igényeknek, az egyöntetűséggel és a pártatlansággal kapcsolatos problémáknak, amelyek az igények egyedi felmérése során szoktak felvetődni. A fogyatékoság kategóriáját úgy alakították ki, hogy a szóban forgó igényekről hatékonyan gyűjtsön be információkat. Az alkalmazott szabályok és gyakorlat rugalmasságának hiánya azonban azzal jár, hogy a fogyatékos emberek és mások gyakran rossz véleménnyel vannak a felmérési eljárásról, amely szerintük az önkényes megkülönböztetések felé hajlik. A modell igyekszik megfelelni a fogyatékosággal összefüggő egyéni igényeknek, de a mérlegelési szabadság megszüntetése nyilvánvalóan felveti a határok kérdését. Ezek a kritikák az összes fent említett ADL-támogatási rendszerben megfogalmazódtak.

A B modell egyik jellemzője, a fogyatékoságfelmérés a központi kormány által előírt szakpolitikai paraméternek tűnik, s ezért időnként a költségvetési és más politikai gondok kezelése érdekében szükségessé válhat a felmérés reformja. Az utóbbi években az Egyesült Királyságban és Hollandiában ilyen reformok történtek a fogyatékosok jövedelempótlását szolgáló szakpolitikai intézkedések terén.

C. Sok orvosi bizonyítvány, nagy mérlegelési szabadság

Franciaországban, Németországban, Belgiumban és Ausztriában a C modell számít tipikusnak a társadalombiztosítás igazgatásában. Az olaszországi és a spanyolországi jövedelempótló biztosítás igazgatásában is fellelhetők a C modell jellemzői, de a többi országban meglevő, az egészségügy és a segélyfolyósítás közötti kapcsolat nélkül. Ez problematikus, mert az orvosi vizsgálatok megkettőzéséhez vezet, és feszültségeket támaszt a biztosítóintézetek és az egészségügyi szolgáltatók között. Mivel a C modell nagyon támaszkodik az orvosok szakmai hatáskörére, az orvosok közötti konfliktusok rontják e modell elfogadottságát. Ráadásul a C modell magas adminisztratív költségekkel jár, mert szakorvosokat és orvosi technikákat alkalmaz, ami pazarlásnak tűnik, mivel az ellátás során egészségügyi ellátás nem történik.

A C modellben az orvosoknak biztosított nagy döntési szabadság azt jelenti, hogy az orvos, ha akarja, az orvosi állapot vagy az egészségügyi korlátozottság mellett figyelembe veheti a személy szociális körülményeit is, amikor a fogyatékosná minősítésről dönt. Sok függ azonban annak az intézménynek a vezetésétől, amelyhez az orvos tartozik. Ahol a járulékfizetőknek módjukban áll ellenőrizni a biztosítót, például azáltal, hogy a munkaadói szervezetek és a szakszervezetek képviselői részt vesznek annak vezető testületeiben, ott azt tapasztaltuk, hogy a szociális és a gazdasági tényezők némi befolyást gyakorolnak a fogyatékoságfelmérésre. Ahol a biztosító közvetlenül a központi kormánynak felel és főleg a pénzügyi ellenőrzés miatt aggódik, ott erőteljesen orvosi megközelítést alkalmaz az igények korlátok közé szorításának eszközeként, és súlyt helyez a döntéshozás egyöntetűségének biztosítására.

D. Sok orvosi bizonyítvány, kis mérlegelési szabadság

A D modell ismerhető fel a jövedelempótló biztosítás terén Portugáliában és Görögországban, valamint a munkahelyi balesetek és a foglalkozási betegségek elleni biztosítás terén több más államban. Megtalálható számos „szabályozásban” is, például azokban a helyzetekben, amelyekben a fogyatékosról általános felmérés készül, amelynek eredményét azután egy sor különféle szociálpolitikai célra használják fel. Például valamely intézmény fogyatékoskártyát, vagy fogyatékosigazolványt bocsáthat ki, amellyel annak tulajdonosa bizonyos juttatásokat tud igénybe venni. Németországban és Ausztriában a fogyatékoskártya tulajdonosa olyan juttatásokra jogosult, amilyenek például viteldíj-kedvezmény a tömegközlekedési eszközökön, a parkolási engedély, a foglalkoztatási kvótába tartozó munkahelyek, és így tovább. Németországban a kártyát egyetlen hatóság adja ki, amely a fogyatékosági kategória meghatározásához képességcsökkenési táblázatot alkalmaz; Ausztriában is használnak képességcsökkenési táblázatot, de különféle szervezetek alkalmazzák azokat.

Görögországban a közelmúltban kezdődött a fogyatékoságikártya-rendszer bevezetése. A kártyát azok kapják, akik 67%-os vagy annál nagyobb mértékben fogyatékosok. A „patológiaianatómiai fogyatékoság mértékének” felmérését az egészségügyi ellátási (kórházi) körzetekben alakult egészségügyi bizottságok végzik, a bizottság felépítése orvosi szakterületek szerint (patológia, sebészet, pszichiátria) szerveződik. A kártya automatikusan jogosít a közlekedési kedvezményekre, de a cél az, hogy a kártyát az Egészségügyi és Szociális Minisztérium által adott különféle ellátások és szolgáltatások igénybe vételére használják. A kártya elnyerése az első lépésnek tekinthető az e szolgáltatások igénybe vehetősége felé vezető úton, de nagyon sok múlik az elosztási folyamat további menetén, vagyis azon, hogy a szolgáltatások találkozzanak az egyes személyek konkrét igényeivel és körülményeivel.

A szabályozó modell olyannak tekinthető, hogy jogokat hoz létre a fogyatékos emberek számára, akik aztán élhetnek ezekkel a jogokkal az ellátó intézményekkel szemben. E struktúra egyik következménye az, hogy az ellátók nem módosíthatják a fogyatékoság definícióját szolgáltatásaik ésszerűsítése érdekében. Ez azonban csak annyit jelent, hogy az ésszerűsítés más módokon történik (például sorbaállítással, vagy kiegészítő irányvonalak kidolgozásával). Ez vitatható a külső definíció legitimitása szempontjából, rossz hírbe hozhatja a külső eljárást azzal, hogy üres és érvényesíthetetlen jogokat ad. Például Franciaországban a COTOREP „orientációs” döntéseket hoz arra a foglalkoztatástípusra vonatkozóan, amely a fogyatékos személy számára megfelelő lehet. Nem biztosítja azonban, hogy az orientációs döntések számára megfelelő intézkedések rendelkezésre álljanak. Elvben a COTOREP olyannak tekinthető, hogy a fogyatékosok jogállását a megfelelő ellátásokhoz való jogok mentén teremti meg, de a gyakorlatban az intézmények ellátóktól való függetlensége inkább elszigeteltségnek tekinthető mint függetlenségnek, és hatékonysága is kétséges, ahogyan ezt a franciaországi nemzeti jelentés részletesen ki is fejti.

A szabályozó jellegű szakpolitikai intézkedések egyik jellegzetessége, hogy a jogosultságok a képességcsökkenésekből következnek, bármiféle olyan eljárás nélkül, ami biztosítaná, hogy az egyes jogosultságok valóban a személy javára szolgáljanak. Ezzel szemben a fogyatékosstátussal megszerzett jogosultságok értéke személyenként nagyon változó, attól függően, hogy az illető tudja-e gyakorolni ezeket a jogokat vagy sem (például ingyen utazhat, kocsija van, állásba mehet stb.). A költségvetési szociálpolitikai intézkedésektől eltérően – amelyek igyekeznek a forrásokat az igényeknek megfelelően elosztani – a szabályozó szociálpolitikai intézkedések nem elsősorban a szűkös források hatékony elosztására irányulnak. Az általuk adott kedvezmények költségei megoszlanak a szolgáltatók (a munkaadók, a közlekedési vállalatok stb.) között, és nem állnak a finanszírozó hatóság általános ellenőrzése alatt.

A D modell inkább azokban a helyzetekben érvényesül, amelyekben a döntési szabadság problematikus (noha nyitott kérdés, hogy a képességcsökkenési táblázatok valóban hatékony módszert jelentenek-e a döntések irányítására). Például a magánbiztosításban a biztosítók által a fogyatékoság jellegének eldöntésében gyakorolt mérlegelési szabadságot a politika alakítói támadhatják azon az alapon, hogy a biztosítók ösztönzése torzulásokat vihet a döntési szabadság gyakorlásába, vagy általánosabb értelemben azon az alapon, hogy a biztosítók irányítási rendszere nem megfelelően szabályozza a döntéseket. A kapcsolatrendszer szabályozása és az ügyleti költségek csökkentése érdekében a felek elfogadhatják a képességcsökkenési táblázatok, vagy más eszközök használatát. Ezek az eszközök nem olyanok, amilyeneket a B modellhez tartozó rendszerek alkalmaznak, mert nem sajátos szociálpolitikai célokra használják őket. Valóban fontos lehet, hogy az eszközök legitimitását széles körben elismerjék annak érdekében, hogy minél inkább „objektívek” legyenek és ne fűgjenek sajátos intézményi céloktól és követelményektől.

Összefoglalás

Az e fejezetből adódó fő következtetés igen egyszerűen megfogalmazható: a fogyatékos és a nem fogyatékos emberek közötti határ meghúzására nincsenek eszményi módszerek a szociálpolitikában. Azok a rendszerek, amelyek nem az orvosi igazolásokra helyezik a hangsúlyt (A és B modell), nagyon támaszkodnak szociálpolitikai jellegű szempontokra. Az erősen orvosi irányultságú rendszerek elfogadottabbak lehetnek, különösen, ha nagy az orvosok iránti tisztelet, és a rendszer kikerüli azokat a helyzeteket, amelyekben nyíltan kiderül, hogy az orvosok nem értenek egyet.

A D modell a legkövetkezetesebb az olyan általános fogyatékosági státusz kijelölésében, amely a szakpolitikai intézkedések széles körében használható. Ezért elmondható, hogy összefogottabb, mint a többi modell. Meghökkenítő azonban, hogy a D modell főleg azokban a szabályozásokban működik, amelyek kevés figyelmet fordítanak a szűkös források hatékony elosztására.

Úgy tűnik, az általános fogyatékosági státusz nincs összhangban azzal a törekvéssel, hogy a forrásokat a legnagyobb szükséglet szenvedőkhöz irányítsák, pedig a költségvetési szociálpolitika elsődleges célja éppen ez.

Az Európai Unió fogytékosságuji politikája

5. fejezet: Fogytékosság és diszkrimináció

Egy 2000 novemberében kibocsátott európai uniós (EU) irányelv (Council Directive 2000/78/EC, Egyenlő bánásmódról szóló keretirányelv, Framework Equal Treatment Directive, FETD) megteremtette az egyenlő elbánás általános keretét a foglalkoztatásban és a munkahelyeken, és törvényen kívül helyezte a vallás, hit, fogytékosság és szexuális beállítottság alapján történő hátrányos megkülönböztetést. A diszkrimináció-ellenes politika a szabályozó szakpolitikák viszonylag új fajtája. E fő célja annak vizsgálata, hogy ez az új megközelítés miként kapcsolódik az egyes tagállamokban eddig alkalmazott politikákhoz. Áttekintjük az érvényben lévő diszkrimináció-ellenes intézkedéseket, és azt is megvizsgáljuk, hogy e diszkrimináció-ellenes politikák miként illeszkednek más olyan politikákhoz, amelyek a fogytékosok előtt álló, a foglalkoztatásba való belépést vagy a munkában maradást gátló esetleges akadályok leküzdésére törekednek. (A diszkrimináció-ellenes politika hatóköre túlterjedhet a foglalkoztatás területén, mi azonban mégis a foglalkoztatásra helyezzük a hangsúlyt, mivel a FETD is csak arra szorítkozik.)

A FETD nem tartalmazza a fogytékosság definícióját. A tagállamok körében előfordulnak olyan diszkriminációt általánosan tiltó normák (például a nemzeti alkotmányban), amelyek megemlítik a fogytékosságot, de nem definiálják azt. Az itt tárgyalt példák azonban a fogytékosság alapján történő megkülönböztetés visszaszorítását célzó, specifikusabb és részletezettebb törvények, amelyek definíciókat is tartalmaznak. Ezek egy része átfogó definíció, olyan, amely kisebb fogytékosságokat is magában foglal, más része pedig csak a „lényeges” korlátozottságokra szorítkozó, szűkebb meghatározás. E fejezet egyik célja, hogy rávilágítson az átfogó és a szűkebb definíció közötti választással kapcsolatos kérdésekre. Ezt úgy tesszük, hogy bemutatjuk, miként kapcsolódnak az eltérő definíciók a diszkrimináció-ellenes jogszabályokban burkoltan megnyilvánuló, különböző egyenlőség-felfogásokhoz.

5.1. Diszkrimináció és egyenlőségfelfogások

A fogytékosság alapján történő hátrányos megkülönböztetés irodalmában meglehetősen vitatott kérdés, hogy a diszkrimináció-ellenes jogszabályok első sorban csak azok védelmére hivatottak-e, akiknek a munkaképessége (tehát a „termelékenység”) állapotukból fakadóan nem, illetve csak jelentéktelen mértékben korlátozott, vagy azok is a törvény lehetséges kedvezményezettjei közé tartozzanak-e, akiknek a képességei lényegesen korlátozottak. E kétértelműség mögött az egyenlőség különböző felfogásai húzódnak meg. Mindenekelőtt két átfogó koncepciót azonosíthatunk: az esélyegyenlőséget és az eredményegyenlőséget. Az esélyegyenlőség az egyéni érdemre helyezi a hangsúlyt abban az értelemben, hogy célja az egyének számára egyenlő esélyek biztosítása a munkához és a képességeiknek megfelelő fizetéshez. E felfogás leginkább azoknak a fogytékosoknak előnyös, akiknek a termelékenysége sértetlen, de akiknek a megbélyegzés és a sztereotípiák következtében korlátozottak az esélyeik. Ezzel szemben az újraelosztási elemeket és pozitív cselekvést is tartalmazó,

eredményegyenlőséget előtérbe helyező felfogás a lényegi korlátozottságokkal szembenézőknek kínálhat többet.

Úgy tűnik, e két felfogás egyike a másik világosan elkülöníthető alternatívája és viszont, s jól láthatóan eltérő fogyatékoság-definíció következik belőlük. Az „egyéni érdem” típusú megközelítés szerint a definíciónak fel kell ölelnie azokat a kisebb képességcsökkenéseket és egészségügyi körülményeket is, amelyek nem jelentenek lényegi korlátozottságot az adott személy tevékenységét és érzékelt fogyatékoságát illetően. Az egyéniérdem-felfogásban tulajdonképpen egyáltalán nincs szükség a fogyatékoság definíciójára, hiszen annak központi kérdése az, hogy valaki diszkrimináció áldozatává válik-e vagy sem. Az „eredményegyenlőség” típusú megközelítésnek megfelelő definíció közelebb áll a szociálpolitikában uralkodó felfogáshoz, amely egy másik csoportra, a lényegi korlátozottságokkal élőkre irányul.

A fenti kétértelműségnek két forrása van. Egyrészt az esélyegyenlőség/egyéni érdem típusú megközelítésen belül a diszkrimináció megállapítására tesztek széles skálája szolgál. A skála egyik végén találjuk a McCrudden által „egyenlőség, mint pusztán racionalitásnak” („equality as mere rationality”) nevezett megközelítést (évszám nélkül, 15. o.), amely az önkényes és ésszerűtlen magatartást tekinti diszkriminatívnak, de a diszkrimináció jogosságát alátámasztó mentségeket minden további nélkül elfogadja. A skála másik végét jelenti az „egyenlőség, mint igazságosságnak” („equality as fairness”) nevezett megközelítés, amely a mentségeket kritikusan szemléli, elismeri a közvetett diszkrimináció lehetőségét, és amelyben a bizonyítási teher áthárítható. Számos elemző véleménye szerint a diszkriminációellenes törvényen belül a fogyatékosok ésszerű alkalmazkodásáról szóló rendelkezések az „egyenlőség, mint igazságosság” felfogást tükrözik. Mások az alkalmazkodást pozitív cselekvésnek tekintik. E tárgyalás szempontjából, amely a definíciókat állítja a középpontba, az a fő kérdés, hogy az akkomodációhoz fűződő jog összhangban áll-e a fogyatékoság átfogó definíciójával (illetve a definíció hiányával), vagy e jognak inkább egy szűkebben meghatározott embercsoportra kellene-e szorítkoznia.

A bizonytalanság másik forrása egy harmadik egyenlőségfelfogás kialakulására vezethető vissza. Ez a felfogás túlmegy az egyéni érdem típusú megközelítésen, de az újraelosztó elemekre nem fektet akkora hangsúlyt, mint az eredményegyenlőség típusú megközelítés. E felfogást „radikális esélyegyenlőségként” lehetne jellemezni, mert intézményi és szerkezeti változtatásokat sürget a fogyatékosok egyenlő részvételét akadályozó tényezők leküzdésére. Mindez egyenlőséget előmozdító kötelezettségeket róna a munkáltatóra, például a foglalkoztatási gyakorlat és a munkaszervezés felülvizsgálatát stb. Nem világos, hogy milyen fogyatékoságdefiníció feleltethető meg ennek a felfogásnak. E fejezetben megmutatjuk, hogy az európai államok diszkriminációellenes politikái között találunk e felfogásnak megfelelő szakpolitikai intézkedéseket. Vannak azonban olyan csoportközpontú szakpolitikák is, amelyek nem az egyéni jogvitákon alapulnak, így ezekben a szakpolitikákban nincs is szükség annak definiálására, hogy ki a fogyatékos.

Mindössze öt országot vizsgáltunk meg részletesen annak illusztrálására, hogy ezek a különböző egyenlőségfelfogások miként tükröződnek az egyes államok szakpolitikai intézkedéseiben. Ezek között három olyan ország – Írország, az Egyesült Királyság és Svédország – szerepel, ahol mostanában fogadták el a fogyatékoságon alapuló diszkriminációt tiltó jogszabályokat. Norvégia részben csoportközpontú, „radikális esélyegyenlőség” típusú megközelítésre szolgáltat példát. Végül Franciaország példáját tárgyaljuk, ahol hagyományosabb (és régebbre visszanyúló) intézkedéscsomag van érvényben, amelyben korlátozott mértékben fellelhető egyrészt az egyéni érdem „egyenlőség, mint ésszerűség” típusú megközelítése, ugyanakkor megtalálhatóak az eredményegyenlőségre irányuló újraelosztás szakpolitikák is.

Az egyes tagállamokban érvényes rendelkezések vizsgálatakor három fő kérdésre keressük a választ:

1. A fogyatékoság mely definícióját alkalmazzák?
2. Milyen egyenlőségfelfogásra épülnek?
3. Milyen szerep jut az egyéni jogvitáknak, illetve terveznek-e csoportközpontú intézkedéseket, és ha igen, milyeneket?

(A) ÍRORSZÁG

Írorszáiban a foglalkoztatásegyenlőségi törvény (1998.) a foglalkoztatásban és az élet egyéb területein a diszkrimináció számos formáját tiltja (köztük a fogyatékoságon alapuló megkülönböztetést). A fogyatékoság definícióját a törvény 2. szakasza tartalmazza, amely kimondja, hogy fogyatékoság

- a) a személy testi vagy mentális funkcióinak teljes vagy részleges hiánya, ideértve a személy valamely testrészének hiányát;
- b) krónikus megbetegedést előidéző, vagy valószínűsíthetően előidéző élő szervezetek jelenléte a személy szervezetében;
- c) a személy valamely testrészének működési rendellenessége, fejlődési rendellenessége vagy elváltozása;
- d) olyan állapot vagy működési rendellenesség, aminek következtében a személy tanulási képessége eltér azok tanulási képességétől, akik nem élnek ebben az állapotban vagy rendellenességben;
- e) olyan állapot vagy betegség, amely hatással van a személy gondolati folyamataira, valóságérzékelésére, érzelmeire vagy ítélőképességére, és ezáltal zavarodott viselkedést idéz elő;

és ideértendők a jelenlegi, a korábbi, de mára megszűnt, és a jövőben esetleg keletkező, valamint a személynek a mások által neki tulajdonított fogyatékoságai is.

Az írországi definíció tehát magában foglalja a kisebb és a képzelt képességcsökkenést is, továbbá nem köti ki a lényegi korlátozottságot.

A jelenlegi jogszabály egyenlőségfelfogását jól tükrözi a törvény története. Az eredeti foglalkoztatásegyenlőségi törvényjavaslatot (1996.) a Legfelsőbb Bíróság alkotmányellenesnek nyilvánította (118/97 sz. ítélet, 1997. május 5.). A döntés értelmében nem teremt megfelelő egyensúlyt a munkaadó tulajdonhoz való alkotmányos joga és az azt esetlegesen korlátozó szociális igazságossági alapelvek között az a kitétel, miszerint a munkáltató köteles gondoskodni a fogyatékos dolgozó akkomodációjáról, kivéve, ha az nem ütközik „indokolatlanul” nagy nehézségekbe. A Legfelsőbb Bíróság elfogadta, hogy a szociális igazságosság értelmében a társadalomnak biztosítania kell a fogyatékkal élők akkomodációját. Ugyanakkor amellettt érvelt, hogy az alkalmazkodás költségeinek a munkaadókra történő terhelése nem elfogadható, és az e társadalmi kötelezettséggel kapcsolatos kiadásokat a társadalom egészének kell viselnie. A Legfelsőbb Bíróság felhívta a figyelmet arra, hogy a munkaadókat terhelő kötelezettségek bizonytalanok és többértelműek: az akkomodációval kapcsolatos költségviselési kötelezettség meghatározásánál figyelembe kell venni a „munkáltató pénzügyi helyzetét”, a pénzügyi helyzet feltárásához a megfelelő kereteket (például az adórendszert). A Legfelsőbb Bíróság megemlíttette a fogyatékoság ír törvényben szereplő definíciójának átfogó jellegét is, amely magában foglalja a kisebb képességcsökkenéseket és a jövőbeli fogyatékoságokat is, ami a bíróság megítélése szerint elfogadhatatlan mértékűre növeli a bizonytalanságot az egyes munkaadókat terhelő költségek nagyságát illetően.

A törvény 1998-ban elfogadott formája tartalmazza a Legfelsőbb Bíróság döntésének megfelelő módosításokat, és csak abban az esetben kötelezi a munkaadót akkomodációra, ha annak költsége csupán „névleges”. Ebben a formában tehát a foglalkoztatásegyenlőségi törvény az egyéni érdemen alapul, és a skála „egyenlőség mint ésszerűség” vége felé hajlik: az előítéleteken és sztereotípiákon alapuló diszkriminációt állítja középpontba, de nem követeli meg a munkaadóktól, hogy jelentős erőfeszítéseket tegyenek a fogyatékosok akkomodációjára. Lehetséges ugyanakkor, hogy a hatóságok az „egyenlőség mint igazságosság” megközelítést is alkalmazni fogják, a nominális költségmegszorítás ellenére. A közelmúltban (EED026, 2002. 07. 04) a munkaügyi bíróság helybenhagyta egy halláskárosult dolgozó diszkriminációval kapcsolatos panaszát. A bíróság döntése értelmében a munkáltatótól elvárható lett volna, hogy a dolgozó számára megfelelő telefonos fejhallgatót vásároljon, mivel az ezzel járó 450 eurós költség „névleges” a vállalat forgalmához képest. A bíróság kimondta továbbá, hogy az ésszerű elhelyezés kiterjed a képzésre is, a vállalat azonban a dolgozót alapvető bevezető képzésben sem részesítette.

A törvény továbbá bizonyos, egyenlőséget előmozdító, pozitív kötelezettségeket is ró a munkáltatókra, az egyes egyéneknek kedvezményező pozitív akciók korlátai ellenére. A törvény egyenlőségi hatóságot (Equality Authority) hozott létre, amelynek hatásköre széleskörű jogi érvényességgel rendelkező gyakorlati szabályok kidolgozására is kiterjed (56. szakasz). Az egyenlőségi hatóság

jogosultságai közé tartozik az egyenlőség akciótervek és egyenlőségi tanulmányok segítségével történő előmozdítása (69-70. szakasz). E jogkörök azonban a fogyatékosok számára nem teremtik meg az egyéni jogviták lehetőségét.

(B) AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

Az Egyesült Királyság 1995-ös, fogyatékoságon alapuló diszkriminációról szóló törvénye (DDA) a fogyatékoságot „fizikai vagy mentális rendellenességként definiálja, amely lényegesen és tartósan negatívan befolyásolja a személy képességét szokványos mindennapi tevékenységeinek elvégzésére”. A törvény 1. melléklete kiegészíti a fenti definíciót, és további útmutatással szolgál az Oktatási és Foglalkoztatási Minisztérium is. A definíció körül jelentős vita alakult ki, emellett számos jogi eset is ismert ezen a területen, ennek ellenére a DDA-n alapuló jogvitákban a definíció nem vált olyan központi jelentőségűvé, mint a fogyatékkal élő amerikaiakról szóló törvény (USA, ADA) esetén. Ez valószínűleg az intézményi háttér különbözőségeit tükrözi. A DDA keretében eljárást indítani sokkal egyszerűbb és sokkal kevesebb jogi csúrés-csavarással jár, mint az USA-ban (Baker, 2002.).

A „lényeges” hátrányos érintettségre vonatkozó kitétel a „védett csoport” filozófiájának jelenlétére utal, ami összhangban állhat a fogyatékosokat segítő újraelosztási elemekkel, illetve pozitív cselekvéssel. Ezzel kapcsolatban valóban adódott a kérdés, hogy a törvény védelmet nyújt-e azoknak a kevésbé fogyatékos személyeknek, akik igazságtalan bánásmódban részesülnek fogyatékoságuk miatt, de tevékenységükben nem korlátozottak lényegesen. A testi elváltozást a törvény kifejezetten megemlíti a védelemre feljogosító körülmények között (hatásait „lényegesnek” tekinti még abban az esetben is, ha egyébként az illető képes minden szokványos tevékenység elvégzésére (3.1.szakasz)). Ugyanakkor a rákos megbetegedések és a HIV-fertőzöttség kérdése bizonyos problémákat vet fel. Akiket rákbetegségük korai szakaszában vagy a gyógyulás fázisában elbocsátottak (vagy más módon részesültek elutasító bánásmódban), azoknak problémás lehet a DDA keretében eljárást kezdeményezni, mert nem mindig állapítható meg, hogy állapotuk valószínűsíthetően a későbbiekben befolyásolja-e majd lényegesen és tartósan szokványos tevékenységeiket. A kormány fenntartások nélkül elfogadta, hogy a törvénynek ki kell terjednie ezekre az esetekre is, és jelenleg konzultációkat folytat a változtatások bevezetésének módjáról.

A törvény akkomodációhoz fűződő, különleges jogokat biztosít a védett csoport tagjai számára. A beilleszkedés költségeinek ésszerűeknek kell lenniük, de a „névleges” szintnél magasabbak is lehetnek. Bírósági esetek alapján a munkaadónak fel kell készülnie annak bizonyítására, hogy megvizsgálta az alkalmazkodás lehetőségét a dolgozó elbocsátása előtt. A jogi gyakorlat azt mutatja, hogy az alkalmazkodás magában foglalhatja a munkahely fizikai értelemben vett átalakítását, de jelentheti a személy munkaköri leírásának módosítását, átcsoportosítást, vagy a munkaidő-beosztás megváltoztatását (például orvosi kezelés miatti eltávozás beillesztése). Az adaptáció elősegítésére bizonyos mennyiségű állami forrás is rendelkezésre áll (a Hozzáférés a munkához program keretében).

Habár a fogyatékoság szűkebb értelemben történő meghatározása és az ésszerű akkomodációra vonatkozó kitétel azt sejteti, hogy a DDA az „eredményegyenlőség” felfogáson alapul, megmutatható, hogy számos esetben az egyéni érdem kerül előtérbe. A DDA-val kapcsolatos esetekkel a kérdésre szakosodott foglalkoztatási bíróságok foglalkoznak, amelyek számottevő tapasztalattal rendelkeznek az igazságtalan elbocsátások terén és egyéb munkavállalói jogokkal kapcsolatban. A bíróságok rendszerint kritikusan szemlélik a munkaadók tevékenységét, és a munkáltatók vezetői jogai, illetve a dolgozók érdekei közötti egyensúly fenntartására törekednek. Ennek következtében a foglalkoztatási bíróságok a diszkrimináció „egyenlőség, mint igazságosság” típusú megközelítése felé hajlanak, míg a közönséges bíróságok inkább az „egyenlőség mint ésszerűség” jogilag tisztázottabb területére szorítkoznak. Fontos tény az is, hogy számos, a DDA hatálya alá tartozó esetben a fogyatékoság definíciójának kérdése fel sem vetődik. A DDA mellett a munkavállaló ügye igen gyakran az indokolatlan elbocsátásról szóló törvény hatálya alá tartozik, így a követelés a munkavállalók általános jogaira támaszkodva is megalapozható.

Az Egyesült Királyságban hozott törvény végrehajtása igen nagy hangsúlyt fektetett az egyéni jogok jogvitákban történő érvényesítésére. Egy a törvény alkalmazásának első tizenkilenc hónapját felölelő tanulmány kimutatta, hogy a szóban forgó időszak alatt 2456 esetet regisztráltak. A lezárt ügyek mintegy 40%-a egyezkedések vagy döntőbíráskodás útján oldódott meg, míg 20%-ukban került sor munkaügyi bírósági meghallgatásra (Meager és mások, 1999.).

Az eredeti DDA csoport-központú rendelkezései viszonylag erőtlének voltak, ahogy az Országos Fogyatékosági Tanács (National Disability Council) hatásköre is korlátozott volt. 2000 áprilisában a tanácsot a Fogyatékosági Jogi Bizottság váltotta fel, amely szélesebb jogköröket kapott az átfogó szakszervezeti keretbe illeszkedő egyéni akciók támogatására, valamint egyenlőséget előmozdító gyakorlati szabályok és más intézkedések kialakítására.

(C) SVÉDORSZÁG

Svédországban 1999-ben fogadták el a fogyatékosok munkában történő diszkriminációjának tilalmáról szóló törvényt (SFS 1999:132). A fogyatékoság alatt „a személy funkcionális képességeinek maradandó fizikai, mentális vagy tanulási korlátozottsága értendő, amely lehet veleszületett vagy szerzett, illetve várhatóan kialakulhat a későbbiekben is sérülés vagy betegség következtében”. A személy korlátozottságának nem kell feltétlenül lényegesnek lennie.

Az Egyesült Királysággal ellentétben a svédországi törvény nem kíséri meg körülírni a „védett csoportot”, azonban az írországi jogszabálytól eltérően a munkaadó abban az esetben is kötelezhető támogatási és akkomodációs intézkedésekre, ha annak költségei meghaladják a „névleges” szintet. Ehelyett a kiadás mértékének olyannak kell lennie, amely mellett a munkaadótól „ésszerűen elvárható” a szóban forgó intézkedések végrehajtása (6. szakasz). A svédországi és az írországi megközelítés közötti különbség egyik magyarázata, hogy Svédországban munkaügyi segélyek és egyéb sajátos, a munkaadók számára állami pénzügyi támogatást lehetővé tevő intézkedések vannak érvényben az elhelyezések megkönnyítésére. Egyes vélemények szerint Svédországban kevésbé jelentős a munkaadókat sújtó terhek nagyságrendje körüli felhajtás, hiszen a munkavállalók már jelenleg is széleskörű jogokkal rendelkeznek olyan területeken, amilyen az egészségügy, a munkahelyi biztonság és a munkaidő-beosztás. A munkakörülményekről szóló törvényben foglalt egészségügyi és biztonsági előírásokból következik: a munkaadóknak biztosítaniuk kell, hogy dolgozóik a munkahelyeken nem sérülnek, illetve nem alakulnak ki krónikus bántalmaik. A munkahely valamely fogyatékos személy sajátos szükségleteihez történő igazítása bizonyos esetekben ez utóbbi törvény hatálya alá tartozik (James, 2000.). Ebből következik, hogy a fogyatékos személy akkomodációjának költségei „ésszerűnek” mondhatók, ha összemérhetők azon intézkedések költségeivel, amelyek a munkaadótól bármely munkavállaló esetében elvárhatók. Ilyen intézkedés lehet például a fényviszonyok javítása, vagy ergonómikus elrendezés kialakítása.

A korábban ismertetett egyenlőségfelfogások fényében úgy tűnik, hogy a svédországi megközelítés túlmegy az „egyéni érdem” felfogás keretein, és a pozitív cselekvés elemeit is felöleli, közelítve ezáltal az „eredményegyenlőség” eléréséhez. Míg azonban az eredményegyenlőség gyakori vélekedés szerint együtt jár bizonyos csoportok jogainak korlátozásával, a svédország megközelítés szerint a pozitív cselekvés „főáramba helyezhető” abban az értelemben, hogy minden dolgozónak rendelkeznie kell bizonyos, pozitív cselekvéshez való jogokkal. A foglalkoztatás általi személyi fejlődés lehetősége a svédországi jóléti modell központi eleme. A képzéshez való hozzáféréssel és az elbocsátás elleni védelemmel kapcsolatos egyéni jogok igen kiterjedtek, csakúgy, mint a dolgozók csoportos jogai, amelyek a menedzsment és a dolgozók együttes döntésére vonatkozó rendelkezések formáját öltik. A svédországi megközelítés a jelek szerint tehát, legalábbis részben, az összes foglalkoztatott munkavállalóra vonatkozó általános intézkedésekkel közelíti meg a fogyatékos emberek érdekeit.

Az 1999. évi törvény végrehajtásának középpontjában a fogyatékosági ombudsman (Handikappombudsmannen, HO) hivatala áll. A HO fogadja és kivizsgálja az egyéni panaszokat, továbbá tanácsot ad és vizsgálatokat indít egyes speciális területeken a helyzet felmérésére (például a középületek hozzáférhetősége a fogyatékosok számára). A munka terén az eseteket a panaszos mindenek előtt saját szakszervezetének jelenti, amely esetleg megállapodásra bírhatja a munkaadót. Ha a szakszervezet nem tesz lépéseket, maga a HO is tárgyalhat. A HO honlapján (www.handikappombudsmannen.se) példaként közzétett esetek közül jó néhányban fordult elő, hogy a szakszervezet nem lépett, s ezt követően a HO harcolt ki érdemi megállapodást a fogyatékos személy számára. Mindez azt mutatja, hogy azok az intézmények, amelyeket a dolgozók kollektív érdekképviselőre hoztak létre, nem mindig állnak készen a fogyatékosok sajátos érdekeinek érvényesítésére.

Abban az esetben, ha tárgyalásos úton nem sikerül megállapodni, az eset a munkaügyi bíróság elé vihető. E kiadvány megírásáig erre még nem került sor, ami arra utal, hogy a svédországi megközelítés inkább az egyeztetésre és a tárgyalásra, semmint a jogvitákra épül.

(D) NORVÉGIA

Norvégiában nem létezik külön diszkriminációellenes jogszabály, de a munkakörülményekről szóló törvény (WEA) számos idevágó rendelkezést tartalmaz. A svédországi WEA-hoz hasonlóan a munkáltató a norvégiai törvény szerint is köteles lehetőséget adni a személyes és a szakmai fejlődésre, illetve az önállóságra, valamint ugyanúgy köteles biztonságos munkakörülményeket teremteni. A törvényre vonatkozó útmutatás szerint a munkahelyi környezet kialakítására vonatkozó általános szabályok különösen előnyösek a fogyatékosok számára.

A WEA tartalmaz néhány kifejezetten fogyatékosokra vonatkozó intézkedést. A 13(1) szakasz előírja, hogy a munkaadónak úgy kell kialakítania a munkahelyet, hogy az a fogyatékos emberek számára is használható legyen, feltéve, hogy ez lehetséges és ésszerű. E köteletség attól függetlenül fennáll, hogy a vállalkozásnál dolgozik-e fogyatékos munkavállaló, vagy sem, a jogszabály tehát nem egyénileg ragadja meg az egyes fogyatékosok szükségleteit. A 13(1) szakasz a „radikális egyenlőség” felfogás példájának tekinthető: ez a felfogás a munkaadókra rótt általános kötelezettségekkel mozdítja elő az egyenlőséget, legalábbis ami a munkahely elrendezését illeti. Ugyanakkor az útmutatás azt is tartalmazza, hogy a felügyelőség rendszerint nem kéri számon az átalakítást, „amíg arra nincs igény”.

A WEA 13(2) szakasza kötelezettségeket ír elő a munkaadó számára abban az esetben, ha egy munkavállaló fogyatékosná válik. A fogyatékoság definíciója átfogó. A törvényre vonatkozó útmutatás hangsúlyozza, hogy „a munkavállalók egyéni készségekkel és nagymértékben eltérő munkaképességgel rendelkeznek. Sokan sajátos, munkával kapcsolatos problémákkal néznek szembe. Ezek számos tényezőre vezethetők vissza, ilyenek például a testi vagy a lelki megbetegedés, a sérülés, a rendellenesség, a túlhajszolt munkavégzés vagy az öregedés hatásai stb”. Az útmutatás nem kísérel meg különbséget tenni a kimutatható egészségi állapotra visszavezethető, illetve a szociális és más bonyolult tényezők eredményeképpen létrejövő problémák között. A 13(2) szakasz háttéréül szolgáló filozófia igen hasonló a svédországi megközelítéshez, amely a dolgozók összességét megillető általános jogokon alapul. Az egyenlőség felfogása a jelek szerint újraelosztó elemeket is magában foglal, hátrányos helyzetű dolgozók széles körét érintő, „főáramba helyezett” pozitív cselekvés mellett. A 13(2) szakaszban megfogalmazott jogok azonban csak a már foglalkoztatott dolgozókat illetik meg. Egy konkrét munkás esetében esetlegesen adódó átalakításokhoz szükséges pénzügyi támogatásról a nemzeti biztosítási törvény rendelkezik. E pénzügyi támogatás csak egyéni szükségletekre fordítható, a 13(1) szakaszban megfogalmazott általános kötelezettségek nem finanszírozhatók belőle.

A WEA fogyatékoságot érintő harmadik rendelkezését az 55A szakasz tartalmazza. Ez a nemrégiben készült módosítás megtiltja a munkaadóknak a fogyatékoság alapján történő megkülönböztetést a munkaerő-felvétel során. Mind a közvetlen, mind a közvetett megkülönböztetést tiltja, és rendelkezik az ésszerű akkomodációról. Egyelőre azonban az 55A szakasz a fogyatékoság definíciójára vonatkozóan semmiféle szabályt vagy útmutatást nem tartalmaz, és eddig ilyen jellegű ügygel a bíróságnak nem kellett foglalkoznia.

(E) FRANCIAORSZÁG

Franciaországban 1990-ben lépett hatályba egy általános törvény (No. 90-602, 1990. július), amely tiltja az egészségi állapot vagy fogyatékoság alapján történő hátrányos megkülönböztetést. A törvény egy, HIV-pozitív személyek elleni diszkriminációval kapcsolatos felzúdulás nyomán született, de hatálya túlmegegy a HIV-pozitív személyeken. A törvény számos ponton módosította a büntető törvénykönyvet és a munkatörvénykönyvet, és a faj, nemzetiség, vallás, erkölcs és családi állapot alapján történő megkülönböztetés már létező tilalmát kiegészítette az „egészségi állapot vagy fogyatékoság” szavakkal. A törvény nem definiálja a fogyatékoságot, de az „egészségi állapot vagy fogyatékoság” kifejezés használata, valamint a HIV-fertőzéssel kapcsolatos előtörténet arra utal, hogy bármilyen egészségügyi körülmény vagy rendellenesség ide sorolható, függetlenül attól, hogy lényegesen befolyásolja-e egy a tevékenységét. Az 1990-es törvény hatályát nemrégiben kibővítette a 2001. november 16-i 2001-1066 számú, diszkrimináció elleni harcról szóló törvény. A törvény módosította a munka törvénykönyve L. 122-45 sz. cikkét, kiszélesítette a tiltott megkülönböztetés alapjainak körét, továbbá más, a hatókörre és a jogorvoslati lehetőségekre vonatkozó változtatásokat is eszközölt. A tilalom immár a fogyatékoság és az egészségi állapot mellett a testi megjelenésre is kiterjed. Az 1990-es törvény nem tesz említést az ésszerű akkomodációról. Az akkomodációt ugyanakkor előírják a munka törvénykönyvének egyes rendelkezései, nevezetesen az L. 122-24-4 sz. cikkely, amely arra

az esetre vonatkozik, ha egy már foglalkoztatásban álló alkalmazottat a munkahelyi orvos korábbi munkájának elvégzésére alkalmatlannak talál. A munkaadónak meg kell vizsgálnia a megfelelő alternatív foglalkoztatási lehetőségeket, és el kell végeznie a munkahelyen a szükséges átalakításokat. Az L. 122-32-5 sz. cikkely kimondja, hogy az átalakításokhoz állami támogatás igényelhető (a fogyatékos személyek foglalkozási beilleszkedését segítő nemzeti alapkezelő egyesülettől [Association nationale de gestion du Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, AGEFIPH]).

Amint azt a 2. függelék kifejti, az AGEFIPH tevékenysége a „fogyatékos dolgozóként” (*travailleur handicapé*, TH) elismert személyek foglalkoztatását elősegítő intézkedések adminisztrációja körül forog. A dolgozók TH-vá nyilvánításáról a COTOREP (Foglalkoztatási Tájékoztató és Pályairányító Technikai Bizottság) dönt. A munka törvénykönyve L.323-10 sz. cikkelye értelmében a fogyatékos dolgozó „olyan személy, akinek hiányos vagy csökkent testi vagy mentális képességei következtében lényegesen korlátozottak a lehetőségei a foglalkoztatásba való bekerülésre és bennmaradásra”. A súlyosság szintje három kategóriába sorolható. Az A kategóriába sorolható az „enyhe fogyatékoság, amellyel a személy kielégítően tud alkalmazkodni a [szokványos] munkához”; a B és a C kategóriába tartoznak a súlyosabb fogyatékoságok.

Az 1990-es és a 2001-es törvények fontos korlátozásokat tartalmaznak a munkára való „egészségügyi alkalmatlanság” tekintetében. Az 1990-es törvény 3. cikkelye értelmében a diszkrimináció általános tilalma nem érvényes abban az esetben, amikor a munkaadó a dolgozó „alkalmatlansága” miatt utasítja el, vagy bocsátja el a dolgozót. A 9. cikkely bevezeti a munkatörvénykönyvbe az egészségi állapot és fogyatékoság alapján történő diszkrimináció tilalmát, de kivételt tesz ez alól abban az esetben, ha egy munkahelyi egészségügyre szakosodott (üzemi) orvos (*médecin du travail*) kimondja az alkalmatlanságot. A 10. cikkely a diszkrimináció tilalmát kiterjeszti a közigazgatásra, de hasonló kivételt tesz abban az esetben, ha a személy testileg nem képes bizonyos tevékenységek elvégzésére. Úgy tűnik tehát, hogy a törvény elsősorban azokat a hátrányos egészségi állapotban lévő személyeket védi, akik munkaalkalmassága sértetlen (szöges ellentétben az Egyesült Királysággal, ahol e csoport nem részesül védelemben). Az ésszerű beilleszkedéshez való általános jog hiányával együtt mindez arra utal, hogy a törvény mögött meghúzódó egyenlőség-felfogás az egyéni érdemen alapul, és kis mértékben az „egyenlőség mint ésszerűség” felé tolódik el. Igen sok múlik a munkahelyi orvos vélekedésén arról, hogy valamely egészségügyi körülmény miként befolyásolja a személy alkalmasságát, de a törvény szerkezete olyan, hogy bármely alkalmatlanság esetén a személy kikerül a diszkriminációellenes jogszabály hatálya alól, és a „fogyatékos dolgozóra” vonatkozó szabályok válnak irányadóvá.

Franciaországban tehát a rendelkezések két jól elkülöníthető csomagja van érvényben, amelyek az emberek két eltérő csoportjára vonatkoznak. Azok a dolgozók, akik az 1990-es és a 2001-es törvények védelmére tarthatnak számot, nem tekinthetők „fogyatékos dolgozóknak”, és nem jár miattuk támogatás, illetve nem számíthatók be a TH-kvótába. Nem követelhetnek akkomodációt, de nincs is rá szükségük, mert munkaalkalmasságuk sértetlen. Azok a dolgozók, akiknek szükségük van az akkomodációra, „fogyatékos dolgozónak” tekintendők. Várhatóan ők a különféle szociálpolitikai intézkedések kedvezményezettjei. Az a dolgozó, aki a foglalkoztatásban válik fogyatékosná, rendelkezik bizonyos egyéni jogokkal a munkáltatóval szemben, de a diszkriminációellenes törvény általánosságban nem érvényes a „fogyatékos dolgozókra”.

5.2. A szűkebb definícióhoz kapcsolódó jogok és érvek

Ebben a szakaszban megvitátjuk, hogy a diszkrimináció terén milyen kérdések húzódnak meg a fogyatékoság szűkebb és átfogó definíciója közötti választás hátterében. Európában az Egyesült Királyság diszkriminációellenes törvénye szolgáltatja az egyedüli példát a szűkebb, korlátozó definícióra. Amint azt az előző fejezetekben láthattuk, mindegyik ország olyan definíciót alkalmaz, amelynek szociálpolitikai vonatkozása többé vagy kevésbé korlátozott.

A korlátozó definíció használatát elsősorban az ösztönözte az Egyesült Királyságban, hogy a DDA-nak (fogyatékos emberek diszkriminációja elleni törvény) eleget tevő munkaadók potenciális költségeit a védett csoport méretének korlátozásával kellett szabályozni. (További érvként hozható fel, hogy így elkerülhetők a kisebb rendellenességgel rendelkező személyek által tömegesen indított jogviták). Az ellenpéldaként szolgáló Svédországban nem volt számottevő vita a költségek szabályozása körül. Feltételeztük, hogy ennek oka egyrészt az volt, hogy bizonyos intézkedések mögött a

társadalombiztosítás áll, másrészt pedig a munkavállalók kielégítő munkakörnyezethez fűződő jogai általánosságban is igen széleskörűek.

A korlátozó definíció alkalmazása a költségek szabályozására paradoxonhoz vezet. Józan észszel végiggondolva látható, hogy ha enyhe fogyatékossgal élő személy igazságtalan bánásmódban részesül, élhet a diszkrimináció-ellenes jogszabályokban biztosított jogaival, mert bármely szükséges alkalmazkodás költsége „névleges” (hiszen enyhe fogyatékossgáról van szó). E csoport kizárása a potenciális költségek alapján tehát nem tűnik túl ésszerűnek.

A kérdés azonban nem ilyen egyszerű. Tekintsük azt a vitás esetet, amikor valaki akkomodációja egy bizonyos (A) állásban költséges, míg más (B–Z) állásokban nem. A korlátozó definíció melletti egyik érv éppen az lehet, hogy e meghatározás nem teszi lehetővé az illető számára, hogy az A állásban akkomodációt igényeljen. Az Egyesült Királyságban alkalmazott definíció értelmében például előfordulhat, hogy a szóban forgó személy nem minősül tevékenységeiben lényegesen korlátozottnak, így nem jelentkezik az A állásba. Az illetőnek tehát a B–Z területeken kell munkát vállalnia, és el kell fogadnia, hogy A-t nem választhatja.

A példa kissé erőltetettnek tűnhet, ugyanakkor valóságos az a kérdés, hogy valaki a fogyatékossg meghatározásának kedvezményezettje lehet-e az egyik állásban, ha egy másikban is tudna dolgozni, ahol egyszerűbb lenne a beilleszkedése. A gond az, hogy e kérdést igen nehéz a fogyatékossg definíciójának szemszögéből megválaszolni. A szociálpolitikai intézmények, például az állami foglalkoztatási irodák rutinszerűen mérik fel, hogy az egyes emberek számára mely állások felelnek meg. (Egyes országokban mindez a szakmai preferenciákat, a bérezési feltételeket, az utazási időt stb. figyelembe vevő szabályok formáját ölti, különösen a munkanélküli segéllyel kapcsolatos adminisztráció esetén.) A hivatalnokok általában számos tényezőt mérlegelnek, például az illető korát, képzettségét és szakmai előmenetelét. A fogyatékos személyt munkához segítő foglalkoztatási hivatalnok e tényezők mellett figyelembe veheti az illető egészségi állapotát és fogyatékossgait, és álláspontot alakíthat ki arról, hogy egy bizonyos állásban az elhelyezéssel járó költségek ésszerűek-e, és összemérhetőek-e más lehetséges állásokban adódó költségekkel.

Az 5.1. szakaszban módosított jogszabályok többek között úgy szabályozzák a munkaválasztás kérdését, hogy a már foglalkoztatásban lévő munkavállalókat szélesebb körű jogokkal ruházzák fel, mint a munkakeresőket. A már foglalkoztatásban lévő munkavállalókat közvetlenül vagy közvetetten már megilleti az akkomodációhoz való jog a most betöltött állásban, vagy ugyanannál a munkaadónál. Nem feltétlenül adódik az a kérdés, hogy az illető korlátozott-e olyan mértékben a szokásos napi tevékenységében, hogy bármely más állásban is akkomodációra lenne szüksége. Ez egyértelmű például a svédországi „lépésről lépésre” folyamatban, amely akkor lép életbe, ha a szóban forgó személy tartós betegség vagy sérülés következtében nem képes folytatni a munkáját (lásd 1. függelék). Első lépésben meg kell vizsgálni, hogy a megfelelő átalakításokat és kiigazításokat követően az illető visszatérhet-e korábbi munkájához.

Ezt követően számba kell venni, hogy ugyanannál a munkaadónál van-e lehetőség más munkára, vagy átképzésre. Ha e lépések után sem veszik vissza a munkavállalót, akkor más munkalehetőség után kell nézni. A már foglalkoztatásban lévő munkavállalók ésszerű elhelyezéshez való joga a munkaadók alkalmazottakkal szembeni kötelezettségeit szabályozó jogszabályok és gyakorlatok összességéből eredeztethető. Az európai uniós társadalmi modell az egyesült államokbeli helyzettel ellentétben széleskörű munkavállalói jogokat biztosít. Az Európai Unió tagállamainak többsége a munkavállalókat már minimális munkában töltött időszak után is széles körű jogokkal ruházza fel a munkavállalókkal szemben. Ezek közé tartozik a táppénz, a fizetett szülői szabadság, számos védelmi rendelkezés egyéni vagy tömeges létszámfelesleg esetén, és az indokolatlan elbocsátás elleni védelem. Bizonyos országokban részmunkaidős foglalkoztatás igényléséhez (és az igénylés méltányos elbírálásához) való korlátozott jogokat vezettek be. E jogokat bármely munkavállaló gyakorolhatja a megfelelő helyzetben (például megbetegedés, gyermek születése esetén).

Az ésszerű akkomodációval kapcsolatos rendelkezések Franciaországban a munkavállalói jogok keretében valósulnak meg, és korlátozódnak is erre a területre. Még ha a törvény ki is terjed mind a jelenleg foglalkoztatott, mind pedig a reménybeli munkavállalókra, mint például az Egyesült Királyságban, az csak a jelenleg foglalkoztatásban lévők esetében bizonyul igazán hatásosnak. Általános vélemény szerint az Egyesült Királyságban viszonylag gyengék a munkavállalói jogok, ugyanakkor, amint azt az 5.1. szakaszban leírtuk, az indokolatlan elbocsátás ellen bevezetett védelmi intézkedések jól láthatóan megkönnyítették a fogyatékosok diszkriminációja elleni törvény hatékony alkalmazását.

Ha a fogyatékosági jogok megalkotása a munkavállalói jogok már létező felépítményére alapozva történik, abba a lényeges korlátozásba ütközünk, hogy a keletkező jogok csak a már foglalkoztatottakra lesznek érvényesek. Míg a szerzett fogyatékosággal rendelkezők élvezhetik a törvény adta védelmet, addig a munkát keresőknek a törvény nem biztosít kedvezményeket. Ebből a szempontból a fogyatékoság definiálásának egyik értelme, hogy olyan szabványokat állít fel a diszkriminációellenes jogszabályok jogosultjainak meghatározásához, amelyek mind a jelenleg foglalkoztatott, mind a reménybeli munkavállalók esetében azonosak, így a „bennfentesek” és a „kívülállók” megkülönböztetése elkerülhető. Ez igen üdvözlendő gondolat, de ismét előáll a költségek munkaadók közötti igazságos elosztásának alapvető problémája. Az álláskereső számára az jelent nehézséget, hogy a többi munkáltatóhoz viszonyítva egyik munkaadónak sincsenek különleges többletkötelezettségei a munkakeresővel szemben. Az A munkaadóban – aki/amely egy elhelyezést igénylő reménybeli munkavállalóval áll szemben – megfogalmazódik a kérdés, hogy miért ő viselje a kötelezettségek költségeit, és miért ne B–Z munkaadók. Következtetésünk szerint a fogyatékoság definíciójának szűkítése nem jelenti a munkaadók közötti teherelosztás problémájának hatékony megoldását. Ha az elhelyezés költségei jelentősek, akkor a teherelosztás legközvetlenebb és leghatékonyabb módja egyértelműen valamilyen szociális vagy állami finanszírozási rendszer.

5.3. Diszkriminációellenes definíciók és szociálpolitikai meghatározások

Az 5.1. szakaszban, tagállamok jogszabályainak áttekintése során láthattuk, hogy számos ország ad anyagi támogatást a munkaadóknak fogyatékos dolgozóik beilleszkedéséhez. Ez a pénzügyi hozzájárulás megkönnyítheti a munkaadók számára a diszkriminációellenes jogszabályok elfogadását. Az írországi Legfelsőbb Bíróság döntése arra utal, hogy az beilleszkedés költségeinek felosztását célzó valamiféle állami támogatási rendszer szükségesnek tekinthető a munkaadók tulajdonjogának védelme érdekében. A diszkriminációellenes kötelezettségek ugyanakkor arra ösztönözhetik a munkaadót, hogy olyan, államilag finanszírozott akkomodációra irányuló intézkedéseket tegyen, amelyeket egyébként kevesen hajtanának végre.

A diszkriminációellenes jogszabályok és a szociálpolitika nem feltétlenül van teljes együttműködésben egymással. Nehézségekhez vezethet, hogy a két beavatkozási területen különböző intézmények tevékenykednek, eltérő értékrendekkel és előfeltételezésekkel. Lehetséges például, hogy a bíróság helyt ad a fogyatékos személy elhelyezési kérelmének, tekintettel a munkaadó számára elérhető anyagi támogatásra, s ezt követően a szociálpolitikai intézmény úgy dönt, hogy saját szabályai alapján az illető munkaadó nem jogosult a hozzájárulásra.

Az Egyesült Királyságban a foglalkoztatási programok a DDA keretében valósulnak meg, és a Foglalkoztatási Szolgálat elutasító döntése egy, a DDA hatálya alá tartozó személy támogatását illetően – elvileg – megfellebbezhető. Írországból a foglalkoztatásegyenlőségi törvény 33. szakasza lehetővé teszi fogyatékos személyeket támogató pozitív intézkedéseket, ha ezek „a diszkrimináció hatásainak enyhítésére vagy megszüntetésére irányulnak”.

Számos rendelkezés biztosítja a hátrányos helyzetű csoportokra irányuló intézkedésekkel kapcsolatos visszaélések elkerülését. Például egy olyan rendelkezés, amely különleges bánásmódot vagy eszközöket ír elő fogyatékosok számára, nem biztosítja ugyanazt az eszközt azok számára, akik nem fogyatékosok, vagy más fogyatékosággal élnek (35. szakasz). Mindemellett az az elv, hogy a szociálpolitikának összhangban kell lennie a diszkriminációellenes alapelvekkel, hozzájárult az írországi foglalkoztatási programok bizonyos mértékű módosításához: mindenekelőtt a képzési támogatások rendszerének reformjához.

A diszkriminációellenes alapelvek és a szociálpolitika között más ütközés is elképzelhető. A kvóta-rendszereket bírálhat érheti amiatt, hogy az ott alkalmazott fogyatékoságdefiníciók már önmagukban is diszkriminatívak (a kvóta-meghatározások például gyakran kizárják, vagy alacsony besorolásban részesítik a mentális betegségeket). A munkaadók visszatámasztják a szociálpolitikai intézkedésekre nem jogosult fogyatékos személyek kérelmeit azon az alapon, hogy a rendelkezések meghatározzák a munkaadó kötelezettségeinek mértékét és elosztják költségeiket, tehát nem róható rájuk további felelősség a diszkriminációellenes törvény kikapuinak kihasználásával. Ugyanakkor belátható, hogy FETD (egyenlő bánásmódról szóló keret-irányelv) átvételének nem szabad konfliktushoz vezetnie a diszkriminációellenes törvény és a szociálpolitika között. Emellett számos érv szól.

Először is az irányelv világosan kizárja hatálya alól a társadalombiztosítást, a szociális védelmet, valamint kizár „mindennemű állami juttatást, amely a foglalkoztatásba való bekerülést vagy a foglalkoztatás megtartását célozza”. Hatálya tehát szűkebb, mint az Egyesült Királyságban vagy az Írországban érvényes jogszabályoknak. Másodszor, a 7. cikkely kifejezetten lehetővé teszi a pozitív cselekvést, jóllehet az ilyen cselekvésnek a „teljes egyenlőség gyakorlatban történő biztosítására” kell irányulnia, a megadott okokra (például fogyatékoság) visszavezethető hátrányok megelőzésével vagy ellensúlyozásával. Harmadszor, a FETD-re vonatkozó magyarázatok arra engednek következtetni, hogy az az egyenlőség „egyéni érdem” típusú megközelítését kívánja megvalósítani, ugyanakkor az irányelv a skálának az e fejezet elején ismertetett „egyenlőség mint igazságosság” végén található. A FETD nem kötelezi a tagállamokat az „eredményegyenlőség” elérését célzó intézkedésekre.

A fejezet elején utaltunk rá, hogy az „egyéni érdem. típusú megközelítés a fogyatékoság átfogó definíciójával van összhangban. Megjegyeztük ugyanakkor, hogy egyes elemzők véleménye szerint az akkomodációhoz való jogot csak egy szűken definiált embercsoportra kell kiterjeszteni. A tagállamokban alkalmazott gyakorlat áttekintése után arra a következtetésre jutottunk, hogy ez az érvelés gyenge lábakon áll, két okból is. Egyrészt, bizonyos akkomodációhoz fűződő jogok a munkavállalók általános jogai között is megjelenhetnek. Másrészt, az akkomodációhoz való jog korlátozása nem oldja meg azt a problémát, hogy miként kell az alkalmazkodás költségeit igazságosan elosztani a munkaadók között. Ennek a célnak a költséges alkalmazkodás állami finanszírozása sokkal jobban megfelel.

Ezekből a megfontolásokból azonban az is következik, hogy nehéz úgy meghatározni az alkalmazkodás ésszerű szintjével kapcsolatos alapelveket, hogy azok minden tagállamban általánosan alkalmazhatók legyenek. A munkavállalói jogok általános rendszere tagállamról tagállamra eltér, a költséges akkomodációkra szánt állami támogatások mértékével együtt. Belátható, hogy a FETD megengedi az ésszerű akkomodációval kapcsolatos normák egyes tagállamok szociálpolitikájához történő igazítását. Ez az egyik lehetséges értelmezése az 5. cikkely utolsó mondatának, amely kimondja, hogy a fogyatékosok akkomodációjának munkaadókra nehezedő terhe „nem lehet aránytalanul magas, ha azt a tagállam fogyatékoságpolitikájának keretei között érvényben lévő intézkedések elegendő mértékben enyhítik”.

E fejezet bevezetésében említést tettünk egy harmadik egyenlőségfelfogás megjelenéséről, amelyet „radikális esélyegyenlőségnek” neveztünk. Az országok szakpolitikáinak áttekintése során láttunk olyan példákat, ahol a munkaadóra az egyenlőség előmozdítása érdekében pozitív cselekvési kötelezettség hárul. E kötelezettségek teljesítésének kikényszerítése azonban az egyenlőség előmozdítására létrejött hatóságok és bizottságok tevékenységével történik, nem pedig egyéni jogviták útján. Számos országban az egyenlőséget elősegítő kötelezettségek és az egyéni jogviták egymás mellett léteznek, habár jelentős hangsúlybeli eltéréseket figyelhetünk meg: míg az Egyesült Királyságban az egyéni jogviták jelentős túlsúlya jellemző, addig más országokban ez jóval kevésbé igaz. Dániában az egyéni jogviták modellje számottevő ellenállásba ütközött. A Dániai Fogyatékosági Tanács (Danish Disability Council) és egyik tagja, az Esélyegyenlőségi Központ a Fogyatékos Személyekért (Equal Opportunities Centre for Disabled Persons) feladata, hogy az egyenlő elbánást a „társadalmi szférák felelősségének” elve alapján valósítsa meg, amely szerint a társadalom összes szférája felelős a fogyatékosok egyenlő mozgásterének biztosításáért. Az esélyegyenlőségi központot egy 1993-as, az Egyesült Államokban elfogadott diszkriminációellenes jogszabályokat a dániai hagyományokkal ellentétesnek nyilvánító országgyűlési határozat hozta létre. Hasonló álláspontot tükröz Svédországban, hogy a nézeteltérések megoldása során előnyben részesítik a szakszervezet és a munkaadó közötti tárgyalásokat, habár nem kétséges, hogy az egyéni panaszok megoldásának is megvan a hatékony módja.

A FETD nem tartalmaz kifejezetten az egyenlőség előmozdítását célzó, pozitív kötelezettségekről szóló rendelkezéseket, de ebben az irányban tett lépésekre ösztönzi a tagállamokat a szociális párbeszéd, illetve a nem kormányzati szervezetekkel való párbeszéd előmozdításával (13. és 14. cikkek). A FETD-t tágabb összefüggésekben szemlélve megállapíthatjuk, hogy annak hatékonysága nem kizárólag az egyéni jogvitákra van alapozva. A FETD értéke egyrészt bizonyos szociálpolitikai problémák kimondásában és láthatóvá tételében, másrészt a szigorú átvételi követelményekben rejlik. A fogyatékosok jogaiért szót emelők gyakran igen kritikusak a szociálpolitikát megvalósító intézményekkel, például a kvótarendszerrel vagy a rehabilitációs szolgáltatásokkal kapcsolatban. A diszkrimináció ellenes törvény olyan alternatív alapelvekkel szolgálhat, amelyek lehetővé teszik a fogyatékos embereket célzó szakpolitikák mögött húzódó elvek és feltételezések felülvizsgálatát.

Ebből a nézőpontból a diszkrimináció és az egyenlő elbánás fogalma felvetnek bizonyos kérdéseket a fogyatékos embereket célzó szakpolitikák mögött húzódó elvekkel és feltételezésekkel kapcsolatban, habár a tagállamok szociálpolitikája nem tartozik ennek az irányelvnek a hatáskörébe.

6. fejezet: A fogyatékos személyek mozgásszabadsága

Amint azt az 1. fejezetben már kifejtettük, a Bizottság tenderdokumentumában több olyan dolgot is említett, amelyek felhívták a figyelmet a fogyatékoság definíciójának kérdésére. Az egyik ilyen sajátos gond az, hogy az egyes országok nem ismerik el kölcsönösen egymás fogyatékossgal kapcsolatos döntéseit, és ez a tény befolyásolja a fogyatékosok uniós belüli költözését. A Bizottság világossá tette, hogy nincs szándékában olyan ajánlásokat megfogalmazni a tagállamok számára, amelyek előírják, hogy a definíciók megfelelő módon történő megváltoztatásával növelni kell a fogyatékosok mobilitását. Ehelyett a különböző definíciók megértésének és összehasonlításának a módjait kereste, például általános fogalmak és leírások bevezetésével. Ez a tanulmány ennek érdekében közös nyelvet dolgozott ki a különféle megközelítések jellemzésére, illetve a nemzeti szakpolitikák leírására alkalmas kereteket dolgozott ki (3. és 4. fejezet, függelékek). E fejezet leírja, hogy a projekt során milyen megállapításokra jutottunk a tartózkodási jogokkal (6.1. szakasz), a juttatások egyik országból a másikba hordozhatóságával (6.2. szakasz) és a juttatások odaítélésével kapcsolatos döntések kölcsönös elismerésével (6.3. szakasz) kapcsolatos kérdésekben.

A szabad mozgást Európai Unióban a rendelkezések két fő csoportja szabályozza: a más tagállamban való tartózkodáshoz és a nemzetiség alapján történő diszkriminációtól mentes elbánáshoz való jogot szabályozó intézkedések, valamint egyes társadalombiztosítási juttatások hordozhatóságát szabályozó intézkedések. A szabad mozgás egyik értelmezése a diszkrimináció hiányán alapul, miszerint az Európai Unióban minden polgárnak ugyanolyan bánásmódban kell részesülnie, mint a befogadó ország honpolgárainak, bármely országról legyen is szó. Eszerint az értelmezés szerint az Európai Unióban a polgár szabad mozgása akkor teljesül, ha oda költözhet, ahova akar, és úgy igényelhet juttatásokat, mintha mindig is ott élt volna, a más tagországokban töltött időszakokat úgy tekintve, mintha azt a befogadó országban töltötték volna, a más tagállamokban bekövetkezett eseményeket úgy tekintve, mintha azok a befogadó országban történtek volna stb. A tagállamok jogszabályai különböző és egyenlőtlen társadalombiztosítási kedvezményeket garantálnak, így a diszkrimináció hiányán alapuló értelmezés szerint az embereknek az egyik tagországból a másikba történő költözés során azt kell tapasztalniuk, hogy eltérő mértékű szociális gondoskodásban részesülnek, különböző szervezeti struktúrák, valamint pénzügyi és természetbeni juttatások stb. mellett. Mivel ennek az ellenkezőjét semmi sem támasztja alá, ezeket az egyes tagországok közötti eltéréseket a társadalmi és a gazdasági különbségek szövevényének részeként foghatjuk fel, ami azt jelenti, hogy a lakhelyet váltó személy számára bizonyos feltételek javulnak, míg mások romlani fognak.

A szabad mozgás másik értelmezése, amelyből a hordozhatóság következik, a diszkrimináció hiánya helyett inkább a tulajdon biztonságán alapul. Az értelmezés középpontjában a társadalombiztosítási járulék befizetésével keletkező jogok védelme áll. E nézet szerint a járulék befizetése a lakhelyet változtató személyt olyan tulajdonjoggal ruházza fel, amely a sajátjává válik abban az értelemben, hogy az a személyéhez kötött, helyváltoztatás során is megmarad, és nem csak egy bizonyos társadalmi környezetben gyakorolható. Ha a szóban forgó személy magáncéggel köt biztosítási szerződést, akkor nincs olyan elvi ok, amely miatt a szerződés érvényességének területi határt kellene szabni, és amint Európa egységes gazdasági térséggé fejlődik, valóban azt tapasztaljuk, hogy a magánbiztosítás elterjedésének területi korlátai egyre inkább eltűnnek. A társadalombiztosítás esetében a dolgozók munkahelyük szerint, tehát területi elven részesülnek biztosításban (amely mellett néha a társadalombiztosítás különböző ágait szabályozó szakmai és egyéb szempontokat is figyelembe vesznek). Ha érvényesül a hordozhatóság, akkor a biztosítóval szembeni igények területileg nem korlátozottak.

6.1. Tartózkodási jogok

Az európai jogrend jelenlegi szakaszában a tartózkodási jog széles körben megilleti a dolgozókat, akik bármely olyan országban letelepedhetnek, ahol munkát kapnak, és tilos őket a befogadó országban hátrányosan megkülönböztetni a szociális juttatások és kedvezmények biztosítása során (az idevágó részleteket az EKG 1612/68 sz. rendelete tartalmazza, habár az ott alkalmazott alapelvek közvetlenül az Alapszerződésből is levezethetők). A munkaképtelen fogyatékosokra e rendelkezések hatálya nem terjed ki, de családegyesítés esetén rájuk is alkalmazhatóak.

Akik nem dolgoznak, azoknak igen korlátozottak a jogai más tagállamban való letelepedésre. Az EK 90/364 irányelv értelmében, egy ország megtagadhatja annak a nem dolgozó személynek a tartózkodási jogát, aki megfelelő források hiányában terhet jelenthet a befogadó ország szociális támogató rendszere számára. Egyes vélemények szerint a juttatások hordozhatósága megteremti a szabad mozgáshoz szükséges hátteret, biztosítva a lakhelyet változtató személy megfelelő forrásait, de ez az érvelés nem igazán tartható. Az elképzelés csak abban az esetben működőképes, ha a származási ország hordozható juttatásai elegendőek arra, hogy a szóban forgó személy elartsa magát a befogadó országban: nagy általánosságban ez azt jelentené, hogy az emberek csak a magasabb jövedelmű országokból szegényebb országokba tudnának költözni, de szegényebb országokból (ahol a juttatások alacsonyabbak) a gazdagabbakba (ahol drágább az élet) már nem.

A Bizottság javaslatot terjesztett elő az unió állampolgárainak és családtagjainak szabad mozgáshoz és letelepedéshez való jogairól szóló irányelvre (COM(2001) 257 végleges, 23. 5. 01), amely kitér a fogyatékos személyek szabad mozgásának jelenleg érvényben lévő korlátozásaira. Különleges jelentőséggel bírnak az alábbiak:

1. A „család” fogalmának kiszélesítése a családegyesítés szempontjainak megfelelően, és az elartottsággal kapcsolatos szabályok eltörlése. Ezek a rendelkezések oly módon biztosítanak előnyöket a fogyatékosok számára, hogy elismerik a gondozói/támogatói kapcsolat esetleges fontosságát nem házastársi viszonyban lévő felnőttek között is, megengedik a családegyesítést felmenő ágon és a felnőtt utódok számára, továbbá elismerik, hogy a rászorultságnak fokozatai vannak: valaki rendelkezhet bizonyos pénzügyi forrásokkal, és ezzel egyidejűleg egy másik személy gondoskodására és támogatására is szorulhat.

A javaslat lehetséges hatását jól példázzák a *Snares*-üggyel kapcsolatos tények. *Snares*-nek, aki fogyatékos személy, a javaslat szerint jogában állna Spanyolországba költözni édesanyjához, függetlenül attól, hogy megvannak-e ehhez a szükséges forrásai. Ügyében a fő érv az volt, hogy szabad mozgáshoz való jogának védelmében *Snares* számára lehetővé kell tenni, hogy magával vigye fogyatékosági életjáradékát, ám ezt az érvelést a bíróság nem fogadta el.

2. Négy év más országban való tartózkodást követően állandó tartózkodási jog bevezetése. Ez a rendelkezés azoknak az európai polgároknak a védelmében lehet fontos, akik fogyatékosvá válásuk időpontjában a származási országuktól eltérő országban élnek.

Érdekes tény, hogy az irányelv-javaslat nem tartalmaz közvetlen utalást a fogyatékosokra, ennek ellenére potenciálisan igen kedvező hatással lehetne a fogyatékosok szabad mozgására Európában. A javaslat az 1. fejezetben tárgyalt intézkedések körébe tartozik, amelyek általános, minden polgár által gyakorolható, ugyanakkor a fogyatékosok számára esetlegesen igen értékes jogokról rendelkeznek. A javaslat nagymértékben összhangban van a társadalmi modellel, mivel csökkenti vagy megszünteti azokat a még meglevő, a szabad mozgást korlátozó tényezőket, amelyek különösen kedvezőtlenül hatnak a fogyatékosokra.

A tartózkodási jogra vonatkozó javaslatok magukban foglalnak néhány, az EKG 1612/68 sz. szabályrendeletének alkalmazásával kapcsolatos kiterjesztést, amelyek lényegében biztosítják a helyi állampolgárok és a más, tartósan letelepedett személyekkel szembeni egyenlő bánásmódot. A fogyatékos bevándorlókra e rendelkezések értelmében a befogadó ország nem hordozható fogyatékosági juttatásokkal kapcsolatos előírásai vonatkoznak. Mivel a befogadó országnak a szabályokat diszkriminációmentesen kell alkalmaznia (belföldiek és külföldiek tekintetében), nem szükséges uniószerzte egységes fogyatékoságdefiníciót kidolgozni, illetve a fogyatékosággal kapcsolatos döntések kölcsönös elismerésére irányuló lépéseket tenni a mozgásszabadság védelme érdekében.

6.2. A juttatások hordozhatósága

A szabad mozgás e fejezet bevezetőjében ismertetett második értelmezése a hangsúlyt a lakhelyet változtatók tulajdonjogának védelmére fekteti, vagyis arra, hogy az emberek szociális juttatásokhoz fűződő jogai költözés esetén is biztosítottak legyenek. A társadalombiztosítási juttatásokra vonatkozó magántulajdoni jellegű jogok bevezetése melletti legszembetűnőbb érv az, hogy ezek a juttatások jelentik a befizetett társadalombiztosítási járulékokért esedékes ellenszolgáltatást. Ez az alapelv húzó-dik meg a hordozhatósággal kapcsolatos számos döntés hátterében. A *Molenaar*-ügyben például a Molenaar család a foglalkoztatás országában (Németország) fizetett társadalombiztosítási járulékot, és a tartózkodási országban (Franciaország) fizetett adót. A helyzet egyszerűen az volt, hogy ha ellátási biztosítás kötésére kötelezik őket, akkor az ellátási biztosításból fakadó juttatásokra is jogot szereznek. Molenaaréknak a jelek szerint megfelelni, ha nem kellene Németországban ellátási biztosítási járulékot fizetniük, ami azt jelentené, hogy szükség esetén a franciaországi hatóságok által biztosított szolgáltatásokat kellene igénybe venniük. A bíróság azonban úgy találta, hogy nem adhatnak felmentést a járulékfizetés alól, hanem az ellátási biztosítási juttatásokra kell őket feljogosítani. Habár magától értetődőnek tűnik, hogy a juttatásokra vonatkozó tulajdonjog bevezetéséhez – és ebből következően a hordozhatósághoz – szükség van a járulék fogalmára, azt az 1408/71 sz. szabályrendelet közvetlenül nem említi. Ennek egyik magyarázata az, hogy egyes tagállamok a „biztosítás-jellegű” juttatások adórendszerből történő finanszírozásával kijátszhatnák a szabályozás szellemét. Ez igazságtalan lenne a bevándorló dolgozókkal szemben, akik munkaviszonyuk alatt ugyanazokat az adókat fizetnék, mint a többi helyi lakos, ugyanakkor elesnének a hordozható juttatásoktól. Az 1408/71 sz. szabályrendelet ezt a problémát úgy kerüli el, hogy közvetett mutatók segítségével írja le azokat a jogokat, amelyek valakit munkaviszonya alatt várhatóan megilletnek. Két fő ilyen mutató létezik:

- a fedezett kockázatok, amelyeket a 4(1) sz. cikkely sorol fel. Ezek közé tartozik az idős kor, a rokkantság, a betegség és a munkanélküliség;
- a jogosultság jellege, például „az egyéni szükségletek mindenfajta egyéni és eseti mérlegelése nélkül, a kedvezményezett törvényben meghatározott jogállása alapján”.

Az első mutató a tagállamok ellátási struktúráját tükrözi, amely a munkában állókat gyakran védi a felsorolt kockázatokkal szemben. A második mutató pedig meghúzza a határt a társadalombiztosítás és a szociális ellátás között a keletkező jogok egyértelműsége és biztonsága tekintetében.

Látható, hogy az 1408/71 sz. szabályrendeletben alkalmazott megfogalmazás a „kettős” jellegű juttatások esetében nehézségekhez vezet. A kettős jellegű juttatások azok, amelyek a dolgozói jogviszonyból eredeztethetők, de amelyek ugyanakkor gondoskodnak a munkán alapuló jogosultságok kiegészítéséről, sőt, helyettesítéséről is. E kiegészítések és helyettesítések célja általában az, hogy a nem folyamatos korábbi munkaviszonnyal és alacsony kimutatott jövedelemmel rendelkező személyek számára is legalább minimális szintű ellátást biztosítson.

E kiegészítő juttatások köre és hatálya az utóbbi 20-30 évben kiszélesedett a tagállamokban, mivel igyekeztek megfelelni az új igényeknek, a megnövekedett munkanélküliségnek, a nők szociális biztonságával kapcsolatos követelményeknek, illetve más, megváltozott szociális és gazdasági körülményeknek. A tagállamok új juttatásokat vezettek be olyan területeken, ahol korábban a szociális ellátás volt jellemző, és/vagy fejlesztették a szociális ellátórendszert, mindezek eredményeképpen világosabb lett a jogosultságok meghatározása, tapintatosabb az ügyintézés, és bizonyos esetekben a helyi finanszírozást állami finanszírozás váltja fel. A szegénység és az egyenlőtlenség csökkentése szempontjából ezek a fejlemények üdvözlendők, ám az 1408/71 sz. szabályrendelet alkalmazása során fogalmi problémához vezetnek. Egyrészt a keletkező jogok jól körülhatároltak, másrészt viszont ezek a jogok a társadalmi szolidaritásban gyökereznek, nem pedig a befizetett járulékokban, s ennek következtében csak nehezen hozhatók összhangba a tulajdonjogok személyhez kötésével, ami pedig a hordozhatóság egyik előfeltétele.

Az 1247/92 sz. szabályrendelet a fenti problémára adott válasznak tekinthető. A rendelet megengedi a tagállamoknak, hogy megakadályozzák bizonyos juttatások hordozhatóságát, ha (a) azokat nem előzte meg járulékbefizetés és (b) azok az 1408/71 sz. szabályrendelet 4(1) cikkelyében felsorolt kockázatokkal szembeni védelemre szolgáló kiegészítő, helyettesítő vagy kiegészítő jellegű juttatások, vagy a fogyatékosoknak adnak speciális védelmet. Az 1247/92 sz. szabályrendelet szerint nem hordozhatónak minősülő juttatásokkal kapcsolatban tilos az ott tartózkodás hosszára vonatkozó

követelményt támasztani, illetve az először más országban adódó kockázatokért járó juttatásokat korlátozni.

A kockázatok két osztálya – az 1408/71 sz. szabályrendelet 4(1) cikkében felsorolt kockázatok, valamint az 1247/92 sz. szabályrendeletben szereplő kockázatok – közötti kapcsolatnak néhány érdekes, a fogyatékoság területét érintő vonatkozása is van. A 4(1) cikkely felsorolásában a rokkantsági segély jelenik meg, míg az 1247/92 sz. rendelet egy ettől eltérő fogalmat, a „fogyatékoságot” használja. A fentiek fényében az lehet a benyomásunk, hogy itt a munkával kapcsolatos, illetve a munkától függetlenül megjelenő kockázatok közötti burkolt különbségtételről van szó. A rokkantság ebben az értelmezési környezetben a munkaképtelenségre utal. Habár valaki úgy is lehet munkaképtelen, hogy soha életében nem dolgozott (ha például születésétől vagy fiatal korától fogva fogyatékos), a rokkantsági segélyek odaítélésének általában előfeltétele valamiféle megelőző munkaviszony. Akik nem jogosultak a társadalombiztosítási kifizetésekre, mert sohasem, vagy túl rövid ideig dolgoztak, azok a kiegészítő, a helyettesítő vagy a kisegítő juttatások, illetve a fogyatékosokat megillető speciális ellátások körébe tartozó segélyekben részesülhetnek.

A szakszókincs alkalmazása vitathatónak bizonyult a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések – ellátási biztosítás és más hasonló intézkedések – megvalósítása során. A mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések a rokkantsági segéllyel azonos megítélés alá esnek, ha azok előfeltétele a személy munkaképtelensége. Bizonyos országokban a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések csak a teljes rokkantsági nyugdíjra jogosultak körére irányulnak. Ebben az esetben a munkaképtelenség valós kritérium, és a támogatás a rokkantsági segélyek kiegészítésének tekinthető. Az ilyen támogatások általában hordozhatók. A munkaképtelenség, vagy nyugdíjba vonulás miatt befejezett munka ugyanakkor az általunk vizsgált mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések közül számos esetben (köztük a német ellátási biztosítás esetében) nem kritérium. Molenaarék ügyében a bíróság úgy döntött, hogy a német ellátási biztosítás juttatásait betegségi juttatásoknak kell tekinteni, amelyek már a 4(1) cikk hatálya alá tartoznak. A bíróság az ellátási biztosítás adminisztrációjának módjából kiindulva foglalt állást. Megjegyzendő, hogy a bíróság minden erejével az ellátási biztosítás 4(1) cikk alá sorolására törekedett, máskülönben az ellátási biztosítás a nem hordozható, járulékon alapuló juttatások problematikus körébe esett volna (az ebbe a kategóriába tartozó legfontosabb intézkedés a karkedvezményes nyugdíj).

A *Jauch*-ügyben a bíróság a *Molenaar* család esetét követve úgy döntött, hogy az ellátási biztosítás egyfajta kiegészítő betegségi juttatás, amely ennek megfelelően a 4(1) cikkely hatálya alá tartozik. Ausztriában ugyanakkor nincs adminisztratív kapcsolat az ellátási biztosítás és a betegségbiztosítás között. A jelek szerint a bíróság úgy érezte, hogy az ausztriai rendszert az adminisztratív különbségek ellenére is a német rendszerhez hasonlóan kell megítélnie, mivel a kezelt kockázatok hasonló jellegűek. E döntés azonban ellentmond a *Snares*-ügyben hozott határozatnak, amelynek értelmében a fogyatékosági életjáradék (Disability Living Allowance, DLA) egyértelműen az 1247/92 sz. szabályrendelet hatálya alá esik, és a rendelet értelmében az Egyesült Királyság indokoltan sorolta azt a nem hordozható juttatások közé. Az egyesült királyságbeli fogyatékosági életjáradék és az ausztriai ellátási biztosítás között a figyelembe vett kockázatok szempontjából nincs nagy különbség. A két juttatás között az a kulcsfontosságú eltérés, hogy a DLA-t adóból finanszírozzák, míg az ausztriai rendszer járulékalapú, amint azt a bíróság is megállapította. A szabályozás szerkezetéből fakadóan tehát az a mesterkélt helyzet állt elő, hogy a mindennapos tevékenységeket támogató járulék alapú intézkedések betegségi juttatásnak minősülnek, miközben természetesebb lenne azokat kifejezetten a fogyatékosokra irányuló védelemi intézkedéseknek tekinteni.

6.3. Definíciók, tartózkodási hely és a döntések kölcsönös elismerése

A MINDENNAPOS TEVÉKENYSÉGEK TÁMOGATÁSA

Habár a hordozhatóság mögött húzódó fő elképzelés a járulékelv, fontos kérdés az is, hogy a jogok meghatározásukból fakadóan bárhol gyakorolhatók-e, vagy egy részük eredendően helyfüggő. Az 1408/71 sz. szabályrendelet különbséget tesz természetbeni és pénzbeni juttatások között, s ez a tartózkodási hellyel kapcsolatos problémák leképeződéseként is értékelhető. Ismét adódik azonban az a kérdés, hogy ez a különbségtétel alkalmas-e a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések

hordozhatóságának megítélésére, vagy esetleg ezek a viszonylag új keletű intézkedések másfajta megközelítést igényelnek.

Az 1408/71 sz. szabályrendelet 19(1) cikke értelmében a természetbeni juttatásokat a tartózkodási hely (vagy tagállam) intézményeinek kell biztosítani, a befogadó ország jogszabályainak megfelelően. A rendeletben az „illetékes intézmény” által fizetett visszatérítésről szóló rendelkezések is szerepelnek. Arról az intézményről van szó, amely foglalkoztatottsága idején a személy társadalombiztosítási ügyeit intézte. Az illetékes intézmények a pénzbeni juttatásokat a rájuk vonatkozó jogszabályok szerint fizetik ki, a pénzbeni juttatások esetében tehát lehetséges a hordozhatóság.

A mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések a tagállamokban három csoportba sorolhatók: csak pénzbeni támogatások, pénzbeni és természetben támogatások, valamint csak természetbeni támogatások (szolgáltatások). A pénzbeni juttatások egyik formája, hogy szabványosított pénzösszegeket juttatnak a felhasználónak, miközben a pénz elköltésének módja nem nagyon ellenőrizhető („helyettesíthető” pénzbeni támogatás). A skála másik végét jelentik azok az esetek, amikor a kifizetett pénz bizonyos konkrét költségek megtérítésére szolgál, vagy a felhasználó személyre szóló költségkerettel rendelkezik, amelyet csak a finanszírozó által jóváhagyott beszerzésekre lehet fordítani („nem helyettesíthető” támogatások). A *Molenaar*-ügyben (C-20/96) az Európai Bíróság különbséget tett a pénzbeni *kifizetések* és a pénzbeni *juttatások* között. Egy kifizetett összeg csak akkor tekinthető pénzbeni juttatásnak, ha helyettesíthető. A pénzbeni juttatások fő jellemzője, a Bíróság megítélése szerint, hogy a szabályos időközönként kiutalt pénzösszegek nem köthetők egy-egy meghatározott kiadáshoz, hanem a juttatás összességében emeli a személy életszínvonalát.

A *Molenaar*-ügyben a Bíróság döntésének háttérében az a tény állt, hogy a németországi rendszer pénzbeni juttatásokat ad. Saját véleményünk szerint a helyzet az, hogy a németországi rendszer igen közel áll a pénzbeni és a természetbeni juttatások közötti választóvonalhoz. A pénzbeni juttatás jóváhagyása előtt szakértőknek kell megvizsgálniuk, hogy van-e lehetőség megfelelő ellátás biztosítására. A kedvezményezettnek meg kell neveznie egy gondviselőt, ezáltal biztosítva például a társadalombiztosítási járulékok befizetését a gondviselő részéről. A segély kiutalhatóságával kapcsolatban kétségek mutatkoznak azokban az esetekben, amikor a megnevezett gondviselő bizonyos távolságra lakott a juttatás igénylőjétől. A szakpolitikai viták világosan mutatják, hogy a nézeteltérések forrása a támogatások általános háztartási költségek fedezésének irányába történő eltérítése.

Az ausztriai ellátási biztosítás egyértelműbben pénzbeni juttatásnak tűnik, mivel nem tartalmaz természetbeni választási lehetőséget, és kevésbé ellenőrzi a pénz elköltésének módját. Hasonlóképpen: az Egyesült Királyságban a fogyatékosági életjáradék kizárólag pénzbeni juttatás formáját ölti, és a pénz felhasználását nem ellenőrzi. A hollandiai jogszabályok által a kivételes egészségügyi kiadásokra (AWBZ) adott egyéni költségkeretek (PGB-k) olyan pénzbeni kifizetésekre szolgáltatnak példát, amelyek valószínűleg nem minősülnek pénzbeni juttatásnak. A költségkeretet a személy szükségletei és lehetőségei alapján határozzák meg (az önrész fizetésének lehetőségét kifejezetten figyelembe véve). A személynek van némi szabadsága a keret felhasználásában, de azért figyelemmel kísérik, és beleszólhatnak a kiadások szerkezetének alakulásába. Más országok, például Belgium (Flandria: közvetlen kifizetési rendszer), Dánia és Svédország, kísérletet tettek olyan pénzbeni lehetőségek bevezetésére, amelyek szükségleteik felmérésében több önállóságot igyekeznek biztosítani a fogyatékosoknak, mint amennyit a hagyományos természetbeni támogatások tesznek lehetővé. Ezek azonban az ECJ (Európai Bíróság, European Court of Justice) értelmezése szerint szinte minden kétséget kizáróan pénzbeni kifizetések, nem pedig pénzbeni juttatások.

A társadalombiztosítás koordinációja szempontjából ez a sokféleség azonban felveti a kérdést, hogy van-e értelme a természetbeni juttatások és a nem helyettesíthető pénzbeni kifizetések, illetve a pénzbeni juttatások közötti különbségtételnek. A különböző típusú intézkedések között némi eltérés mutatkozik a szükségletek felismerésének és értékelésének módjában. A pénzbeni juttatásokkal kapcsolatos rendelkezések megkövetelik azoknak a kritériumoknak a szabványosítását, amelyek személyre szólóan megszabják a juttatások összegét és az ellátás szintjét. Az ebben a jelentésben tárgyalt mindennapos tevékenységeket támogató összes intézkedés főként a szükségletek felmérésével határozza meg a jogosultak körét. Általában (kivéve például a fogyatékosági életjáradékot az Egyesült Királyságban), a vizsgálatot végző személy az igénylőt otthonában látogatja meg, és a szükségletek megállapítása érdekében felméri lakókörnyezetének sajátos jellemzőit. A mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések e közös vonása arra enged következtetni, hogy a jogosultság tartózkodási helyhez kötött.

Korábban már említettük, hogy az 1408/71 sz. szabályrendelet a pénzbeni juttatásokról „az egyéni szükségletek mindenfajta egyéni és más eseti mérlegelése nélkül, a kedvezményezett törvényben meghatározott jogállása alapján” rendelkezik. E megfogalmazás alapja a társadalombiztosítás és a szociális ellátás közötti különbségtétel, ugyanakkor a tagállamokban számos olyan juttatás is létezik, amely nem sorolható egyértelműen egyik kategóriába sem. Néhány országban a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések részben olyan feladatokat vettek át, amelyekért korábban a szociális támogatási rendszer keretében az önkormányzatok feleltek. Más országokban, nevezetesen Skandináviában, a felelősség továbbra is az önkormányzatoké, de a fogyatékosok jogainak meghatározása a korábbinál egyértelműbb lett. Egyes országok a szabványosított összegű támogatások bevezetését kulcsfontosságúnak tekintik az önállóság és a jogok megteremtéséhez, míg mások szerint a szabványosított támogatások rontják a rendszernek az emberek széles körben változó egyéni szükségleteihez való alkalmazkodóképességét. A jogokat ehelyett a személy számára elérendő eredmény (egy bizonyos életszínvonal) meghatározásával lehetne alátámasztani.

A juttatások hordozhatósága elméletileg még akkor is lehetséges, ha a jogosultság megítélése tartózkodási helyhez kötötten történik, amennyiben a jogok az eredményre, nem pedig meghatározott pénzösszegekre vonatkoznak. Azt azonban nem feltételezhetjük, hogy a fogyatékoságmérésre nincs hatással a tartózkodási hely megváltoztatása. Az életkörülmények megváltozása esetén a származási országban általában sor kerülhet a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések kedvezményezettjeinek ismételt felmérésére, és ugyanennek a felfogásnak kell érvényesülnie az Európai Unión belüli határokon átívelő lakhelyváltoztatás esetében is. A mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések szerkezetükből fakadóan a tartózkodási helytől nem elválasztható jogok, még a kifizetések összegének szabványosítása esetén is. Belátható, hogy ez összhangban áll a társadalmi modellel, amely felhívja a figyelmet az egyes személyek képességsökkenéseinek és korlátozottságainak fogyatékoságra gyakorolt hatását meghatározó környezeti tényezők szerepére.

A MUNKAKÉPTELENKET MEGILLETŐ JUTTATÁSOKHOZ KAPCSOLÓDÓ DEFINÍCIÓK

A jelenlegi koordinációs szabályok mellett a legtöbb jövedelempótló munkaképtelenségi juttatás hordozható. A jogosultságot az illetékes intézmény, a biztosítóintézet állapítja meg. A bevándorlótól nem követelhető meg, hogy a felmérés érdekében az illetékes intézmény székhelye szerinti országba utazzék, így számos mechanizmus szolgálja a tartózkodási országban történő kiértékelést. A tagállamok általában egymás intézményeit veszik igénybe a szükséges információk beszerzéséhez, és az úgynevezett Adminisztratív Bizottság ennek megkönnyítése érdekében szabványos kereteket dolgozott ki. A 3. és a 4. fejezet tárgyalása során láttuk, hogy a tagállamok a munkaképtelenségi juttatások adminisztrációja során minden kétséget kizáróan különböző dolgokat értékelnek. A szabványos értékelő ívek a diagnózissal és a képességsökkenéssel kapcsolatos szabványos egészségügyi adatokat, valamint számos, munkával kapcsolatos kérdést foglalnak magukba. Az illetékes intézmény ezek közül kiválasztja a számára lényeges „döntési változókat”, ugyanazokból az adatokból tehát két ország eltérő módon ítélheti meg a munkaképtelenség fokát. Látható tehát, hogy egy több országban dolgozó személy számos, különböző társadalombiztosítási politika alanyává válik, s e politikák mindegyike némileg eltérő kockázati események ellen ad biztosítást.

Az előző fejezetek fejtegetései, valamint az 1. függelékben ismertetett információk némi képet adnak e különbségek eredetéről. A „munkaképtelenség” kockázatát minden tagállam általánosan elismeri, de az általuk kínált biztosítás szintje és szerkezete két jelentős okból is eltér. Az országok egyrészt eltérő véleménnyel rendelkeznek arról, hogy miként lehet a legjobban fenntartani munkaképtelenségi biztosítási rendszerük hitelességét és sértetlenségét, másrészt eltérőek a rendszer működtetését is meghatározó munkaerő-piaci céljaik.

Amint azt a 3. és 4. fejezetben bemutattuk, az egyes országok között eltérés tapasztalható abban, hogy milyen mértékben igyekeznek feltárni a személy munkahelyi problémáinak egészségügyi okait. E különbségek bizonyos mértékig összefüggenek a 4. fejezetben ismertetett négy felmérési modellel. E különböző módszerek részben az intézményrendszerre vezethetők vissza (különösképpen az egészségbiztosítás és a társadalombiztosítás közötti kapcsolatra), részben pedig az intézményrendszerben dolgozó személyi állományra. A szakmák az egyes tagállamokban a bizalom és a presztízs más és más fokát élvezik. A bizalom és a presztízs megőrzésének többféle módja is létezhet: egyik lehetőség például a magas szintű technikai szaktudás fenntartása, egy másik (talán kockáza-

tosabb) út pedig a kritikák elfogadására és a vitákra való nyitottság. Nem könnyű amellet érvelni, hogy egyik modell jobb, mint a másik, hiszen a modelleket, legalábbis részben, a rendszer hitelességének fenntartása érdekében alkalmazzák, és a megközelítés megváltoztatása azt a kockázatot rejti magában, hogy csorbul a jogosultságokkal kapcsolatos döntések hitelessége. A hitelességet nem csupán a fogyatékosok irányában kell fenntartani, hanem a járulékfizetők irányában is, hogy valamely minősített esemény bekövetkezése esetén bízhassanak a rendszer által adott gondoskodásban. Ha a kormányok országukon belül saját értékelőrendszerük kiválóságát a hitelesség fenntartása érdekében hangoztatják, akkor elkerülhetetlen egy bizonyos szintű „ügyintézési nacionalizmus”.

Világosan kimutatható, hogy a munkaképtelenségi segélyek kifizetési szerkezetét erősen befolyásolják a munkaerő-piaci feltételek, különösen az idősebb dolgozók esetében. A 3. fejezetben kifejtettük, hogy a munkaképtelenségi juttatások, a munkanélküliségi juttatások, a karkedvezményes nyugdíj és az öregségi nyugdíj közötti képlékeny határokkal kapcsolatban a különböző országok különböző megközelítéseket alkalmaznak. Néhány ország magas nyugdíjkorhatár mellett nagy arányban részesít idősebb dolgozókat munkaképtelenségi juttatásokban, míg más országok, egészségügyi indoklással vagy anélkül, korábban engedélyezik a nyugdíjazást. Ezek a munkaerő-piaci szakpolitikai döntések megnyilvánulnak azokban a különbségekben is, amelyeket a munkaerő-piaci feltételek fogyatékoságfelmérésben alkalmazott modellezése és elképzelése, valamint az oktatás, a készségek és egyéb szociális tényezők felmérésre gyakorolt hatása terén tapasztalhatunk.

Végrehajtható-e a felmérés valamilyen munkaerő-piaci modell és a szociális tényezők figyelembe vétele nélkül? Ilyen felmérés alapjául egy képességcsökkenésen alapuló százaléktáblázat szolgálhat. Megdöbbentő tény, hogy az Európai Bizottságnak a közelmúltban készített, az Európai Unió belüli fogyatékosügy felméréséről szóló tanulmányában mindössze egy szabványosított értékelő eszközre, egy „európai százaléktáblázatra” vonatkozó javaslat bukkant fel. A bizottsági elemzőcsoport ezt a felmérési megközelítést nem támogatta. Úgy találta, hogy a képességcsökkenési százaléktáblázatok alkalmazása önkényesebb, mint amilyennek tűnik, továbbá komoly, lényegéből fakadó korlátai vannak, különösen abban az esetben, ha képességcsökkenést anélkül próbálunk vele mérni, hogy megvizsgálná annak hatását a munkaképességre.

Az Egyesült Királyság személyi munkaképességi értékeléséhez (Personal Capacity Assessment, PCA) hasonló munkaképesség-központú megközelítések a munkaerőpiacból és más szociális tényezőkből indulnak ki. Úgy látjuk azonban, hogy a PCA rejtetten már tartalmaz egy munkaerő-piaci modellt. A modell igen rugalmas munkaerőpiacot feltételez, ahol bárki, aki tevékenységek valamely szűk körét képes elvégezni, talál valamiféle állást, még ha alacsony fizetés és/vagy csökkentett munkaidő mellett is. Ez a rejtett munkaerő-piaci modell egyértelműen az Egyesült Királyság munkaerő-piaci politikájához és feltételeihez igazodik, és nem feltétlenül lenne helyénvaló a megközelítést más, ettől eltérő munkaerő-piaci szerkezetű országba átültetni. A modellt továbbá más, kapcsolódó szakpolitikák is támogatják, például a fogyatékos dolgozói adójóváírás, amely a fogyatékosok alacsony jövedelmét hivatott kiegészíteni.

Véleményünk szerint a társadalmi modell típusú megközelítés lényegi kapcsolatot feltételez a munkaképtelenség felmérésben megállapított szintje és a munkaerő-piaci feltételek között. A társadalmi modell azt sugallja, hogy értelmetlen a fogyatékos fogalmát társadalmi környezetéből kiragadva kezelni. Következésképpen, ha a munkaképességet helyezzük előtérbe, helytelen volna elvonatoztatni a munkaerő-piaci környezettől, és kísérletet tenni a munkaképtelenség valamely, minden tagországban és minden időben, a munkaerő-piaci feltételektől függetlenül érvényes „lényegi” mozzanatának kiemelésére.

Összefoglalás

Ez a fejezet azt a vizsgálta, milyen feltételek mellett tud a fogyatékos személy az Európai Unióban egyik országból a másikba költözni, és hogy az elvándorlás miként befolyásolja a juttatásokhoz való hozzáférést. A hozzáférés egyrészt a juttatások származási országból történő hordozhatóságával, illetve a diszkriminációmentes elbánáshoz való jogok befogadó országban történő gyakorlásával biztosítható.

A tartózkodási jogok bővítése, és a befogadó tagország intézkedéseiben való diszkriminációmentes részesülés nagyobb valószínűséggel segíti elő a fogyatékosok mozgásszabadságát, mint a juttatások

hordozhatóságának javítása. A hordozható jogokkal felruházott fogyatékosok csoportja igen sajátos, mind szakmai előéletük tekintetében (mert számos hordozható juttatás biztosításalapú), mind pedig nemzeti hovatartozásuk tekintetében (mert csak kevés tagország biztosít bizonyos hordozható juttatásokat, még kevesebb mindennapos tevékenységeket támogató intézkedéseket). Ugyanakkor számottevő ellenállásba ütközik a nemzeti kormányok részéről az a bizottsági irányelv-javaslat, amely az unió állampolgárainak és családtagjainak biztosítaná a jogot a tagállamok területén történő szabad mozgásra és letelepedésre. A fenti problémákat tagországok közötti pénzügyi átutalásokkal lehetne enyhíteni, amire jelenleg a természetbeni juttatások koordinációja szolgáltat példát. Az egyes tagállamokra jellemző általános gazdasági feltételek és különösképpen a szociális ellátórendszerek erősebb hasonlása nélkül azonban nem valószínű, hogy a fogyatékosok szabad mozgása megvalósul.

7. fejezet: Összehasonlítható fogyatékoságügyi adatok szolgáltatása

A fogyatékosokra vonatkozó adminisztratív adatok országok közötti összehasonlíthatóságával kapcsolatos problémák közismertek. A társadalombiztosítási rendelkezések közötti eltérések nyilvánvaló gondokat okoznak. Bizonyos juttatásokat járulékfizetési feltételek korlátoznak, míg másokat a körülmények felméréséhez kötnek. Egyes országok a fogyatékosági juttatásokat az idősebbeknek is fizetik, míg mások a kedvezményezetteket öregségi nyugdíjban részesítik. A foglalkoztatási rendelkezésekben alkalmazott definíciók között számottevő eltérések mutatkoznak. A definíciók alapulhatnak képességcsökkenésen, illetve a tevékenységekben való korlátozottságon. A 3. fejezetben megmutattuk továbbá, hogy sok országban a fogyatékosok egy részét tágabb, „nehezen besorolható” kategóriába helyezik.

A FOGLALKOZTATÁSI RÁTÁRA VONATKOZÓ ADATOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

A foglalkoztatásról szóló rendelkezésekben alkalmazott fogyatékoságdefiníciók elemzése során azt találtuk, hogy a fogyatékosnak minősített emberek száma az érvényben lévő intézkedésektől, valamint a besorolás alkalmazását meghatározó személyes és intézményi indítékoktól függ. Ebből következik, hogy nem lehetséges fel olyan logikai összefüggés az Európai Unióban egyes tagországokban alkalmazott definíciók között, amely alapján azt mondhatnánk, hogy az egyik intézkedés magában foglalja a másikat, vagy több foglalkoztatható személy tartozik a hatálya alá, mint egy másiknak. E leküzdhetetlen problémák tükröződnek a fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzetével foglalkozó európai szakértői csoport ajánlásában is, amely szerint a fogyatékosok foglalkoztatási rátájának nyomon követésében az EU-nak a közigazgatási adatok helyett felmérési adatokra kell támaszkodnia. Habár maguk a felmérések szigorú értelemben nem feltétlenül összehasonlíthatók (Gudex és Lafortune, 2000.), létrejött egy közös, tevékenységi korlátozottságra vonatkozó definíció: azok számítnak fogyatékosnak, akik olyan, tartós egészségügyi problémáról számolnak be, amely korlátozza őket mindennapos tevékenységükben. E definíció a foglalkoztatási intézkedések szempontjából széles körben elfogadottnak tekinthető, az a tény azonban, hogy nem egyezik meg a foglalkoztatáspolitikai koordinációban alkalmazott definíciókkal, némi problémát okoz a felmérési eredmények politikailag lényeges következtetéseinek megállapításában. Számos elemző véleménye szerint például a diszkriminációellenes szakpolitikának az olyan képességcsökkenéssel rendelkező személyekre kell irányulnia, akiknek a foglalkoztathatósága nem korlátozott: a megvalósuló kedvezmények hatása nem jelenhet meg a fogyatékosok körében mért és nyomon követett foglalkoztatásban.

Az Egyesült Államokban a foglalkoztatási rátákról folytatott viták során az a probléma is felvetődött, hogy a fogyatékoság felmérésbeli definíciója sok olyan embert is magában foglal, akik nem keresnek munkát. Több érv szól amellett, hogy azokat, akik nem akarnak munkát vállalni, nem kell figyelembe venni a foglalkoztatáspolitikai sikerességének értékelésekor. E kérdéssel egy nemrégiben közzétett egyesült államokbeli tanulmány is foglalkozik, amely az USA-beli fogyatékos emberekről szóló törvény (Americans with Disabilities Act, ADA) sikerével, illetve sikertelenségével kapcsolatos egyik ellentmondás feloldását célozza. Amint arra Burkhauser és mások rámutatnak, a tapasztalat szerint az Egyesült Államokban a közelmúltban csökkent a munkaerő-állományhoz (foglalkoztatottak, illetve munkát keresők vagy állásba felvehető) tartozó fogyatékosok aránya az összes fogyatékos számához viszonyítva. A munkaerő-állományhoz tartozók körében a foglalkoztatottság nőtt, amit egyes elemzők úgy értékelték, hogy az ADA hatályba lépése óta az Egyesült Államokban javulás következett be a fogyatékosok foglalkoztatásában. Burkhauser és mások azon az alapon kérdőjelezik meg ezt a következtetést, hogy ezt az emelkedést az általános munkaerő-részvétel jelentős visszaesése kísérte. A szerzők e csökkenésnek szakpolitikai jelentőséget tulajdonítanak, mivel arra utal, hogy a társadalmi környezet megváltozása hátrányosan érintette a munkakereső fogyatékosokat. Azt ugyan elfogadják, hogy a fogyatékosok közül néhányan lehet, hogy valóban munkaképtelenek vagy nem akarnak dolgozni, ugyanakkor megítélésük szerint e csoport mérete az időben változatlan.

Ebből az okfejtésből következik, hogy a megfelelő célváltozó a teljes fogyatékos népesség foglalkoztatási rátája, nem pedig azok foglalkoztatási illetve munkanélküliségi rátája, akik a munkaerő-állományhoz számítják magukat. Magát a munkaerő-piaci részvételt a tagállamok politikája és a

munkaerő-piaci feltételek befolyásolják. A szakpolitikai manipulációk esetleges célpontjául szolgáló munkanélküliségi ráta helyett a teljes fogyatékos népesség foglalkoztatási rátájának nyomon követése mellett hasonló érvek szólnak, mint a teljes aktív korú népesség foglalkoztatási rátájának nyomon követése mellett. A teljes foglalkoztatási ráta nyomon követése ma már bevett gyakorlat az EU-ban.

Véleményünk szerint a felmérési eredmények alkalmazása a foglalkoztatáspolitikai nyomon követésében elfogadható, mindamellett szem előtt kell tartani, hogy a felmérésbeli definíció magában foglalhat olyan csoportokat is, amelyekre a foglalkoztatáspolitikai nem irányul (például azok, akik nem akarnak munkába állni), és kizárhat olyanokat (például a diszkriminációellenes intézkedések kedvezményezettjeit), akik számára bizonyos szakpolitikák jelentősek lehetnek.

Egyéb szakpolitikai területeken, például a társadalombiztosításban, a fogyatékoság felmérésbeli definíciója még inkább megkérdőjelezhető.

A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI JUTTATÁSOKRA VONATKOZÓ ADATOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Az OECD-adatok alapján nagy eltérés tapasztalható a felmérésben értékelt fogyatékos csoport és a szociálpolitikai intézkedések keretében beazonosított és megcélzott fogyatékos csoport között. Azon EU-tagországok körében, amelyekről adatok állnak rendelkezésre, a magukat a mindennapi életükben korlátozottak, és tartós egészségügyi problémával küzdők körébe soroló (tehát a felmérésbeli fogyatékoság-definíciónak megfelelő) személyek átlagosan mintegy kétharmada nem részesül jövedelem-pótló juttatásban (OECD, 2002., 3.7. táblázat). Továbbá, az emberek egy kis csoportja a felmérés definíciója alapján nem minősül fogyatékosnak, ennek ellenére fogyatékosági segélyben részesül. A fogyatékoság felmérésbeli definícióját a szociálpolitikában alkalmazott definíciókkal összevetve két fő eltérés mutatkozik:

1. A jövedelem-pótló vagy jövedelemkiegészítő fogyatékosági juttatások esetén általában nincs kikötve, hogy a személy mindennapos tevékenységében korlátozott legyen. Ehelyett azt vizsgálják, hogy a munkateljesítménye korlátozott-e, a korlátozott munkateljesítményt időnként általánosan írják körül (például a németországi EMR-ben), néha a személy legutóbbi munkájához kapcsolódó szükségletekre hivatkoznak közvetlenül (például az olaszországi AOI-ban), máskor pedig valamilyen lehetséges munkára, amelyet vagy absztrakt módon írnak körül (mint például Hollandiában a FIS-adatbázis esetén), vagy konkrétan neveznek meg (például a svédországi lépésről lépésre eljárás során). Előfordulhat, hogy valaki nem képes dolgozni, ugyanakkor a mindennapi élethez kapcsolódó tevékenységeket el tudja végezni, különösen akkor, ha e kifejezés alatt a tevékenységek egy szűk körét értjük.
2. Számos társadalombiztosítási és szociális védelmi juttatást a mindennapi életben való korlátozottságból fakadó szükségletek alapján fizetnek, nem pedig a korlátozottság után. A mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések esetén a korlátozottság és a szükségletek között szoros az összefüggés: aki segítség nélkül nem képes alapvető, mindennapos tevékenységeinek elvégzésére, annak segítségre van szüksége. Sok országban azonban nincs olyan intézkedés, amely ezen az alapon határozná meg a jogosultságot (a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedésekre pedig nem terjednek ki az OECD-adatok). Más szükségletek, például az alapvető jövedelem-támogatási igények, nem feltétlenül vezethetők vissza a mindennapos tevékenységekben való korlátozottságra.

Amint azt a 3. fejezetben hangsúlyoztuk, a fogyatékosággal kapcsolatos igények egy része más okokból létező igényekhez is hasonlít, így azokra esetleg olyan más általános intézkedések vonatkoznak, mint a szociális ellátás, vagy egy másik csoportra irányuló rendelkezések, mint amilyen például a korkezdvezményes nyugdíj.

A felmérési adatok szakpolitikai fontosságának e korlátai azt vetítik előre, hogy kívánatos lenne a nemzeti közigazgatási adatok hatékonyabb feldolgozása és értelmezése, jóllehet azok sohasem lesznek közvetlenül összehasonlíthatók. E tanulmány megmutatta, hogy a tagállamok fogyatékoság-besorolásának megértéséhez ismernünk kell az egyes konkrét rendelkezések szerkezetét, és át kell látnunk a rendelkezések közötti kapcsolatrendszer. A függelékek tájékoztatnak az értékelési módszerekről, a határesetekről és a szabványosított keretek között működő rendelkezések közötti összefüggésekről. A következő szakaszban átgondoljuk, hogy a folyamatos összehasonlítás, a szakmai viták, és a legjobb gyakorlatok elterjesztésének megkönnyítése érdekében miként lehet a döntéshozók számára az Európai Unió szintjén hozzáférhetővé tenni ezeket az információkat.

A FOGYATÉKOSSÁG DEFINÍCIÓINAK JÖVŐBELI NYOMON KÖVETÉSE

A fogyatékosra irányuló rendelkezésekkel kapcsolatos jelentések szerkezetét ki lehetne úgy alakítani, hogy bővebb tájékoztatást nyújtsanak a fogyatékoság definíciójáról. Jelenleg a szociálpolitikai rendelkezésekről évenkénti rendszerességgel számol be az Európai Unió Tagállamainak Közös Információs Rendszere a Szociális Védelemről (Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union, MISSOC) (elérhető a http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2001/index_chapitre11_en.htm címen).

A MISSOC a fogyatékosügyre vonatkozóan az alábbi területekről tartalmaz adatokat:

III. fejezet: Betegség – Pénzbeni juttatások

V. fejezet: Rokkantság

VIII. fejezet: Munkahelyi baleset során elszenvedett sérülések és foglalkozási betegségek

XI. fejezet: A megfelelő források biztosítása – 2. Járulékfizetést nem igénylő különleges minimumok – II. Rokkantság

XII. fejezet: Tartós ellátás

A MISSOC részletes adatokkal szolgál a járulékfizetési feltételekről, a juttatások mértékéről, adóztathatóságáról, a különféle juttatások halmozhatóságáról, és így tovább. Az országokról szóló fejezetek e projekt szempontjából a következő lényeges információkat tartalmazzák:

Alapelvek: leírja, hogy az ellátás finanszírozása adókból vagy járulékokból történik-e, jövedelemtesztre támaszkodik-e stb.

Alkalmazási kör: felsorolja, kikre terjed ki (dolgozók, önfoglalkoztatottak stb.)

Fedezett kockázatok: itt egy definíció szerepel, például a dolgozó betegség vagy bántalom következtében nem képes rendes jövedelme egyharmadánál többet keresni. A korra vonatkozó korlátozások is szerepelnek. Nincs viszont információ azokról az eszközökről, amelyek segítségével kiértékelik, hogy a személy megfelel-e a definíciónak.

A tartós ellátásról szóló új fejezetek felépítése is hasonló. Alapvető és hasznos információt szolgáltatnak a figyelembe vett kockázatokról, például hogy a személy a mindennapi élet alaptevékenységeit nem képes elvégezni. Említést tesznek a korral kapcsolatos korlátozásokról, és az „alkalmazási kör” címszó alatt szó esik a más juttatásokhoz való viszonyról is (például ha az ellátás csak azoknak jár, akik jövedelem pótló juttatásban részesülnek), ezen túlmenően az adatok azt is felfedik, hogy a rendszer a szóban forgó területen élőkre, és/vagy a járulékfizetőkre irányul-e.

Az adminisztratív adatok értelmezéséhez szükséges információk egy részét tehát a MISSOC biztosítja, nevezetesen az érintett korcsoportokról, arról, hogy létezik-e a részleges fogyatékoság fogalma, és hogy felméri-e a körülményeket, illetve fizetnek-e járulékot. Az adatok csak a szociális védelemre vonatkoznak, így számos, a fogyatékosok foglalkoztatásával kapcsolatos intézkedés kimarad belőlük. A fogyatékosoknak járó, munka melletti juttatások a Járulékfizetést nem igénylő különleges minimumok címszó alatt szerepelnek, de a munkaadónak fizetett támogatások kimaradnak. Szintén nem szerepelnek a foglalkoztatást előmozdító szakpolitikák, a kvóták, és egyéb szabályozó jellegű politikák.

Habár a MISSOC igen kiterjedt adatbázis, szerkezete nem teszi lehetővé a kutatók számára, hogy az intézkedések közötti összefüggéseket megértsék. Nem enged semmilyen betekintést az egyes konkrét intézkedések felépítésének hátterében rejlő megfontolásokba sem. Ezekhez az információkhoz a fogyatékosági politikát nyomon követő, szöveges beszámolóra lenne szükség. A tagállamok szociálpolitikájuk bizonyos vonatkozásairól jelenleg is készítenek szöveges beszámolókat, elsősorban a foglalkoztatás előmozdításával kapcsolatban, a koordináció nyitott módszere keretében. A foglalkoztatásra vonatkozó szöveges beszámolók szerkezete az alábbi lehetne:

- azon szakpolitikák kiemelése, amelyek az egészségügyi mutatók segítségével egy-egy célcsoportot definiálnak;
- a szakpolitikákban használt fogyatékoságdefiníció logikájának magyarázata;
- egyéb elosztási alapelvek összegzése, és ennek megfelelően
- annak meghatározása, hogy a fogyatékoság definíciója milyen szerepet tölt be a forrás-elosztásban.

Ez az elemzési mód megfelelő kereteket biztosíthatna azoknak az információknak a módszeres összegyűjtéséhez és közzétételéhez, amelyek az egyes tagállamokban tapasztalható fejleményekre

vonatkoznak. E jelentések elősegítenék a nemzeti stratégiák mélyebb megértését, és megkönnyítenék a legjobb gyakorlatok elterjesztését.

Végül megjegyezzük, hogy a Bizottság a fogyatékossgal kapcsolatos szakpolitikai kérdésekben bevezette az „főáramba helyezés” elvét. A Bizottság érvelése szerint, mivel a fogyatékossg a környezeti feltételek széles körére vezethető vissza, a fogyatékossgal kapcsolatos kérdéseket a szakpolitikák széles körének figyelembe kell vennie, nem csupán azoknak, amelyeknek a fogyatékosok alkotják a célcsoportját. A főáramba helyezés eredményességének nyomon követése nyilvánvalóan különleges kihívást jelent, mert nem köthető hozzá fogyatékossgdefiníció. A főáramba helyezett szakpolitikák sikerét felmérési adatok segítségével lehetne nyomon követni, de ahogy korábban már említettük, ezeknek szakpolitikai fontosságuk tekintetében megvannak a maguk korlátai.

Következtetés

8. fejezet: Következtetés

Kutatási projektünkben áttekintettük a fogyatékoság azon definícióit, amelyeket a társadalombiztosításban, a foglalkoztatáspolitikában és a diszkriminációellenes politikában alkalmaznak. Összegyűjtöttük és rendszereztük a definíciókkal kapcsolatos információkat, a többi között a felmérési módszerekre, az intézményekre és a személyi állományra vonatkozóan, valamint a fogyatékoság tartalmáról alkotott különböző szakpolitikai elképzeléseket. A jelentés olyan keretet teremt a definíciók értelmezéséhez, amelyek hozzájárulhatnak a szociálpolitikai vitákhoz és a szociálpolitika továbbfejlesztéséhez. A 8.1. szakaszban összefoglaljuk, hogy milyen következtetések vonhatók le a tagállamok szociálpolitikájában alkalmazott fogyatékoság-besorolások értelmezésére vonatkozó néhány megállapításunkból.

A jelentés során többször is hangsúlyoztuk az esetleges elemek jelentőségét a szociálpolitika terén alkalmazott fogyatékosági kategóriákban. A definíciók abban az értelemben esetlegesek, hogy csak bizonyos helyzetekben alkalmazhatók, olyanokban, amelyeket meghatározott egyéni, társadalmi és környezeti tényezők befolyásolnak. Az esetleges megközelítéssel az a gond, hogy nehézkessé teszi a hátrányokat előidéző különböző okok elkülönítését, és rámutat a szociálpolitikában a forráselosztás szempontjaként alkalmazott fogyatékoság sajátos, megkülönböztető jellegével kapcsolatos problémákra. A különféle intézkedések kedvezményezettjeinek megkülönböztetéssel történő körülírása nem mindig lehetséges, és a szándékolt kedvezményezettek köre átfedésbe kerülhet, vagy megegyezhet más intézkedések kedvezményezettjeivel.

Az emberek kategóriákba sorolása könnyen a pénzügyi és a politikai indíttatású manipulációk célpontjává válhat, aláásva ezzel a kategóriák erkölcsi megalapozottságát. A 8.2. szakaszban megvizsgáljuk egy olyan, szociálpolitikában használatos, biztonságosabb fogyatékoság-definíció megalkotásának lehetőségét, amely kevésbé függ ezektől az esetleges tényezőktől.

A 8.3. szakaszban megállapításaink fogyatékoságpolitikával kapcsolatos következményeit tárgyaljuk. Az a véleményünk, hogy igen fontos a kategóriákba sorolás szociálpolitikai folyamatának elkülönítése a csoportok politikai érdekeinek megfogalmazódásától, illetve a csoportos és az egyéni identitás kialakulásától. Amint arra az 1. fejezetben is utaltunk, a társadalmi modell a fogyatékoság definíciójával kapcsolatban sokkal inkább a fogyatékoság általános társadalmi felfogására támaszkodik, semmint kategóriák kialakítására.

8.1. A szociálpolitikában alkalmazott fogyatékoságkategóriák

A 3. fejezetben kiemeltük az intézményi integráció vagy szétdaraboltság fogyatékoságkategóriákra gyakorolt hatását. Azok a szociálpolitikai struktúrák, amelyekben a különféle szociálpolitikai kategóriákra (munkanélküliekre, fogyatékosokra, nyugdíjasokra) vonatkozó rendelkezések összevontan vannak jelen, a szétdarabolt szerkezeteknél rugalmasabban tudják kezelni a fogyatékosági besorolásokat. A 4. fejezetben megmutattuk, hogy azok az országok, amelyek kevésbé orvosi megközelítést használnak, általában integrált intézményi szerkezettel rendelkeznek. Az integráció és a nem orvosi megközelítés alkalmazása között ok-okozati kapcsolatot lelhetünk fel, hiszen az intézmény nem elkötelezett az orvosilag meghatározott határok védelme mellett. Azokban a rendszerekben, ahol a rendelkezések nem integráltak, az orvosi határokat jobban védik, és az orvosok általában központi szerepet játszanak az értékelésben. A 4. fejezetben kifejtettük, hogy a fogyatékosági biztosítást adók a szétdarabolt rendszerekben egészségbiztosítást is kínálhatnak, s így nagy hangsúly kerül az orvosi adatokra és az orvosilag meghatározott határvonalak fenntartására.

A fogyatékoság felmérése során több vagy kevesebb lehet a mérlegelési lehetőség. A központosított, integrált rendszerek általában olyan eszközök és szabályok alkalmazására ösztönöznek, amelyek biztosítják a döntéshozatal következetességét. Elképzelhető, hogy ezek az eszközök orvosi adatokra támaszkodnak, de csak annyiban, amennyiben azok tárgyilagosságnak és megbízhatónak tekinthetők. E rendszerek sajátossága, hogy a munkanélküli segélyek adminisztrációjával, a (korkedvezményes) nyugdíjazással, valamint a fogyatékosági juttatásokkal kapcsolatos központi szakpolitika változásai érinthetik a fogyatékoság definícióit. Ha a munkanélküli segélyhez jutás ügyintézésében szigorítják az olyan feltételeket, mint amilyen a munkahely keresése és a rendelkezésre állás, akkor növekszik a fogyatékosági segélyek iránti igények száma, és ez a fogyatékosági segélyek ügyintézésében is ugyanolyan változásokhoz vezethet, amilyenek a munkanélküli segélyek ügyintézésében történtek és az egész folyamatot elindították.

Ahol az intézkedések szétdarabolódtak, de a felmérési eszközök jóváhagyása központilag történik, ott a fogyatékoság definíciói kevésbé érzékenyek a szociálpolitikai környezet változásaira. E rendszerek gyakori jellemzője a fogyatékosági százaléktáblázatok alkalmazása. Azt várnánk tehát, hogy e rendszerek értékelési gyakorlata igen szilárd. Az ezekben a rendszerekben használt fogyatékoságdefiníciók szakpolitikai alkalmazhatósága azonban nem egyértelmű.

Minden tagállamban jellemző, hogy a különféle intézkedési területeken eltérő fogyatékoság-felmérési modell működik. A nagyrészt egészségügyi bizonyítékokra támaszkodó, kevés mérlegelési lehetőséget hagyó, százaléktáblázatok is alkalmazó modell széles körben fellelhető a szabályozási szakpolitikákban és a kvótarendszerekben is. Kevésbé jellemző ez a modell a költségvetési szociálpolitikai intézkedések esetén, néhány országban azonban a többszintű kormányzás eszközeként használják, ott, ahol a központi kormányzat a helyi vagy regionális önkormányzatokon, illetve biztosító intézeteken keresztül szabályozza az ellátást. Az egyéni mérlegelésnek tág teret adó modellek (legyenek azok akár orvosi, akár nem orvosi megközelítésűek) inkább azokon a területeken találhatók meg, ahol a politikai irányítás és a finanszírozás felelőssége ugyanazon a kormányzati szinten valósul meg. A nagyrészt orvosi bizonylatokra támaszkodó, kevés mérlegelési lehetőséget hagyó modell leggyakrabban a szociális ellátásban és a foglalkoztatási szolgáltatások terén lelhető fel. A 3. fejezetben említettük, hogy a hivatalok gyakran jelentős rugalmasságot tanúsítanak abban, hogy az embereket az egyes foglalkoztatási intézkedések alkalmazhatósága tekintetében fogyatékosá nyilvánítsák.

Ha szociális és egészségügyi korlátok akadályoznak valakit a munkavállalásban, akkor a főáramba helyezett intézkedések jobban megfelelnek, mint a kifejezetten fogyatékosokra irányuló intézkedések. Ugyanakkor számos ország több forrást biztosít a foglalkoztatási szolgálat számára a fogyatékosnak minősülő álláskeresőkkal kapcsolatos intézkedésekre. A fogyatékosok elhelyezése terén kitűzött célok azonban intézményes ösztönzést teremthetnek arra, hogy embereket fogyatékosnak minősítsenek, más szóval, hogy fogyatékosokat „kreáljanak”.

8.2. Szociálpolitikai definíciók és kategóriák

A 3. fejezetben bemutattuk, hogy a fogyatékoság fogalmába a szociálpolitika különböző területein különböző dolgok tartoznak. Jövedelempótlás esetén a fogyatékoság általában magában foglalja a részleges vagy teljes munkaképtelenséget. A foglalkoztatáspolitikában a fogyatékoság jelentheti a csökkent munkaképességet, mint a foglalkoztatásba való belépés tekintetében hátrányos helyzet egyik megnyilvánulását, vagy mint a foglalkoztatásba való belépés vagy az abban maradás tekintetében diszkriminációt kiváltó tényezőt. A mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések szempontjából a fogyatékoság megélhetési többletköltségeket, illetve gondoskodás és támogatás iránti igényeket jelent.

A fogyatékoság tartalmával kapcsolatos nézetek egy része együtt jár valamilyen fogyatékoság-felmérésre vonatkozó sajátos megközelítéssel. Ez a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések tekintetében a legszembetűnőbb, amelyek a fogyatékosággal kapcsolatban a többletköltségeket és a szükségleteket emelik ki, és az alkalmazott felmérések ezzel szoros összefüggésben a mindennapos tevékenységek elvégzésének képességére irányulnak. Más területeken nehezebb lehet a *relevancia* biztosítása, ami alatt a fogyatékoság szakpolitika által meghatározott tartalmi elemei és a politika végrehajtásában alkalmazott felmérési módszerek közötti összhang értendő. Világos, hogy a diszkrimináció kockázata szempontjából releváns fogyatékoság-felmérési módszer kidolgozása nem

problémamentes, amint azt az 5. fejezetben már kifejtettük. Az egyik lehetőség az, hogy átfogó definíciót alkalmazunk (amely szinte semmilyen felmérést nem igényel) és az éppen adódó diszkriminatív helyzetek megoldására törekszünk. Ez a megközelítés azonban nem alkalmazható akkor, ha kategóriákat kell kialakítani, olyanokat, amilyenek a pozitív cselekvést előirányzó intézkedések, például kvóták esetében.

A 3. és 4. fejezet tárgyalása során már utaltunk a jövedelempótlás és a foglalkoztatás terén alkalmazott felmérések relevanciájával kapcsolatos problémákra. A jövedelempótlás területén, a fogyatékoság tartalmi elemei tekintetében relevánsnak tekinthető egy olyan felmérési módszer, amely elsősorban a hatékony foglalkoztatással összefüggő feladatok elvégzésére való képességet vizsgálja, ugyanakkor az a tapasztalatunk, hogy e felmérések elvégzése számos nehézségbe ütközik. Vita tárgyát képezi, hogy mely tényezőket kell mérvadónak tekinteni (tehát például az értékelés során akkora jelentőséget kell-e tulajdonítani a kornak, mint amilyen jelentősnek az látszik), és hogy az értékelésnek miként kell tükröznie a többszörös és összefonódó, fogyatékossgal, képzettséggel és munkaerő-piaci lehetőségekkel kapcsolatos hátrányokat.

A relevancia valamely szociálpolitikai kategória működőképessége alapkövetelményének tekinthető, ám nem ez az egyetlen ilyen követelmény. Az ismertetett példák alapján világos, hogy a szakpolitikától függ, mely felmérés lesz releváns, s ennek eredményeképpen a szakpolitikák között nem teremthető meg a kategóriák összhangja. Valaki, aki egy foglalkoztatási intézkedés szempontjából fogyatékosnak minősül, nem feltétlenül fogyatékos a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések tekintetében. Ez nem feltétlenül „rossz” abban az értelemben, hogy olyan személynek is lehetnek nehézségei az álláskeresésben, aki eközben a mindennapi tevékenységekben nem (elég súlyosan) korlátozott. Néhány esetben azonban a többszörös definíciók valóban problémát okoznak. Ezek közé tartozik az a helyzet, amikor a személyt egyik hivataltól a másikig küldözgethetik, mert mindegyik hivatalnak megvan a saját képe az általa végrehajtott program célcsoportjáról. E küldözgetéssel kapcsolatos problémának a klasszikus esete, amikor valaki ahhoz nem „elég fogyatékos”, hogy ne tudjon dolgozni, de ahhoz túl fogyatékos, hogy a foglalkoztatási szolgálat munkakeresővé nyilvánítsa. Ennek következményeként az illető nem részesülhet munkanélküli segélyben, és általános szociális támogatás után kell néznie.

Hasonló problémára hívta fel a figyelmet az OECD közelmúltban napvilágot látott, fogyatékosági politikákról szóló elemzése (lásd 2.1. szakasz). A tanulmány amellett érvelt, hogy a jövedelempótló intézkedések alternatíváinak előmozdítására „összehangoltabb” intézkedéscsomagra (policy-mix) van szükség. Az ismertetett elképzelések közül az egyik legfontosabb az volt, hogy a „fogyatékos” kifejezést nem szabad a „munkaképtelennel” megegyező értelemben használni (OECD, 2002., 25. bekezdés). Ennek az ajánlásnak a célja a fogyatékosok szabadabb munkavállalásának lehetővé tétele annak biztosításán keresztül, hogy munkavállalásukkal ne veszítsék el a jövedelempótló juttatásokra való „orvosi jogosultságukat”.

Általánosabban, az „összehangoltságot” hangoztató elképzelés azt sugallja, hogy kívánatos volna egy olyan fogyatékos státusz bevezetése, amely a fogyatékosok számára bizonyos cselekvési szabadságot biztosítana. Ezt többek között a jogosultsági feltételek összehangolásával és összekapcsolásával lehetne elérni, ennek következetes véghezvitele ugyanakkor ellentmondáshoz vezethet a relevancia és az összehangoltság között. A kérdés az, hogy milyen felmérési módszerrel lehetne megalapozni egy „összehangolt” fogyatékos-jogállást, és biztosítható-e egy ilyen jogállás relevanciája.

Tanulmányunk alapján három ilyen felmérési módszer jöhet szóba. Az egyik (amelyet az OECD-tanulmány nyíltan szorgalmazott) egy, a munkaképesség mérésére szolgáló eljárás, amely nem veszi tekintetbe, hogy a vizsgált személy dolgozik-e vagy sem. Ez a mérték önmagában meghatározná mind a munkával rendelkezők, mind pedig a munkával nem rendelkezők juttatásait. Az EU két tagállamában (az Egyesült Királyságban és Hollandiában) dolgoztak ki absztrakt képességhelmérési eljárást, de egyik esetben sem tudták megoldani a fogyatékossg és a más hátrányokra visszavezethető munkanélküliség elhatárolásának problémáját. Maguk a szóban forgó országok sem tanúsítanak túl nagy bizalmat saját absztrakt értékelési módszereiket illetően: továbbra is megszokott dolog az illető személy felmérésének megismétlése a munkahelyre történő felvétel alkalmával (az Egyesült Királyságban), vagy abban az esetben, ha az illető többet keres, mint amit az értékelés előre jelzett (Hollandiában).

A másik két módszer nem a munkaképtelenség területéről származik. Miközben az OECD arra buzdít, hogy a „fogyatékos” kifejezést ne a „munkaképtelenséggel” azonos értelemben használjuk,

minden tagállam fel tud mutatni legalább egy olyan fogyatékoságkategóriát, amely összhangban van a fenti ajánlással. Teljesen nyilvánvaló például, hogy a kvóták működtetése során alkalmazott felmérési módszerek nem tesznek egyenlőségeket a fogyatékoság és a munkaképtelenség között. Amint azt már láthattuk, a kvótaértékelések gyakran képességcsökkenésen alapuló felmérés alkalmazásával próbálják a fogyatékoság valamely lényegi elemét megragadni. A képességcsökkenésen alapul a felmérés azokban az országokban is, ahol fogyatékosigazolványok bevezetésével szabályozzák az intézkedések bizonyos köréhez való hozzáférést, vagy ahol egyetlen értékelési eszközt alkalmaznak az intézkedések egy bizonyos körén belül. A 3. fejezetben azonban láthattuk, hogy a képességcsökkenésen alapuló szabályokkal sem kerülhető meg a relevancia problémája, habár látszólag a fogyatékoság lényegi elemét ragadják meg. A képességcsökkenések közvetlen és értelmes eredményt adó mérésének lehetősége meglehetősen korlátozott, ennek eredményeképpen a képességcsökkenések súlyosságát gyakran korlátozó hatásuk megvizsgálásával mérik fel. A korlátozó hatások egy bizonyos összefüggésben lépnek fel, a képességcsökkenések felmérése tehát nem annyira „lényegi”, mint amilyennek tűnik. Lehetséges, hogy a személy képességcsökkenése az egyik munkahelyen súlyosabbnak minősül, mint egy másikon, vagy kevésbé súlyosnak otthon, mint a munkában.

A másik fő területet, ahol a fogyatékoság definíciója nem utal a munkaképességre, a mindennapos tevékenységeket támogató intézkedések alkotják, amelyek a dolgozóknak és a nem dolgozóknak egyaránt kínálnak juttatásokat (egyes államokban a dolgozók számára többet).

E rendelkezésekben a felmérés alapja a mindennapi élettel járó tevékenységek elvégzésére való képesség, amit többé-kevésbé átfogóan is lehet definiálni. A 7. fejezetben utaltunk rá, hogy általában a fogyatékoság felmérésbeli definíciói is a mindennapos tevékenységekkel kapcsolatos, egészségi állapotra visszavezethető korlátozottságokat vizsgálják. Vajon biztosítható-e az összehangoltság a szakpolitikai tartalmak túlzott romlása nélkül, ha a szociálpolitikai kategóriákat egy ilyen jellegű definíció segítségével alakítjuk ki? Ez ahhoz a nehézséghez vezetne, hogy ha magas szinten határozzuk meg a küszöböt a mindennapi életben tapasztalt korlátozottság tekintetében (csak a legkorlátozottabb embereket minősítve fogyatékosnak), akkor kizárunk néhány olyan csökkent munkaképességű személyt, aki jogosult a foglalkoztatási intézkedésekre és/vagy a jövedelem pótlásra. Alacsony küszöb esetén viszont számos további személy kerülne bele a szociálpolitikai fogyatékoság-csoportba. Mindez a felmérési és az adminisztratív adatok összehasonlításából vezethető le.

Ha radikálisan értékeljük a fenti érveket, előfordulhat, hogy a fogyatékoságügyi kategóriák a szociálpolitikában történő alkalmazása alapvető kompromisszummal jár. Ha a kategóriákat megfelelően definiáljuk és értékeljük, akkor nem lesznek feltétlenül összehangoltak, ugyanakkor a szóba jövő átfogó definíciók nem feltétlenül lesznek megfelelőek a szociálpolitika által kezelt speciális problémák legalábbis egy részében. Amint azt az 1. fejezetben is leírtuk, a társadalmi modell egyik lehetséges értelmezése szerint a sajátos fogyatékoságkategóriákat el kellene törölni, és a jogosultságokat olyan általános módon kellene meghatározni, amennyire csak lehetséges. Úgy véljük azonban, hogy ez az elemzés nem eléggé átfogó e nézet alátámasztásához. A relevancia és a koherencia mellett más kategóriák alkalmazására vonatkozó alapelvek is léteznek a szociálpolitikában (Bolderson és Mabbett, 1991.). A kategóriák alkalmazásával elkerülhetők a szükségletek finanszírozásának túl tola-
kodó és vitatható megközelítései, például a jövedelemteszt alkalmazása a szociálpolitikában. A kategóriák kialakításával megszilárdítható az egyes csoportok igényeinek elfogadottsága. Habár a fogyatékoság szociálpolitikán belüli értelmezésével kapcsolatban sok kérdés és probléma adódik, a fogyatékoságkategóriák alkalmazása olyan előnyökkel is jár, amelyekről a többség nem mondana le egy elméleti megfontolás kedvéért.

8.3. Kategóriák, identitások és konstrukciók

Jenkins (2000.) nyomán különbséget tehetünk a szociális kategóriák és a csoport-identitás között. A kategóriákat mások alkotják és ismerik el, míg a csoportidentitás önelismerés és a csoporttagok közötti kölcsönös elismerés útján jön létre. A szociális kategóriák hatást gyakorolhatnak a csoport-identitásra, hiszen befolyásolják, hogy az emberek milyen bánásmódban részesülnek a társadalmon belül, például a szociális jóléti intézmények részéről. A kategóriák és identitások közötti kapcsolat azonban ennél bonyolultabb: a csoportok fellázadhatnak és felbomlaszthatják az őket beskatulyázó kategóriákat.

Nem szabad azonban eltúlozni a szociális kategóriák csoport-identitásra gyakorolt hatását. Amint azt Jenkins kiemeli, „az ember úgy is tartozhat valamelyik szociális kategóriába, hogy közben nincs tudatában e kategória létezésének, vagy az ahhoz való tartozásának” (2000., 13. o.). A népszámlálási kategóriákat hozza fel példának, amelyeket a társadalomtudósok fejlesztettek ki és alkalmaznak a megkérdezett egyének „nyers” válaszainak feldolgozására. Amint azt a 6. fejezetben kifejtettük, a felmérésbeli fogyatékoságdefiníciót *a posteriori* alakítják ki az egészséggel és a mindennapi életben tapasztalható korlátokkal kapcsolatos kérdésekre adott válaszok alapján. A válaszadók valószínűleg nincsenek is tisztában azzal, hogy a válaszaik alapján fogják őket „fogyatékosá” minősíteni. A fogyatékoság felmérés segítségével kialakított mértékeit néha „önmeghatározáson” alapulónak tartják, ami félrevezető, mert nem saját fogyatékoságdefiníción alapul, hanem a mindennapi életben tapasztalható korlátozottságokkal kapcsolatos saját beszámolókon.

Nem vizsgáltuk meg részletesen azokat a körülményeket, amelyek esetén az emberek fogyatékosnak tartják magukat. Jóllehet az emberek sokszor tudnak arról, hogy milyen szociálpolitikai kategóriába tartoznak (például a juttatásaik alapján), véleményünk szerint nem feltétlenül azonosulnak ezekkel a kategóriákkal. A kategóriák és identitások közötti eltérés a szakszókincsben is megjelenik: a kategóriák megnevezésére szolgáló szakkifejezéseket az identitás leírására sok esetben nem alkalmazzák, pontosan azért, mert a jelentésüket mások határozták meg, nem pedig maga az identitás-csoport.

Watson egy rövid (közeljövőben megjelenő) tanulmányában közvetlenül foglalkozik a fogyatékosként való önmeghatározás kérdésével. A képességcsökkenéssel küzdő emberekből álló mintájának legtöbb tagja erősen ellenállt annak, hogy „fogyatékos személyként” azonosítsa magát. A válaszadók többsége olyan társadalmi identitást tulajdonított magának, amelyet nem képességcsökkenéseik határoznak meg: családtagként, baráti körök tagjaként, produktív és munkaképes egyénként határozták meg magukat, olyanként, aki lényegében szokásos életet él. Kérdéses, hogy mindez a képességcsökkenések korlátozott jelentőségének hiteles megnyilvánulása, vagy egyfajta „hamis öntudat”, amely a fogyatékosághoz kapcsolódó megbélyegzésből ered.

E kérdés szempontjából kulcsfontosságú, hogy az embernek képesnek kell lennie saját identitásának kialakítására és kiválasztására, ahelyett, hogy elfogadna valamilyen előírt jellemzőkön alapuló, rákényszerített identitást.

A Watson tanulmányában szereplő, politikailag aktív válaszadók szintén elutasították a képességcsökkenésen alapuló identitást, az elnyomással kapcsolatos tapasztalatok alapján ugyanakkor mégis azonosultak más fogyatékos személyekkel. Ebből következően hasonló tapasztalatokkal rendelkező csoport politikai értelemben vett mozgósításához nincs szükség rögzített, közös identitásra. A politikai mozgósítást az identitás és szociálpolitikai kategóriák kialakításán túl egy harmadik folyamatípus is jellemzi. Schneider és Ingram (1993.) nyomán e folyamatot „szociális konstrukciónak” nevezhetjük. A szociális konstrukciók, elemzésük szempontjából azok a „sztereotípiák, amelyeket valamely embercsoporttal kapcsolatban a politika, a kultúra, a szocializáció, a történelem, a média, az irodalom, a vallás stb. alakít ki” (1993., 335. o.). Következtetésük szerint a szociális konstrukciók erőteljesen befolyásolják a közpolitika alakulását.

Jenkins keretrendszerében a szociális konstrukciók kategóriaalkotási folyamatok, esetünkben azonban érdemes felhívni a figyelmet a szociális konstrukciók és a szociálpolitikai kategóriák közötti különbségekre. A konstrukciók jellemzést adnak az egyes embercsoportokról, de nem adnak útmutatást annak eldöntéséhez, hogy pontosan mely egyének tartoznak egy-egy csoportba. Bizonyos szociális konstrukciónak megfelelő személyek azonosításával kapcsolatos bizonyos nehézségek közvetlenül a konstrukciók sztereotip természetéből fakadnak. Azok kialakulása sokszor anekdotákon és szelektív elemzésen alapul. A szociális konstrukciók és a szociálpolitikai kategóriák között világos összefüggések lelhetők fel: a kategóriákat definiáló szabályokban például megjelenhetnek a negatív módon konstruált csoportok, például „élősködők” kizárására, vagy a pozitív módon konstruált csoportok, például „arra érdemesek” bevonására irányuló törekvések, ezek az összefüggések ugyanakkor problémákat okozhatnak a szociális konstrukciók retorikai természete miatt. A kategóriák adminisztrációját végző bürokrácia a retorika befolyása alá kerülhet, de éppúgy tudatában lehet a konstruált csoportok és az emberek által megélt körülmények közötti ellentmondásoknak is.

Egyértelmű, hogy a fogyatékoság definíciójáról zajló vita jórészt a fogyatékoság szociális konstrukciójáról szól. Azzal foglalkozik tehát, hogy milyen kép él a közvéleményben a fogyatékosokról. Mindez igen fontos a fogyatékoságügyi politika alakulásának a szempontjából. Schneider és Ingram elemzése alapján láthatjuk, hogy a fogyatékos emberek jogaiért küzdők miként próbálták a fogyá-

tékosság különböző szociális konstrukciói segítségével erősíteni a közvéleményben a többre érdemes, de ellátásra szoruló fogyatékosképét, és hogyan mozdították elő az új típusú szakpolitikai intézkedéseket, amelyek logikája eltér a hagyományos, szociális jóléti intézkedésektől. E tanulmány ugyanakkor azt is megmutatta, hogy a fogyatékoság szociális képződményében bekövetkező újítások nem csapódnak le közvetlenül a szociálpolitikai kategóriák kialakításának folyamatában.

A projekt résztvevői

Helen Bolderson: Projektkoordinátor

Deborah Mabbett: Projektmenedzser

Bjorn Hvinden: Projekttanácsadó

Az országos jelentéseket készítő 14 EU-tagállamból és Norvégiából

Edoardo Ales (Olaszország)

Steen Bengtsson (Dánia)

Heike Boeltzig (Németország)

Serge Ebersold (Franciaország)

Stefanos Grammenos (Görögország)

Marianne Hedlund (Norvégia)

Rafael Lindqvist (Svédország)

Simo Mannila (Finnország)

Maria Pilar Mourão-Ferreira (Portugália)

Bernadette O’Gorman (Írország)

Wim van Oorschot (Hollandia)

Doria Pilling (Egyesült Királyság)

Erik Samoy (Belgium)

Charlotte Strümpel (Ausztria)

Miguel Angel Verdugo (Spanyolország)

Az Európai Bizottság által a projekt céljaira létrehozott tanácsadói csoport tagjai:

Jerome Bickenbach, Fiona Campbell, Rienk Prins, Gerard Quinn, Stefan Trömel, John Wall és Peter Wright.

E jelentést Deborah Mabbett írta. Köszönet illeti hozzájárulásukért a projekt résztvevőit. Köszönjük továbbá a bizottsági tisztviselők és a tanácsadói csoport aktív hozzájárulását a projekthez.

Hivatkozások

- Baker, A. (2002): 'Access versus Process in Employment Discrimination: Why ADR [Alternative Dispute Resolution] Suits the US but not the UK' [„Bekerülés és eljárás a foglalkoztatási diszkriminációban: miért működik az ADR (Alternatív Vitarendezés) az USA-ban, és miért nem működik az Egyesült Királyságban?”] *Industrial Law Journal*, 31. kötet, 2. sz., 113–134 old.
- Bengtsson, S. (szerk.) (1995): *Employment of persons with disabilities* [A fogyatékos személyek foglalkoztatása], Copenhagen Conference, 6–7 May 1994, Social Forsknings Institutet, Copenhagen.
- Bickenbach, J., S. Chatterji, E. M. Badley és T. B. Üstün (1999): „Models of Disablement, Universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. [A fogyatékoság modelljei, egyetemesség, valamint a képességsökkenések, a fogyatékoságok és hátrányok nemzetközi osztályozása] *Social Science and Medicine*, 48(9) kötet, 1173–1187. old.
- Blaxter, M. (1976): *The Meaning of Disability* [A fogyatékoság jelentése], Heinemann Educational Books, London.
- Bolderson, H. és D. Mabbett (1991): *Social Policy and Social Security in Australia, Britain and the USA* [Szociálpolitika és szociális biztonság Ausztráliában, Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban], Avebury, Aldershot.
- Bolderson, H. és D. Mabbett (2001): 'Non-Discriminating Social Policy? Policy scenarios for meeting needs without categorisation' [Nem diszkrimináló szociálpolitika? A szükségletek kielégítése kategóriák nélküli szakpolitikával], in J Clasen (szerk.): *What Future for Social Policy?* [Merre tovább a szociálpolitikában?] Kluwer Law International.
- Burkhauser, R., A. Houtenville és D. Wittenburg (2001): 'A User Guide to Current Statistics on the Employment of People with Disabilities' [„Útmutató a fogyatékos emberek foglalkoztatásáról szóló, aktuális statisztikákhoz”], Paper presented at the Conference on *The Persistence of Low Employment Rates of People with Disabilities – Causes and Policy Implications* [A fogyatékosok alacsony foglalkoztatási rátájának tartósságáról – Okok és szakpolitikai vonatkozások c. konferencián előadott tanulmány], October 18–19 2001, Washington D.C.
- Council of Europe (2000): *Legislation to Counter Discrimination Against Persons with Disabilities*, Report drawn up by the Working Group on Legislation against Discrimination of Persons with disabilities (P-RR-LAD) [Európa Tanács (2000): *A fogyatékos emberek diszkriminációja elleni jogszabályok*, a fogyatékos emberekkel szembeni diszkriminációt tiltó jogszabályokkal foglalkozó munkacsoport által készített jelentés], Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Council of Europe (2002): *Assessing Disability in Europe: Similarities and Differences* Report drawn up by the Working Group on the assessment of person-related criteria for allowances and personal assistance for people with disabilities (Partial Agreement) (P-RRECA) [Európa Tanács (2002): *A fogyatékoság felmérése Európában: Hasonlóságok és különbségek*, a fogyatékos emberek segélyezése és személyes gondviselése személyhez kötődő kritériumainak felmérésére létrehozott munkacsoport által készített jelentés (részleges megegyezés)], Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Daniels, N. (1991): 'A Lifetime Approach to Healthcare' [„Az egészségügyi ellátás élettartam szerinti megközelítése”] in N Jecker, szerk., *Ageism and Ethics*, Humana Press, Totowa, New Jersey.
- Grammenos, S. (1995): *Disabled Persons Statistical Data 1993 2nd edition* [Statisztikai adatok a fogyatékos emberekről, 1993. 2. kiadás], DG V, Commission of the EC and the Statistical Office of the EC, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Gudex, C. és G. Lafortune (2000): *An Inventory of Health and Disability-Related Surveys in OECD Countries* [Egészségügyre és fogyatékoságra vonatkozó felmérések áttekintése az OECD-országokban], Labour Market and Social Policy Occasional Papers No 44, OECD, Paris.
- ICF Checklist (2001): ICF Checklist, Version 2.1a, Clinician Form. (<http://www.who.int/classification/icf>)
- James, P. (2000): Research and Reports (Review Article), *Industrial Law Journal*, 29. kötet, 1 sz., 85–87. old.
- Jenkins, R. (2000): 'Categorisation: Identity, Social Process and Epistemology' [Kategorizálás: identitás, szociális folyamat és ismeretelmélet], *Current Sociology*, 48(3) kötet, 7–25. old.
- McCrudden, C. (évszám nélkül) 'Theorising European Equality Law' [„Az európai egyenlőségi törvény elméleti megalapozása”], mimeo, Oxford University, UK.
- Mashaw, J. és V. Reno (szerk.) (1996): *Balancing Security and Opportunity: The Challenge of Disability Income Policy* [Biztonság és esély között egyensúlyozva: A fogyatékosági jövedelempolitika, mint kihívás], Final Report of the Disability Policy Panel, National Academy of Social Insurance, Washington D.C. [a fogyatékoságügyi politikai panel zárójelentése, Nemzeti Társadalombiztosítási Akadémia, Washington]. (Idézetek az alábbi címen publikált kivonatból: www.nasi.org).

- Matheson, L. N., E. A. Gaudino, F. Mael és B. W. Hesse (2000): 'Improving the validity of the impairment evaluation process: a proposed theoretical framework' [„A képességcsökkenések értékelési folyamatának megbízhatóbbá tétele: javasolt elméleti keretek”], *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10. kötet, 4. sz., 311–320. old.
- Meager, N., B. Doyle, C. Evans, B. Kersley, M. Williams, S. O. Regan és N-D. Tackey (1999): *Monitoring the Disability Discrimination Act (DDA) 1995* [A fogyatékosági diszkriminációellenes törvény (DDA) nyomon követése, 1995], Department for Education and Employment, Nottingham.
- Murray, C. J. L. és A. D. Lopez (1994) 'Quantifying disability: Data, methods and results' [„A fogyatékoság számszerűsítése: adatok, módszerek és eredmények”] in C. J. L. Murray és A. D. Lopez (szerk.): *Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden, Expenditures and Intervention Packages* [Az egészségügyi ágazat globális összehasonlító elemzése: betegség okozta terhek, kiadások és akció-csomagok], WHO, Rome.
- OECD (2000): *Data requirements for the project on policies to support and integrate the working age disabled* [Az aktív korú fogyatékosok integrációját támogató politikai programok adatszükséglete], DEELSA/ELSA/WP1/DIS(2000)4, OECD, Paris.
- OECD (2002): *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People* [A fogyatékoság munkaképességgé alakítása: a fogyatékos emberek munkahelyi és jövedelem-biztonságát előmozdító szakpolitikák], OECD, Paris.
- Prins, R., T. J. Veerman és S. Andriessen (1992): *Work Incapacity in a Cross-National Perspective: A pilot study on arrangements and data in six countries* [A munkaképzetlenség nemzetközi nézőpontból: kísérleti tanulmány hat országbeli intézkedésekről és adatokról], Netherlands Institute for the Working Environment (NIA) / Ministry of Social Affairs and Employment (SZW), The Hague [Holland Munkakörnyezeti Intézet / Szociális és Foglalkoztatásügyi Minisztérium, Hága].
- Rasmussen, N., C. Gudex és S. Christensen (1999): *Survey Data on Disability: Final Project Report* [Foglalkoztatásra vonatkozó felmérési adatok: Projekt-zárójelentés], Eurostat Working Papers, Population and social conditions [Eurostat-munkanyagok, népesség és szociális körülmények], 3/1999/E/no 20.
- Schneider, Anne L. és Helen Ingram (1993): 'Social Construction of Target Populations: implications for politics and policy' [„Célcsoportok szociális konstrukciója: politikai és szakpolitikai vonatkozások”], *American Political Science Review* 87(2) kötet, 334–347. old.
- Schneider, M. (2001): 'Participation and Environment in the ICF and measurement of disability' [„Részvétel és környezet az ICF-ben és a fogyatékoság mérése”] *International Seminar on the Measurement of Disability*, United Nations, 2001 [Az ENSZ nemzetközi szemináriuma fogyatékoság méréséről]. (<http://www.un.org/Depts/unsd/disability/methods/ac.814-3.pdf>).
- Thornton, P., R. Sainsbury és H. Barnes (1997): *Helping Disabled People to Work* [A fogyatékos személyek segítése a munkához]: A Cross-National Study of Social Security and Employment Provisions [Nemzetközi tanulmány társadalombiztosítási és foglalkoztatási intézkedésekről], Social Security Advisory Committee Research Paper 8, The Stationery Office, London.
- van Ewijk, H. és T. Kelder (1999): *Who Cares? An Overview of the Dutch Systems of Health Care and Welfare* [Ki gondoskodik? A hollandiai egészségügyi ellátó és jóléti rendszer áttekintése], Netherlands Institute of Care and Welfare (NIZW).
- van Elk, K., M. van Lin, R. Prins és W. Zwinkels (2000): *The employment status of disabled persons in the EU: Research plan for the first annual study by the European Expert Group* [A fogyatékos emberek foglalkoztatási helyzete az EU-ban: kutatási terv az európai szakértői csoport első éves tanulmányához], EIM Zoetermeer.
- Waddington, L. és M. Diller (2000): 'Tensions and Coherence in Disability Policy: The Uneasy Relationship Between Social Welfare and Civil Rights Models of Disability in American, European and International Employment Law' [„Feszültségek és koherencia a foglalkoztatáspolitikában: a fogyatékoság szociális jóléti és polgárjogi modellje közötti ellentmondásos kapcsolat az amerikai, az európai és a nemzetközi foglalkoztatási jogszabályokban”], *From Principles to Practice*, DREDF Symposium on International Disability Law and Policy. (<http://www.dredf.org/symposium/waddington.html>) (accessed June 2002).
- Watson, N. (előkészületben): 'Well, I know this is going to sound very strange to you, but I don't see myself as a disabled person: Disability and Identity' [„Nos, tudom, hogy ez önnek nagyon furcsán fog hangzani, de én nem tartom magam fogyatékosnak: Fogyatékoság és identitás”], előkészületben: in *Disability and Society*.
- Zola, I. F. (1989): 'Towards the Necessary Universalizing of a Disability Policy' [„Úton a fogyatékosügyi politika elengedhetetlen egységesítése felé”] *The Milbank Quarterly* 67. kötet.

Függelék

a Brunel Egyetem által készített

A FOGYATÉKOSSÁG DEFINÍCIÓI
EURÓPÁBAN

ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉS

című tanulmányhoz

1. függelék: A munkaképtelenség felmérése

Mind a kedvezményezettek számát, mind a kiadások nagyságát tekintve a leromlott egészségi állapot, vagy rokkantság következtében munkaképtelenné minősített személyeknek fizetett nyugdíjak illetve juttatások képviselik az egyik legjelentősebb területet a tagállamokban a fogyatékosok emberekre irányuló rendelkezések körében. Az ebbe a kategóriába tartozó emberek számára minden tagállam legalább egy jövedelemtámogató vagy jövedelempótló rendelkezéseket hoz. Az alábbi összefoglalóban igen röviden jellemezzük ezeket (az Intézkedések címszó alatt), rávilágítva a munkaképtelenségről hozott döntések hátterére. Az intézkedések között járulékalapú nyugdíjakat, nem járulékalapú juttatásokat és/vagy jövedelemteszthez kötött juttatásokat találunk.

Néhány országban ezek a különféle rendelkezések a munkaképtelenség ugyanazon definícióját alkalmazzák, míg más országokban eltérőt. Bizonyos szociálpolitikai intézkedések olyan definíciókat alkalmaznak, amelyek a munkaképtelenség helyett a gondozásra és/vagy a helyváltoztatási szükségletekre vonatkoznak, ezek azonban itt nem szerepelnek. Az összefoglaló nem tér ki a munkahelyi baleseteket és foglalkozási betegségeket felölelő programokra sem.

Az országokénti összefoglalók szerkezete a következő. A fogyatékoság definíciójának három fő vonatkozását írjuk le: a rendelkezést tartalmazó jogszabályban megfogalmazott definíciót, a rendszerbe történő belépés folyamatát és az alkalmazott felmérési eljárást. A címszavak a következők:

Intézkedések

Meghozandó döntések

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

Felmérés

- *diagnózis*
- *képességcsökkenés*
- *a testi és a szellemi képességek szabványosított leírása*
- *a munkahelyi élet szabványosított leírása*
- *a mindennapi élet szabványosított leírása*
- *a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei*
- *a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete*

Ezt követően két további, fontos háttér-információkkal szolgáló terület következik:

Intézményi szerkezet és személyi állomány

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

Ez utóbbi címszó alatt röviden jellemezzük a rokkantságnyugdíj-rendszer és az öregségnyugdíj-rendszer közötti kapcsolatot, továbbá, ha létezik más említésre méltó juttatás, arról is szót ejtünk. Kitérünk az országos jelentésekben közétett, határvonalakkal kapcsolatos ellentmondásokra és problémákra is.

Ez a függelék egy Orvosi dDiagnózisok és képességcsökkenések szabványos osztályozását ismertető mellékletet és egy hivatkozáslistát is tartalmaz.

Minden információ 2001-re vonatkozik, az országos jelentések elkészítésének időszakára. A 2002. január 1-jét megelőző változásokra felhívjuk a figyelmet, ahol ilyen előfordul.

Intézkedések

A fogyatékosná vált dolgozókra vonatkozó legfőbb intézkedések a *Berufsunfähigkeit* [saját foglalkoztatás folytatására való alkalmatlanság], az *Invalidität* [rokkantság] és az *Erwerbsunfähigkeit* [keresőképtelenség] miatti nyugdíjak. Mindhárom juttatás járulékalapú. Azok, akik nem fizettek járulékot, jövedelem-szükségletük kielégítése érdekében az általános szociális ellátásra, a *Sozialhilfe* [szociális segély] támaszkodhatnak. A *Berufsunfähigkeit*vel kapcsolatos intézkedések a közalkalmazottakra vonatkoznak, azok adminisztrációját a *Pensionsversicherung für Angestellte* [a fehérgalléros dolgozók nyugdíjbiztosító intézete] (PVAng) látja el. Az alábbi részletes leírás erre a intézményre vonatkozik. Az *Invalidität*vel kapcsolatos intézkedések a fizikai dolgozókra vonatkoznak, azok adminisztrációját a *Pensionsversicherung für Arbeiter* [a kékgalléros dolgozók nyugdíjbiztosító intézete] végzi. A fogyatékoság definíciója a fenti két esetben hasonló, azt az *Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz* [általános társadalombiztosítási törvény] (ASVG) tartalmazza.

Az *Erwerbsunfähigkeit*vel kapcsolatos intézkedéseket a *Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz* [tulajdonosok/önfoglalkoztatók társadalombiztosításáról szóló törvény] (GSVG) és a *Bauern-Sozialversicherungsgesetz* [a parasztgazdák társadalombiztosításáról szóló törvény] (BSVG) tartalmazza, az előbbi a földtulajdonosokra, míg az utóbbi a gazdálkodókra vonatkozik.

Meghozandó döntések

Berufsunfähigkeit: a szellemi foglalkozású személy, aki (az utóbbi 15 évben) főleg (legalább az elmúlt időszak felében) abban a szakmában dolgozott, amelyre képesítést szerzett, vagy amelyet kitanult, akkor minősül rokkantnak, ha testi vagy szellemi állapotából következően jövedelemszerző képessége egy hasonló képzettséggel és munkatapasztalattal rendelkező egészséges személy jövedelemszerző képességének 50%-a alá esik. E hasonló munkahelyre történő hivatkozást a szaknyelv *Berufsschutz*-nak („munkahelyvédelemnek”) nevezi.

Az a dolgozó, aki elsősorban nem olyan foglalkozást űzött, amelyre képesítést szerzett, vagy amelyet kitanult, akkor minősül rokkantnak, ha testi vagy szellemi állapotából következően már semmilyen tevékenységgel nem képes megkeresni annak a jövedelemnek legalább a felét, amelyet egy egészséges személy ugyanazzal a munkával meg tudna keresni. A hasonló állással elérhető jövedelem helyett a meghatározás a potenciális jövedelemre hivatkozik, amire a szaknyelv az *Einkommenschutz* („jövedelemvédelem”) kifejezést használja.

Invalidität: Megegyezik a *Berufsunfähigkeit* definíciójával, de a fizikai foglalkozású dolgozókra vonatkoztatva. Az a fizikai foglalkozású személy tehát, aki (az utóbbi 15 évben) főleg (legalább az időszak felében) abban a szakmában dolgozott, amelyre képesítést szerzett, vagy amelyet kitanult, ugyanolyan feltételek mellett minősül rokkantnak, mint egy szellemi foglalkozású dolgozó (lásd a fenti definíció első részét). Az egyéb, vagy szakképzettséget nem igénylő állásban dolgozókra a cím utáni második bekezdésben szereplő definíció vonatkozik.

Számos rendelkezés tesz lehetővé korkedvezményes nyugdíjazást. A rokkantságon alapuló korkedvezményes nyugdíj a *vortzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit* [csökkent munkaképesség miatt előrehozott öregségi nyugdíj] keretében valósul meg. (Mind a fizikai, mind pedig a szellemi foglalkozásúak körében) a női dolgozók 55, a férfi dolgozók pedig 57 éves kortól válnak jogosulttá erre a nyugdíjra, ha testi vagy mentális állapotuk miatt már nem képesek megkeresni annak a jövedelemnek a felét, amelyet egy biztosítással rendelkező személy általában megkeres ugyanazzal a tevékenységgel, feltéve, hogy a szóban forgó tevékenységet végezték az utóbbi 15 éves időszak legalább 50%-ában, és ha a csökkent munkaképesség legalább 20 hete fennáll. A gyakorlatban ez az intézkedés abban tér el a többitől, hogy a foglalkoztatottság nagyobb mértékű változásával járhat együtt: ebben a tekintetben az intézkedés nem követel meg rugalmasságot az idősebb dolgozóktól.

Részleges nyugdíj nem létezik.

* Az országok az eredeti kéziratnak megfelelően, azaz az angol ábécé szerint következnek – az olvasószervező megjegyzése.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A betegségi juttatások 26 héten keresztül adandók, ez az időszak bizonyos (a korábban befizetett járulékok összegével kapcsolatos) feltételek teljesülése esetén meghosszabbítható. A fogyatékosná nyilvánításra vonatkozó igény a betegség időszaka alatt bármikor benyújtható. A fogyatékosági nyugdíj általában két évre jár, előfordulhatnak azonban végleges nyugdíjak is.

A „nyugdíjazás előtti rehabilitáció” elvét Ausztriában 1996-ban öntötték jogi formába. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a biztosítási intézmények költségvetésük egy részét rehabilitációs intézetek fenntartására, illetve a rehabilitációval járó költségek finanszírozására fordíthatják, habár a rehabilitációra fordítandó kiadásokkal kapcsolatban nincs előírt cél, vagy teljesítendő részarány. A PVAng juttatásaiban részesülő emberek általában mintegy 5%-a vesz részt rehabilitációban.

Felmérés

– *diagnózis*

– *képességcsökkenés*

Általában nagy gondot fordítanak a személy egészségügyi állapotának teljes leírására. A jelentéseket orvosspecialisták készítik (akik vagy a biztosítási irodák alkalmazásában állnak, vagy esetenként bevont külső orvosok). További, fekvőbeteg-vizsgálatokra is sor kerülhet, általában a biztosítótársaság saját rehabilitációs klinikáján vagy kórházában.

Vannak azonban olyan esetek is, amikor a juttatás odaítéléséhez elegendő a személy igénybejelentése a mellékelt orvosi dokumentumok alapján. Ez a lehetőség csak a nagyon súlyos, legfőképpen halálos betegségek esetén áll fenn.

– *a munkahelyi élet szabványosított leírása*

A *Leistungskalkul* [a munkavégző képesség számítása] keretében az orvos megválaszol egy sor kérdést arra vonatkozóan, hogy milyen általános munkahelyi körülmények tekinthetők „ésszerűnek” a személy számára, a kor és a korábbi munkatapasztalatok figyelembe vétele nélkül. Ezek az általános munkakörülmények kiterjednek például a munkaórák számára, a műszakokra, környezeti tényezőkre stb.

– *a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei*

Az igénylőnek a *Berufsschutz* céljából a jelentkezési lapon pontosan le kell írnia, mi volt a fő foglalkozása a megelőző 15 évben. Az orvosspecialista jelentése nem tér ki arra a kérdésre, hogy a személy állapota milyen hatást gyakorol munkaképességére. Arról, hogy képes-e munkáját elvégezni, az átfogó orvosi jelentést készítő doktor mond véleményt.

Intézményi struktúra és személyi állomány

A felmérés részletes orvosi vizsgálatot is magában foglalhat. Sor kerülhet a diagnózis felülvizsgálatára, s ez az egészségügyi ellátási intézkedések és a közpénztámogatás integrációját tükrözi.

A PVAng a *Berufsunfähigkeitspension* [saját foglalkoztatás folytatására való alkalmatlanság miatti nyugdíj] -igénylések több mint felét utasítja el. A fellebbezési eljárás összhangban van a társadalombiztosítás szociális partnerségre visszavezethető eredetével, hiszen abban a jogi végzettséggel rendelkező bíró mellett a munkaadókat és a munkavállalókat képviselő ülnökök is részt vesznek. Hozzávetőlegesen a fele fellebbez azoknak, akiknek az igénylését elutasítják, de mindössze egy-negyedük ügyével foglalkoznak érdemben, vagy hagyják azt helyben.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A rokkantsági nyugdíjak fizetése az öregségi nyugdíjakkal összehangolva történik, és amikor a személy jogosulttá válik az utóbbira, akkor az előbbi megszűnik. A rokkantságért járó karkedvezményes nyugdíj mellett más intézkedések is lehetővé teszik a karkedvezményes nyugdíjazást, az idősebb munkanélküliek, illetve a járulékokat megszakítás nélkül fizetők számára. Ezek az intézkedések (nők esetében) 55 éves kortól és (férfiak esetében) 60 éves kortól lépnek életbe, habár a korhatárok fokozatosan emelkednek.

Az országos jelentés azt mutatja, hogy az ausztriai rendszerre a szigorú orvosi kontroll a jellemző, bár az idősebb dolgozók esetében szociális tényezők is számításba jönnek.

BELGIUM

Intézkedések

Belgiumban két fő jövedelemtámogató intézkedés irányul a sérülés vagy betegség következtében munkaképtelenné vált emberekre. a biztosításalapú rokkantsági nyugdíj (*indemnité d'invalidité/invaliditeitsuitkering*), illetve a fogyatékosoknak járó, nem járulékalapú jövedelemhelyettesítő segély (*allocation de remplacement derevenus/inkomensvervangende tegemoetkoming*). Létezik továbbá általános szociális ellátórendszer (a *Minimex*). A gyakorlatban a nem járulékalapú jövedelemhelyettesítő segély kedvezményezettjei jellemzően az ellátási szükségletekhez és a szociális érintkezéshez kapcsolódó „integrációs” segélyt is kapnak.

Meghozandó döntések

A rokkantsági nyugdíj esetén:

Akkor minősül valaki munkaképtelennek, ha minden munkatevékenységét megszakította olyan sérülés, vagy funkcionális képességcsökkenés megjelenésének, illetve súlyosbodásának közvetlen következményeként, amely a jövedelemszerző képességét 1/3-ára csökkenti annak, amit egy ugyanolyan társadalmi réteghez tartozó, ugyanolyan végzettséggel és szakmai képesítéssel rendelkező (nem fogyatékos) személy képes megkeresni

- ugyanabban a foglalkozási kategóriában, amelyben az illető személy dolgozott a munkaképtelenné válás időpontjában,
- az „elsődleges munkaképtelenség” időszaka alatt, amely legfeljebb egy évig tarthat, vagy
- az összes olyan foglalkozásban, amelyet az illető személy végzettsége és szakmai képesítése alapján folytatni tudott volna, vagy tudna – egy év után (vagy az állapot stabilizálódása esetén hamarabb), amikor a tartós rokkantság felmérése történik.

Részleges munkaképtelenség nem állapítható meg. A nyugdíj kiegészíthető bizonyos mértékű munkából származó jövedelemmel, ha azt a *médecin conseil* (a biztosítóintézmény tanácsadó orvosa) a munkába való fokozatos visszatérés folyamatának részeként jóváhagyja.

A fogyatékosoknak járó jövedelemhelyettesítő segély esetén:

Akkor válik valaki jogosulttá erre a segélyre, ha testi vagy mentális állapota következtében jövedelemszerző képessége 1/3-ára csökken annak, amit egy nem fogyatékos személy bármely munkával meg tud keresni az általános munkaerőpiacon.

Rokkantsági nyugdíj

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

Rokkantsági nyugdíjat alkalmazottként, önfoglalkoztatottként vagy munkanélküliként lehet igényelni. A munkára képtelen vagy betegség miatt a munkából kimaradó személy kezdetben „elsődleges munkaképtelenség” címén részesül juttatásban, amely legfeljebb egy évig illeti meg. A munkaadónak legfeljebb egy hónapon át kell folytatnia a bérfizetést, ezután a *médecin conseil*hez kell fordulnia, aki egy vizsgálatot hajt végre. A *médecin conseil* engedélyezheti a munka részleges újrafelvételét, és megvizsgálhatja a rehabilitáció lehetőségeit. Mind az egészségügyi, mind a szakmai rehabilitációt finanszírozhatja az egészségbiztosító intézet.

Előfordulhat, hogy a *médecin conseil* megítélése szerint a személyt nem akadályozza betegség a munkájában, és az illetőt a munkanélküli biztosítóhoz küldi. Egyébként, ha az igény több mint hat hónapon át fennáll, rokkantságinyugdíjat lehet kérelmezni.

Felmérés

– diagnózis

A *médecin conseil* szabványos orvosi vizsgálatot végez. Ha bármilyen kétsége támad a vizsgált személy saját orvosa által készített feljegyzésekkel kapcsolatban, akkor sor kerülhet a diagnózis felülvizsgálatára. Semmilyen betegség vagy képességcsökkenés sem jogosít fel automatikusan a juttatásokra, ugyanakkor az egyértelmű diagnózis hiánya nem kizáró ok.

– a testi és a szellemi képességek szabványosított leírása

„A lényeg a munkavégzés teljesítményét visszafogó funkcionális korlátozottságok jelenléte” (Belgiumi jelentés, 8. o.). A funkcionális korlátozottságok meghatározásához azonban nincsenek szabványos eszközök.

– a munkahelyi élet szabványosított leírása

A felmérőnek általában meg kell határoznia a „maradékkeresetet”, ami nem más, mint az a pénzösszeg, amit az adott személy egy végzettségének és szakmai képesítésének megfelelő tevékenységgel meg tudna keresni, a képességeit leszűkítő korlátozottságok mellett. E hipotetikus felmérés elvégzéséhez azonban nem állnak rendelkezésre eszközök, így csupán a felmérő megítélésén múlik annak megbecslése, hogy a maradékkereset a normális keresetek 1/3-ánál rögzített küszöb alatt vagy felett van.

– a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei

A személy által elszenvedett veszteséget egy hasonló, a képességcsökkenést előidéző problémában nem szenvedő személy keresetéhez viszonyítva kell felmérni: a gyakorlatban az illető korábbi keresete lesz a viszonyítási pont.

– a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete

A gyakorlatban a felmérés személyre szabott, mivel a központi kérdés az, hogy mik az esélyei az igénylő ismételt munkaerő-piaci integrációjának. Ha az igénylő munkaerő-piaci problémái nem funkcionális korlátozottságra (hanem például általánosan rossz munkaerő-piaci feltételekre, vagy alacsony színvonalú munkaügyi tanácsadásra) vezethetők vissza, akkor az illetőt a munkanélküli biztosítás hatálya alá sorolhatják. Nem lehet azonban pontosan meghatározni, hogy a kilátások romlását milyen mértékben okozzák a funkcionális korlátozottságok, és milyen mértékben az álláshiány.

Jövedelempótló segély

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A segélyért folyamodók azelőtt általában sohasem, vagy csak rendszertelenül dolgoztak, és nincs más jövedelemforrásuk.

Felmérés

– diagnózis

A vizsgálatot az Egészségügyi Minisztérium alkalmazásában álló orvosok végzik, akik saját maguk készítik a diagnózist, továbbá felhasználhatják más felmérések adatait is.

– a testi és a szellemi képességek szabványosított leírása

Nem létezik hivatalos lista.

– a mindennapi élet szabványosított leírása

Az integrációs segélyt igénylők esetében gyakran kerül sor a mindennapi élet kiértékelésére, amely a mindennapos tevékenységek átfogó listáján alapul.

– a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei

A felmérendő személy hiányos munkatapasztalata azt jelenti, hogy a munkaképesség értékeléséhez még kevesebb információ áll rendelkezésre, mint a biztosításalapú rokkantsági nyugdíj esetében. A munkaerő-piaci lehetőségekkel és esélyekkel kapcsolatban az orvosoknak csak kevés információjuk van.

Intézményi szerkezet és személyi állomány

A biztosításalapú nyugdíjakhoz való hozzáférést ellenőrző *médecin conseil* nem azonos a személy kezelőorvosával. Ha az egészségügyi körülmények elég egyértelműek (például az illető kórházban van), elképzelhető, hogy a *médecin conseil* nem végez vizsgálatot, de előbb-utóbb mindenképpen találkozik a szóban forgó személlyel. Összegyűjtheti más orvosok által végzett vizsgálatok eredményeit, és újabb vizsgálatokat rendelhet el.

Habár a *médecin conseil* nem vesz részt az intenzív orvosi kezelésre vonatkozó döntésekben, a rehabilitáció során fontos szerepet játszhat. A *médecin conseil* rehabilitációs programokra tesz javaslatokat, és meghatározza az egészségügyi rehabilitáció, vagy a továbbképzési program költségeit; a programot egy orvosokból álló (az egyes régiókban helyi kirendeltségekkel rendelkező) minisztériumi bizottságnak jóvá kell hagynia. Jövedelemhelyettesítő segély: a szükséges értékelést az Egészségügyi Minisztérium alkalmazásában álló orvosok végzik. Feladatuk csak a juttatásokkal kapcsolatos felmérésre terjed ki, egészségügyi szolgáltatást egyáltalán nem adnak.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A rokkantsági nyugdíjak a nyugdíjkorhatár elérésekor megszűnnek. Az öregségnyugdíj-korhatár 61 év a nők esetében (és emelkedik) és 65 év a férfiak esetében. A rokkantsági nyugdíjban részesülők közül azonban 60 éves kortól sokan élhetnek a karkedvezményes nyugdíj lehetőségével, ha elegendő szolgálati időt dolgoztak.

A munkaügyi bíróság elé vitt ügyek iratainak elemzése azt mutatja, hogy az olyan egyéni jellemzők, mint amilyen a kor, a nem, a képzettség szintje, a személyiség és a hozzáállás, kihatnak a rokkantsági nyugdíjjal kapcsolatos döntésekre.

DÁNIA

Intézkedések

A szociális nyugdíjakról szóló törvény (amely 1921-re nyúlik vissza, de azt 1965-ben lényegesen kibővítették, majd 1984-ben megreformálták, és 1998-ban ismét módosították) a karkedvezményes vagy idő előtti nyugdíj (*førtidspension*) három szintjét biztosítja. A közepes szintű *førtidspension* annak a személynek fizethető, akinek a „szakmai képessége” egészségügyi okokból legalább kétharmadával esik vissza, a legmagasabb szintű pedig annak, akinek nem maradt mérhető szakmai képessége. A legalacsonyabb szint (*almindelig førtidspension*) azoknak az igénylőknek jár, akiknek a munkaképessége orvosi és/vagy szociális okokból legalább felével csökkent. E juttatások egyike sem járulékalapú. Az *almindelig førtidspension* esetében teljes jövedelemtesztre kerül sor, ha az igény szociális, vagy szociális és egészségügyi okokra vezethető vissza. Bérjövedelem esetén mindhárom nyugdíj mértéke csökken.

Meghozandó döntések

Szociális *almindelig førtidspension*ot azok a tartósan munkanélküliek kaphatnak, akik esetében a szakmai rehabilitációs intézkedések és az aktív munkaerő-piaci politikák már csődöt mondtak. Tekintettel arra, hogy az egészségügyi probléma fennállásának és a személy kilátásait meghatározó szerepének bizonyítása nem szükséges, ez a nyugdíj-alaptípus nem tekinthető kizárólag fogyatékosági nyugdíjnak. A közepes és a magas szintű nyugdíjak, valamint az egészségügyi *almindelig førtidspension* a „szakmai képesség” csökkenésén alapulnak, és a szakmai képesség alatt az egészségi állapot munkavégzési képességre gyakorolt hatása értendő. A csökkenés mértékének meghatározása a képzettség és a korábbi állás, az életkor, a tartózkodási hely és a foglalkoztatási lehetőségek figyelembevételével történik. Ezzel ellentétben a „munkaképesség”, (amely a szociális *almindelig førtidspension* kapcsán alkalmazott kifejezés) definíciója a szakmai rehabilitáció esetén alkalmazott felmérésben „a munkaerőpiacon a különböző, meghatározott feladatok elvégzése iránti igények kielégítésének képessége, teljes vagy részleges önellátást lehetővé tevő jövedelem biztosítása érdekében” (Dániai jelentés, 6. o.).

A „szakmai képesség” a „munkaképességnél” régebbi, attól eltérő fogalom. 2003-ig a tervek szerint egységesítik a kritériumokat egy munkaképességen alapuló megközelítés keretében.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A betegségi juttatásokat az első két hétben a munkaadók fizetik, ezután a feladat áthárul az önkormányzatok által irányított állami rendszerre. A betegségi juttatások időtartama általában legfeljebb egy év, de meghosszabbítható, különösen a szakmai rehabilitáció előtt állók esetében. Ugyanakkor, amint azt az alábbiakban részletesen is kifejtjük, az önkormányzatok erősen ellenérdekeltek a „passzív” juttatási időszak meghosszabbításában. A betegségi juttatás általában megszűnik, ha az orvos igazolja, hogy a személy egészségi állapota stabilizálódott.

Általános szabály, hogy a munkaadó betegség esetén 4 hónapnyi betegállomány után bocsáthatja el a dolgozót (Høgelund, 1999, p.18). A *førtidspension*hoz szociális ellátás révén is hozzá lehet jutni. A szociális ellátásban részesülő tartósan munkanélkülieket is elküldhetik szakmai rehabilitációra (például felzárkóztató képzésre). A rehabilitációban való részvételnek nincs egészségügyi előfeltétele.

Ha a rehabilitációs és a foglalkoztatási lehetőségek (beleértve a védett foglalkoztatást is) csődöt mondanak, akkor az önkormányzat fontolóra veszi a fogyatékosági nyugdíjazás lehetőségét. Formálisan az igénylő nem folyamodik nyugdíjhoz, azt az önkormányzat javasolja, mint utolsó lehetőséget.

Felmérés

– diagnózis

A „szakmai képesség” hosszú idő alatt körvonalazódott értelmezése szorosan kapcsolódik az orvosi diagnózishoz. Számos megszokás alakult a tekintetben, hogy egy diagnózis miként befolyásolja a személy szakmai képességét (jóllehet a képességekről nem készült hivatalos lista).

A folyamatban lévő reformok ugyanakkor a „lényegretörő” diagnosztikai megközelítéstől való eltávolodást célozzák. A juttatások diagnózison alapuló megítélését sok kritika éri amiatt, hogy a diagnózis nem tárja fel a személy potenciális munkaképességét. Érvényben vannak azonban olyan foglalkoztatáspolitikai intézkedések (például a foglalkoztatott fogyatékos emberek kompenzációjáról szóló törvény – lásd 2. függelék) is, amelyek a munkaerőpiacon súlyos hátrányokkal szembenező emberek támogatását célozzák.

– a munkahelyi élet szabványosított leírása

A „munkaképesség” definíciója a „munkaerőpiacon különböző, meghatározott feladatok elvégzésére felmerülő igényekre” hivatkozik. Ugyanakkor e feladatokról nem készült szabványos lista. Ehelyett a felmérést a szakmai rehabilitációs eljárás folyamán szerzet tapasztalatok alapján végzik.

– a testi és a szellemi képességek szabványosított leírása

A „munkaképesség mellett” bevezették a „funkcionális csökkenés” fogalmát is, amely a csökkent képesesség orvosi vonatkozásait ragadja meg. A „funkcionális csökkenés” a diagnózis gyakorlati hatásainak leírására szolgál.

– a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete

A szociális nyugdíjakról szóló törvény 15(3) szakasza kimondja: „Az igénylő munkaképesség-csökkenése mértékének felmérése során összehasonlítást kell végezni az igénylő erejének és képességeinek megfelelő, végzettségi/képzettségi szintje és szakmai háttere alapján tőle elvárható állásban valószínűsíthető jövedelme és egy ugyanabból a régióból származó, hasonló végzettséggel/képzettséggel rendelkező személy szokványos jövedelme között. Figyelembe kell venni továbbá többek között az életkort, a foglalkozást, a lakhelyet és a foglalkoztatási kilátásokat, illetve minden egyéb olyan tényezőt, amely az adott körülmények között fontosnak bizonyul”.

A gyakorlatban a fenti tényezők értelmezése kihat arra, hogy az önkormányzatnak sikerül-e a személy számára elvégezhető munkát találni.

Intézményi struktúra és személyi állomány

A fogyatékosági nyugdíjakkal kapcsolatos döntési felelősség önkormányzatokhoz történő telepítése azzal jár, hogy azok más-más eljárást követnek. Egy olyan személy esetében például, akinek az igényelbírálása betegségisegély-időszakkal indul, a betegségi igazolást szabványos formában kell kiállítani,

de az önkormányzat dönti el, hogy milyen rendszerességgel írja elő az igazolás elkészítését (az igazolás kiállítását az orvosok díj ellenében végzik). A fogyatékosági nyugdíj iránti kérelem elbírálása során az önkormányzat részéről az ügyön dolgozó személy eldönti, hogy milyen orvosi szakjelentésekre van szükség (és az önkormányzat ki is fizeti azok ellenértékét). Ugyanakkor tévedés lenne azt gondolni, hogy a rendelkezésre álló egészségügyi információt az önkormányzat határozza meg. Az igénylő saját orvosa időnként az igénylő pártfogójának tekinthető. Az orvosi jelentéseket egy önkormányzati orvos is átnézi (aki azonban az igénylőt nem vizsgálja meg – tehát csupán „aktadoktor”). A fellebbezések alapjául többek között a szakorvosi vizsgálat eredményeinek értelmezésével kapcsolatos fenntartások szoktak szolgálni.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A (férfiak és nők esetében egyaránt) 65 éves öregségi nyugdíj korhatár elérésével a *förtidspension* megszűnik. A 60 év felettiek esetében a legalacsonyabb szintű *förtidspension*-t egy szintre hozzák az öregségi nyugdíjjal (habár a jövedelemtesztek szigorúbbak). Az alacsony szint tehát, amely a korábbiak szerint szociális és egészségügyi alapú is lehet, a kordedvezményes nyugdíjazás egyik módja.

Intézményi szempontból a rendszer némileg elmosza a fogyatékoság és a más hátrányt okozó körülmények közötti kapcsolatot. A szociális ellátást, a betegségi segítyt és a szakmai rehabilitációs programok adminisztrációját a *förtidspension*éhoz hasonlóan az önkormányzatok végzik. Szorgalmazniuk kell továbbá a szociális ellátásban részesülők „aktivizálását”. A finanszírozási rendszer úgy van kialakítva, hogy az önkormányzatoknak anyagi érdekük fűződik az emberek aktivizáláshoz vagy rehabilitációjához. Az állam az önkormányzatok számára a szociális ellátási, aktivizálási és rehabilitációs juttatások 50%-át téríti meg, míg a *förtidspension*nak a 35%-át. A rehabilitációs juttatás maximum ötéves időtartamra adható. Az állam a betegségi juttatások 50%-át téríti meg az első évben, ezt követően azonban a teljes kiadás az önkormányzatot terheli. Az önkormányzat szempontjából a legjobb végkifejlet, ha az illetőnek munkát szerez. A „flexjob” („gumiállás”) -rendszer keretén belül (amelyet a foglalkoztatási intézkedésekről szóló függelék tárgyal) a bér 50 vagy 67%-át az állam fizeti, az önkormányzatokra pedig nem nehezedik kiadási teher (az elhelyezés lebonyolításának adminisztratív költségeit leszámítva).

FINNORSZÁG

Intézkedések

Finnországban az egész népességre kiterjedő, országos nyugdíjrendszer van, amely mellett az alkalmazottak járulék alapú nyugdíjrendszere (és néhány magánjellegű, önkéntes ellátó) is megtalálható. A fogyatékosági nyugdíjban részesülők mintegy kétharmada mindkét rendszer keretében kap juttatásokat, míg a többiek a megfelelő összegű járulék befizetésének hiányában csupán a nemzeti nyugdíjat kapják, vagy a részleges alkalmazotti nyugdíjat (mivel a nemzeti nyugdíj csak „teljes” munkaképtelenség esetén fizethető).

Meghozandó döntések

A nemzeti nyugdíjról szóló törvény: Akkor minősül valaki fogyatékosnak, ha betegség, képességcsökkenés vagy sérülés következtében nem képes szokásos munkáját, vagy más olyan munkát elvégezni, amely számára megfelelőnek tekinthető, és amely ésszerű jövedelmet biztosít életkorát, képzettségét és más lényeges tényezőt figyelembe véve. (Finnországi jelentés, 12. o.).

Alkalmazotti nyugdíjról szóló törvény: Az alkalmazott akkor jogosult fogyatékosági nyugdíjra, ha munkaképessége a becslések szerint betegség, képességcsökkenés vagy sérülés következtében legalább egy évig, megszakítás nélkül legalább 2/5 részével csökken.

Akiknek a képessége 40–59%-kal esik vissza, azok részleges nyugdíjban részesülhetnek, míg a teljes nyugdíjat azok kapják, akiknél a képességcsökkenés legalább 60%-os. A munkaképesség becslése során a lebonyolító intézménynek fel kell mérnie a személy fennmaradó képességeit arra, hogy egy tőle ésszerűen elvárható tevékenységet igénylő, elérhető állásban pénzt keressen, figyelembe

véve végzettségét és képezését, korábbi tevékenységét, életkorát és lakhatási körülményeit, valamint más lényeges tényezőket. (Finnországi jelentés, 12. o.).

Két intézkedésről van tehát szó, eltérő döntéshozatali helyzetekkel, ezeket ugyanakkor egymással párhuzamosan adminisztrálják. Az alkalmazott nyugdíj-törvény fogyatékosra vonatkozó követelményei kevésbé tűnnek szigorúnak, mint az országos nyugdíj esetében, ugyanakkor megfelelő biztosítás nélkül senki sem részesülhet alkalmazotti nyugdíjban. A két nyugdíj adminisztrációját ellátó intézményeket jogszabály kötelezi arra, hogy az igények jóváhagyása vagy elutasítása előtt konzultáljanak egymással.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A fogyatékosági nyugdíj jóváhagyásának folyamata általában rövidtávú betegségyekezési időszakkal kezdődik, amely legfeljebb 360 napig tart. A betegségi juttatásokat a Társadalombiztosítási Intézet (amely az országos nyugdíjakat is intézi) koordinálja. A kiutalható juttatást korábban ideiglenes fogyatékosági nyugdíjnak nevezték.

Ma a „rehabilitációs készpénztámogatás” kifejezés használatos, és azt rehabilitációs terv kidolgozásának kell kísérnie (habár a gyakorlatban ez nem mindig eredményes). A szakmai rehabilitáció biztosítása mellett az SII [Társadalombiztosító Intézet] a segítséggel, a szolgáltatásokkal stb. kapcsolatos költségekre is térítést adhat a fogyatékos dolgozóknak. Ez a juttatás, amelynek neve foglalkoztatáshoz kapcsolódó fogyatékosági segély, a fogyatékoság súlyosságának függvényében háromféle összegben kapható meg. Az orvosi ellátást az egészségügyi szolgálat biztosítja, s ez utóbbi intézményileg elkülönül az SII-től. Ugyanakkor az SII is finanszíroz egészségügyi rehabilitációt (ASLAK). Az SII a betegségi juttatásokra fordított kiadásainak bizonyos hányadát (4%) köteles rehabilitációra fordítani.

Felmérés

– diagnózis, képességcsökkenés, a képességek leírása

A betegségi igazolások tartalmazzák a diagnózist és az orvos nyilatkozatát arról, hogy az illető személy munkaképtelen. A fogyatékosági nyugdíjra vonatkozó igény elbírálása során az orvosi igazolás a fogyatékoságot a diagnózis ismertetésével és a munkaképtelenséget leíró (általában hosszadalmas) beszámolóval támasztja alá. A beszámoló tartalmazhat leírást arról, hogy az egészségi állapot miként befolyásolja az illető funkcionális képességeit.

Ha a személy megbetegedését megelőzően munkanélküli volt, akkor az „ésszerűen elvárható munka” megítélése is más lesz. Egy kezdeti, szakmai védelmi szakaszt követően a munkanélküli személytől állásajánlatok igen széles körének elfogadását várják el. Az orvosi igazolás ebben az esetben nem a személy foglalkozásával kapcsolatos konkrét követelményeket taglalja, hanem általánosabb megfogalmazásokkal utal arra, hogy a személy foglalkoztatási kilátásait állapota általánosságban korlátozza.

A nemzeti nyugdíj esetében az alkoholizmushoz hasonló „szociális” fogyatékoságok önmagukban nem elegendőek a juttatás odaítéléséhez, más lényeges feltételeknek is teljesülniük kell. Ezek lehetnek diagnózis-központúak (például egészségügyi problémák) vagy funkcionális-orientáltak (például az alapvető testi és szellemi tevékenységek elvégzésére való képesség).

Intézményi struktúra és személyi állomány

A fogyatékosági nyugdíjhoz szükséges orvosi igazolást a személy saját orvosa állítja ki. Az orvosi igazolást és a jelentkezési lapot az SII az alkalmazotti biztosítóintézetek alkalmazásában álló, egészségügyileg képzett szakértők értékelik ki.

Az egészségügyi szakértő állásfoglalása fontos befolyásoló tényező, de a végső döntés a biztosítási hivatalnok kezében van. Az SII-höz/biztosítóhoz történő, „belső” fellebbezés esetén az ügy a korábbi döntéshozókból (egészségügyi szakértő és hivatalnok), valamint a munkaadó és a szakszervezet képviselőiből stb. álló testület elé kerül. Lehetőség van külső fellebbezésre is, a Közigazgatási Bírósághoz.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

Az öregségnyugdíj-korhatár (a férfiak és a nők számára egyaránt 65 év) elérésekor a fogyatékosági nyugdíj megszűnik. Korkedvezményes nyugdíjazásra (58-60 éves kortól, születési dátumtól függően) is lehetőség nyílik mind az országos, mind az alkalmazotti nyugdíjrendszer keretében, ha a munkaképesség bizonyos tényezők, például betegség, képességcsökkenés vagy sérülés következtében lecsökken. Az orvosi diagnózis kötelező, de annak megállapítása nem szükséges, hogy a személy más tényezőkhöz, például végzettségéhez, készségeihez stb. viszonyított jövedelemszerző képességének korlátozottságát elsősorban a diagnózis idézte elő.

Ezen túl 60 éves kortól lehetőség nyílik a korkedvezményes nyugdíjra (orvosi javaslat nélkül), és 58 éves kortól részidős nyugdíjra, ha a kereset csökkenése igazolható. Akiknek a foglalkoztathatósága alacsony, azok szolgálati idő/járulékfizetés hiánya miatt nagy valószínűséggel nem jogosultak az alkalmazotti nyugdíjra, (lásd fentebb).

FRANCIAORSZÁG

Intézkedések

A betegség vagy sérülés miatt munkaképtelenné vált emberek számára Franciaországban két fő jövedelemtámogatás van érvényben: a biztosításalapú *pension d'invalidité* (rokkantsági nyugdíj) és egy szociális ellátás, az *Allocation pour l'Adulte Handicapé* (felnőttkori fogyatékosági segély) (AAH). A munkaképtelenséget a két juttatás esetén más-más intézmény méri fel, eltérő módszerekkel. Az AAH megelőzte az általános szociális ellátási rendszert, az 1988-ban bevezetett *Revenu Minimum d'Insertion* (beillesztési minimáljövedelem) (RMI). Az RMI bevezetése vitát robbantott ki az AAH és más, kategóriákra épülő ellátási juttatások mögötti érvekről. Az RMI minden kedvezményezett számára olyan „beillesztési” szerződést biztosít, amely figyelembe veszi az illető különleges szükségleteit. Ennek kapcsán adódik a kérdés: „szükség van-e még fogyatékoságra vonatkozó speciális jogszabályokra, vagy épp ellenkezőleg, a fogyatékos embereket inkább úgy kellene kezelni, mint bármely más állampolgárokat?” (Alfandari, 1997, 684. o.) Az AAH végül fennmaradt, de egy, a *Rmistes* által az RMI alanyai körében végzett 1998-as felmérés során a megkérdezettek egyharmada számolt be olyan fogyatékoságról, amely munkaképességüket vagy mindennapos tevékenységüket korlátozta (Afsa, 1999, 3. o.). Ezen túl, mivel az AAH elbírálási ideje hosszú, az RMI-é pedig rövid, az RMI ideiglenes juttatásként is alkalmazható (Colin és mások, 1999, 7. o.).

Döntések

Pension d'invalidité

Valakit akkor nyilvánítanak rokkantnak, ha nem képes olyan állást találni, amellyel legalább az egyharmadát meg tudja keresni egy olyan személy bérének, aki ugyanazon a területen, ugyanolyan típusú munkát végez, mint korábban a szóban forgó egyén.

Három rokkantsági kategória van:

1. kategória: az egyén még képes valamilyen munka elvégzésére.
2. kategória: az egyén semmilyen foglalkozásban sem tud dolgozni.
3. kategória: az egyén munkaképtelen, és egy harmadik személy segítségére van szüksége mindennapos tevékenységeinek elvégzéséhez.

Az 1. kategóriájú rokkantságért járó nyugdíj az átlagbér 30%-a (a megelőző évek közül a legjobb 10 alapján számolva), a 2. kategória esetén ez 50%.

AAH

Azok a felnőttek, akik nem felelnek meg a biztosítási rendszer (SECU) járulékfizetési követelményeinek, AAH-t igényelhetnek, amelyhez a COTOREP (*Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel* = Foglalkoztatási Tájékoztató és Pályairányító Technikai Bizottság) felmérése és jövedelemteszt szükséges. A COTOREP felmérése alapján a vizsgált személynek legalább 80%-os rokkantnak kell lennie, illetve ha fogyatékosága miatt nem kap munkát, akkor 50–79%-ban fogyatékosnak.

Pension d'invalidité (rokkantnyugdíj)

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A biztosított dolgozók tartós vagy krónikus állapot esetén három éven át (egyébként egy hároméves időszakon belül összesen legfeljebb 360 napig) részesülhetnek betegségi juttatásban (*indemnités journalières*), de a *pension d'invalidité* odaítélésére vonatkozó döntés a hároméves időszak vége előtt is megszülethet, ha az illető egészségi állapota stabilizálódik, és előreláthatóan már nem javul (*consolidé*). A betegségi juttatások hosszú időtartamát olyan ellenőrzések kísérik a betegségi juttatási rendszeren belül, amelyek más országokban általában a betegségi juttatásokról rokkantsági juttatásokra történő áttérésben meghatározóak. Bővebben: a betegséget először a kezelőorvos igazolja, majd 3 és 6 hónap után újabb vizsgálatra kerül sor. Az igazolásokat a *Caisse Primaire d'Assurance Maladie*-nél (CPAM) (*Helyi Betegbiztosítási Alap*) a *médecin conseil*nek (a biztosítási intézmény tanácsadó orvosának) jóvá kell hagynia. A CPAM az egészségügyi kezelés valamint a készpénzes juttatások költséggazdálkodását ellenőrzi.

A betegség ideje alatt a beteg dolgozó munkaszerződését felfüggesztik, de azt a munkaadó nem mondhatja fel anélkül, hogy bizonyos eljárások lezajlottak volna. A munka törvénykönyvének egy 1990-es módosítása tiltja a dolgozók kizárólag rokkantság miatti elbocsátását. Az elbocsátást megelőzően a dolgozót egy munkahelyi orvos (*médecin du travail*) vizsgálja meg, akinek igazolnia kell, hogy az illető nem képes ellátni jelenlegi munkáját, és ajánlásokat kell tennie a szervezeten belüli alternatív álláslehetőségekre, vagy a meglévő állással kapcsolatos változtatásokra (például részmunkaidő). Habár a munkaadó nem köteles elfogadni a munkahelyi orvos ajánlásait, azokat csak erősen indokolt esetben utasíthatja el.

A betegségből részmunkaidős alapon is vissza lehet térni a munkába, részleges betegségi juttatás felvétele mellett. Ez csak „terápiás” céllal tehető meg, és a munkaadónak is bele kell egyeznie. Ez a helyzet legfeljebb hat hónapig tarthat.

A rokkantsági nyugdíj igénylésére vonatkozó döntés jórészt az érintett orvos kezében van. A potenciális kedvezményezettek önállóan is nyújthatnak be kérelmet, de ez nem megszokott és nem is ajánlott. Ha a *médecin conseil* az egészségi állapot stabilitásának hiánya miatt elutasítja a nyugdíj-kérelmet, akkor a személy saját orvosa és a *médecin conseil* által közösen kijelölt szakértőhöz lehet fellebbezni.

Felmérés

– diagnózis

A betegségi juttatások esetén a kezelőorvosnak pontosan meg kell neveznie a munka befejezését alátámasztó érveket.

– a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei

– a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete

A rokkantsági nyugdíjjal kapcsolatos kommentárok hangsúlyozzák, hogy a biztosított személy képességcsökkenése nem az illető állapotán múlik, hanem azon, hogy az állapota miként befolyásolja az illető képességét valamilyen jövedelemszerző munka elvégzésére.

A törvény értelmében a jogosultság megállapítása nem csupán a megállapított károsodások és egészségromlás súlyossága és jellege alapján történik, hanem az illető életkora, testi és szellemi képességei, szakképzettsége és korábbi munkatevékenysége alapján (Art.L 341-3 Code S.S). A rokkantsághoz tehát az egészségügyi szempontok mellett szakmai és szociális feltételek is kapcsolódnak.

Fel kell azonban hívnunk a figyelmet arra, hogy a *médecin conseil*nek a személy foglalkoztatási lehetőségeit a teljes helyi munkaerőpiacon kell megvizsgálnia. Ez eltér az „alkalmasság” és az „alkalmatlanság” *médecin du travail* (munkahelyi/üzemi orvos) általi felmérésétől, amely a személy egy bizonyos munka (esetleges átalakítással történő) elvégzésére való képességét vizsgálja. Elképzelhető tehát, hogy az illetőt a munkahelyi orvos „alkalmatlannak” találja, ugyanakkor a biztosítási doktor nem találja „rokkantnak”. Az (általános) rokkantság megállapítása ugyanakkor nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy az adott személy egy konkrét munkát elvállaljon. Ez a megkülönböztetés a foglalkoztatási törvényben jelent meg. A törvény kapcsán vita alakult ki arról, hogy a rokkantság megállapítása alapot szolgáltat-e a munkaadónak valaki elbocsátására a munkahelyi doktor által

végzett felmérés és az alternatív munkalehetőségek számbavételére (azaz az „alkalmasság” vagy az „alkalmatlanság” megállapítása nélkül). A Munkaügyi Minisztérium útmutatása szerint a rokkantság megállapítása nem tekinthető elbocsátásra automatikusan feljogosító körülménynek (DRT-körlevél, 94-13. sz., 1994. november 21.). Az első rokkantsági kategóriában felmért személyek esetében a *médecin du travail* megvizsgálhatja a munkába történő részleges visszavétel lehetőségét, és bizonyos körülmények között a második kategóriába tartozó személyek munkába való visszatérését is fontolóra veheti.

AAH

Felmérés

A felmérés a gyakorlatban két részből áll: az első szakasz a rokkantság százalékos mértékének megállapítása (aminek alapján három sávot különítenek el: A [0-tól kevesebb, mint 50%-ig], B [50%-tól kevesebb, mint 80%-ig] és C [80%, vagy afelett]), ezt követően pedig megvizsgálják, hogy az A-ba és a B-be tartozók képesek-e dolgozni. A COTOREP felméréseinek alapjául szolgáló „irányadó százaléktáblázat” a képességcsökkenés (*déficiences*), a fogyatékoság (*incapacité*) és a hátrányos helyzet (*désavantage social*) alapján készül. A táblázatból kiolvasható a képességcsökkenésekből következő fogyatékoságok mértéke. Más szóval: a legtöbb képességcsökkenés esetén annak súlyosságát a képességekre, illetve a fogyatékoságra gyakorolt hatása alapján mérik fel. (Kivételt képeznek az érzékszervi képességcsökkenések, amelyeket közvetlenül mérnek fel.) A bevezetésben használt kifejezésekkel élve, a franciaországi százaléktáblázatos módszer ahelyett, hogy a fogyatékoság százalékos mértékét közvetlenül a képességcsökkenésből próbálná meghatározni, a képességcsökkenések „fogyatékoságot előidéző hatását” vizsgálja. Amint azt a bevezetésben szintén említettük, a képességcsökkenésen alapuló rendszer alkalmazása azt jelenti, hogy a többszörös képességcsökkenések hatásainak összegzésére vonatkozó szabályra is szükség van (ebben az esetben a Belshazzar-képletet alkalmazzák). Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy e szabály csupán ajánlott.

– *diagnózis*

– *képességcsökkenés*

Az Irányadó százaléktáblázat címszavai nagyon hasonlóak az ICIDH-1 (*International Classification of Impairment, Disability and Handicap, 1st version, KKárosodás, fogyatékoságok és hátrányok nemzetközi besorolása, 1. változat*) listához. A kezelő- vagy más orvos által készített orvosi jelentések hivatalos formája azonban más címszavakat tartalmaz. (Az orvosi jelentés igen fontos: az igénylők kétharmada nem esik át újabb orvosi vizsgálaton.)

Az orvosi jelentés címszavai a következők:

Értelmi képességcsökkenések és/vagy pszichológiai zavarok és/vagy viselkedési nehézségek

Epilepsziával kapcsolatos képességcsökkenések

Halláskárosodás

Beszéddel és nyelvvvel kapcsolatos képességcsökkenések

A látási képesség csökkenései

Szív- és légzőszervi képességcsökkenések

Az emésztőrendszer képességcsökkenései

A vizeletürítési rendszer képességcsökkenései

Anyagcserével és enzimműködéssel kapcsolatos képességcsökkenések

A vér- és az immunrendszer képességcsökkenései

Az izom- és a csontrendszer képességcsökkenései

Külső elváltozások miatti képességcsökkenések

– *a testi és a szellemi képességek szabványosított leírása*

– *a mindennapi élet szabványosított leírása*

Az orvosi jelentés a képességcsökkenések következményeit az élet különböző területein tapasztalható önállóság alapján jellemzi, és három minősítést használ: A (teljesen, rendszeresen és helyesen képes elvégezni), B (csak részben, esetenként és helytelenül képes elvégezni) és C (nem képes elvégezni). A szóban forgó területek a következők:

Koherencia: logikusan és kiszámíthatóan képes érintkezni és viselkedni
Tájékozódás: tudatában van az időnek, a napszaknak és a tartózkodási helynek
Személyi higiénia
Öltözködés
Étkezés: képes elfogyasztani a feltálalt ételt
Kontinencia
Helyzetváltoztatás: képes felállni, lefeküdni és ülni
Lakhelyen belüli mozgás: bot, járókeret vagy kerekesszék segítségével vagy anélkül
Lakhelyen kívüli mozgás: képes elhagyni otthonát közlekedési eszköz nélkül
Távolsági kommunikáció: képes telefon, személyhívó vagy vészjelző használatára

Ezek pontosabbak és részletesebbek, továbbá jobban figyelembe veszik a valós tevékenységeket, mint az Irányadó százaléktáblázatban található címszavak, amelyek a tájékozódásra, a viselkedésre, az önállóságra és a társadalmi kapcsolatokra terjednek ki. Egyes területeken ugyanakkor az Irányadó százaléktáblázatban van az A-B-C osztályozásnál részletesebb besorolás.

– a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei

Az első orvosi jelentés leírja a személy hátrányos helyzetének az illető munkavégzési képességére gyakorolt hatását, kitérve a munkahely elrendezésére, a munkaórák számára, a nehézségekre, a mobilitásra és a munkából való hiányzások rendszerességére.

Az Irányadó százaléktáblázat nem tartalmaz foglalkoztatással kapcsolatos elemeket, sem a személyre vonatkozóan, sem általánosan. Nem egészen világos, hogy a COTOREP mi alapján dönt úgy, hogy egy 50–79%-os rokkantsági szintre besorolt személy fogyatékosága miatt nem képes munkát találni. Egy 1999-es tanulmány kimutatta, hogy a magasabb fokú fogyatékosággal élők nagyobb valószínűséggel (a 70%-os rokkantak 8/10-edé, az 50%-os rokkantak 4/10-edé) lesznek képtelenek arra, hogy munkát találjanak (Colin és mások, 1999., 6. o.). Az idősebb nők alkotják az egyik olyan csoportot, amely nagy valószínűséggel nem képes állást találni.

Intézményi struktúra és személyi állomány

A rokkantsági nyugdíj esetében a *médecin conseil* orvosi állásfoglalást fogalmaz meg. A végső döntést ennek alapján a *Caisse Régionale d'Invalidité* (a regionális rokkantpénztár) alkalmazásában álló *médecin contrôleur* (felülvizsgáló orvos) hozza meg. Az egészségügyi ellátás és a pénzügyi támogatás összevontan valósul meg: a CPAM illetve annak regionális szervezete felelős a kezelőorvosoknál jelentkező egészségügyi ellátási kiadások, illetve azon juttatási költségek ellenőrzéséért, amelyek a munkába történő visszatérésre tett javaslatok alapján keletkeznek.

A COTOREP felmérése az ICIDH-1 fogyatékosfogalmának egyik értelmezésén alapul. A felmérés elvileg megvizsgálja a képességcsökkenéseknek a „személyiség egészére” gyakorolt hatását, majd megfelelő ajánlást dolgoz ki a személy eligazítására (például rendes foglalkoztatás, vagy a védett foglalkoztatás felé). A felmérés során az egészségügyileg képzett szakemberekhez munkapszichológusok, szociális dolgozók és munkaügyi szakértők is csatlakoznak. A technikai csoport javaslatot tesz egy bizottságot javasol, amely a szociális partnerek, az egészségügyi, a foglalkoztatási és az ellátási szolgáltatók, valamint a fogyatékosszervezetek képviselőiből áll. A munkatörvénykönyv lehetővé teszi, hogy a fogyatékos ember személyesen terjessze ügyét a bizottság elé, és megvitassa vele a döntési lehetőségeket. A gyakorlatban ezek a bizottságok meglehetősen ritkán ülnek össze, és a fogyatékosok személyes megjelenése is inkább a fellebbezés során fordul elő, nem pedig az első döntés alkalmával. Ezen túl a COTOREP orvosa, vagy a COTOREP képviselőjében tevékenykedő orvos az igénylőket csak az esetek egyharmadában vizsgálja meg. Az ügyek jó részében tehát dokumentumok alapján születik döntés.

A COTOREP-nek két részlege van: az első a foglalkoztatási irányultsággal foglalkozik és a *travailleur handicapé* státuszról dönt; míg a második az AAH-hoz hasonló szociális juttatásokról dönt. A jelentkezési lapon az igénylőnek jeleznie kell, hogy foglalkoztatásra irányuló intézkedést (*insertion professionnelle*), juttatást vagy *carte d'invalidité*-t (rokkantigazolványt) igényel-e. A magyarázó szöveg hangsúlyozza, hogy a juttatást vagy igazolványt igénylőknek nem kell az első részleghez fordulniuk, és nem kell magukat felméréssel hátrányos helyzetű dolgozóvá nyilváníttatniuk.

A két részleg közötti összhang korlátozott, az első hagyományosan a Foglalkoztatási Minisztériumnak felel, míg a második a Szociálisügyi Minisztériumnak. Habár 1997-ben e két minisztériumot egyesítették (és így létrejött a *Ministère de l'emploi et de la solidarité* [Foglalkoztatási és Szolidaritási Minisztérium]), a tárcán belül a részlegek különállósága megmaradt. Ez leginkább az AAH szempontjából érdekes, mert ebben az esetben a felmérést a második részleg végzi, annak ellenére, hogy az 50–80%-os fogyatékosági szintre sorolt személyek jogosultsága munkalehetőségeik felmérésétől függ.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A *pension d'invalidité* 20 és 60 év közötti emberek számára fizethető, 60 éves korban a kedvezményezettek átkerülnek az öregségnyugdíj-rendszerbe (*régime de la Pension Vieillesse*). Akik 60 éves koruk után válnak munkaképtelenné, azok esetében lehetőség van egészségügyi karkedvezményes nyugdíjazásra (persze a megszakítás nélküli szolgálati idővel rendelkezők közül is sokan minden további nélkül nyugdíjba mehetnek 60 éves korukban). Az „egészségügyi karkedvezményes nyugdíj” (*une retraite anticipée pour inaptitude au travail*) feltétele a munkaképesség legalább 50%-ának elvesztése, valamint (a még dolgozók esetében) annak megállapítása, hogy a munka folytatása veszélyezteti a személy egészségét. Megjegyezzük, hogy ez a juttatás munkaszempontú fogyatékoságon (alkalmatlanságon) alapul, nem pedig a tartós betegségek és rokkantsági juttatások adminisztrációja során alkalmazott általános fogyatékosági koncepción. 1999 óta az AAH kedvezményezettjei 60 éves kortól szintén átkerülnek az öregségnyugdíj-rendszerbe. 2000-től a különleges feltételek teljesülése esetén foglalkoztatott hátrányos helyzetű dolgozók 57 éves kortól mehetnek nyugdíjba.

NÉMETORSZÁG

Intézkedések

A fő rendelkezés a csökkent munkaképességűek jövedelemének támogatására Németországban az *Erwerbsminderungsrente* (a csökkent jövedelemszerző képesség miatti nyugdíj, az EMR). Ez járulék-alapú biztosítási juttatás. A fogyatékosok számára szociális ellátás is rendelkezésre áll, de a fogyatékos-ság vizsgálata az ellátási és a mozgási szükségletekhez kapcsolódik, nem pedig a munkaképességhez.

Döntések

Az EMR azoknak fizethető, akiknek a megélhetés biztosítására irányuló képessége „betegség vagy fogyatékoság” (*Krankheit oder Behinderung*) következtében részlegesen vagy teljesen lecsökkent.

A teljes munkaképtelenségről a definíció szerint akkor beszélünk, ha az illető nem képes napi 3 óránál többet dolgozni; részleges munkaképtelenségről pedig akkor, ha az illető 3–6 óra hosszát képes dolgozni.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

Egy-egy munkája során megbetegedő személy hat további héten át jogosult munkaadójától bérre. A fizetési felelősség ezután a betegségbiztosítási alapokra (*Krankenkassen*, KK-k) száll, amelyek a bér 80%-át fizetik, legfeljebb 78 hétig. A KK ez alatt az időszak alatt EMR-igénylésre szólíthatja fel a beteg személyt. Erre a lépésre az igénylőnek 10 hét áll a rendelkezésére. A KK egészségügyi rehabilitációt és egészségügyi ellátási kiadásokat is finanszíroz.

A KK-k a munkaképtelenséget (*Arbeitsunfähigkeit*) méri fel, tehát a fogyatékoságot a személy legutóbbi munkájához viszonyítva mérik fel. Ezzel ellentétben az EMR esetében a megélhetéshez szükséges jövedelem megszerzésének képtelenségét (*Erwerbsunfähigkeit*) mérik fel, tehát a személynek az általános munkaerőpiacra vonatkozó átfogó képességeit.

Az EMR-igénylést rehabilitációs kérelemként kezelik, és a hosszú távra szóló juttatás jóváhagyása előtt meg kell vizsgálni a rehabilitációs lehetőségeket. Ha a foglalkoztatott személy munkaképessége csökken, de az illető nem szenved olyan súlyos betegségben, ami miatt abba kellene hagynia a

munkát, akkor neki elvileg a nyugdíjalapok rehabilitációs szervezeteitől kell segítséget kapniuk (ez utóbbiakban a KK-k esetleg részt sem vesznek).

Felmérés

– *diagnózis*

A betegségi igazolást a kezelőorvos (a háziorvos vagy kórházi orvos) állítja ki. Az EMR iránti igény beadásakor a kezelőorvosnak jelentést kell készítenie a diagnózisról, a fennálló panaszokról, a betegség hátteréről, a folyamatban lévő kezelésről, az orvosi vizsgálatok eredményéről és egyéb egészségügyi információkról (súly, magasság, vérnyomás, teszteredmények stb.), valamint a betegség addigi lefolyásáról és időtartamáról.

Ha a nyugdíjintézet egészségügyi szolgálata úgy dönt, hogy az igénylőt meg kell vizsgálni, akkor újabb orvosi jelentés készül, amely felülvizsgálhatja a diagnózist. Ebben az jelentésben a diagnózist az ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10th revision, Betegségek nemzetközi besorolása, 10. módosítás*) szerint kódolják, és a tünetek (krónikus, ismétlődő stb.) leírására további kódokat alkalmaznak.

– *képességcsökkenés*

A kezelőorvos jelentésében a „funkcionális korlátozottságok” leírásának is szerepelniük kell, de ezek lehetséges változatairól nincs lista. A biztosítási alapok által megrendelt orvosi jelentések is tartalmazzanak egy, a funkcionális korlátozottságra vonatkozó részt, további címszavakkal, s e címszavak jelzik, hogy az illető személy siket, vak, szellemi fogyatékos vagy kerekesszék-használó-e.

– *a munkahelyi élet szabványosított leírása*

Az alapok orvosi jelentése „szociális egészségügyi felmérést” is tartalmaz, amely leírja az illető képességeit az általános munkaerő-piacra vonatkozóan. A *Leistungsbild* úgynevezett pozitív és negatív elemeket tartalmaz. A pozitív elemek közé tartozik annak felmérése, hogy az illető képes-e nehéz/ közepes/viszonylag könnyű/könnyű munkát végezni; állni, ülni, járni, végig/az idő egy részében; nappali/esti vagy éjszakai műszakban dolgozni.

A pozitív elemek közé tartozik az alábbiak felmérése: összpontosítást, alkalmazkodóképességet, rugalmasságot, felelősséget, a külvilággal való kapcsolatteremtést igénylő munkák elvégzésére való egészségügyi/pszichológiai képesség; érzékszervi képességek: látás, hallás, beszéd stb.; tartás és mozgékonyság; a kezek használata, hajolás, lépcsőmászás, hordás.

A felmérés azokat a körülményeket is jelzi, amelyek veszélyesek lehetnek az illető számára: magas páratartalom, huzat, hőmérséklet-ingadozás, allergiás reakciót kiváltó tényezők, zaj, sűrűn változó munkaidő.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a testi és a mentális képességek szabványosított leírásában átfedés figyelhető meg más országok rendszereivel. Nem teljesen egyértelmű, mivel indokolható a „pozitív” és a „negatív” elemek elkülönítése. A pozitív elemeket szokásos lehetséges munkakörülményeknek tekinthetjük, míg a negatív elemek láthatóan olyan munkahelyi követelményekre utalnak, amelyek a személy problémáival kapcsolatosak.

A felmérés eredményeképpen az orvos kifejti álláspontját arról, hogy a személy hány órát tud dolgozni, jöllehet az időszavak nem egyeznek meg azokkal, amelyeket a részleges és teljes EMR-ben alkalmaznak. Az egészségügyi jogosultságról szóló összefoglaló ajánlást készítő orvos-szakértő részletes útmutatót használ, amely leírja az egyes egészségügyi állapotok hatását az illető lehetséges munkateljesítményére. Az útmutató nagy hangsúly fektet a szóban forgó személy egészségállapotáról szóló diagnosztikai beszámoló és az illető munkaerő-piaci korlátozottságairól szóló beszámoló közötti összhangra.

– *a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei*

Az igénylőlapon az igénylő feltünteteti tanulmányi és szakmai előmenetelét. Az illető által elszenvedett veszteséget egy hasonló, a munkaképtelenséget okozó állapotban nem szenvedő ember keresetéhez viszonyítva mérik fel. Ha az egészségügyi felmérés részleges munkaképtelenséget mutat ki, akkor az alapnak be kell bizonyítania, hogy létezik megfelelő állás, különben teljes juttatást kell fizetnie. Jelenleg a részidős lehetőségek igen korlátozottak tűnnek (a részidős munkaerőpiac „zárvan”), ezért általában teljes kifizetés történik. Ez a gyakorlat összhangban van a munkaügyi bíróság egyik kulcsfontosságú döntésével.

Intézményi struktúra és személyi állomány

A németországi rendszerre a magasan képzett szakértők bevonása és sok információ begyűjtése jellemző. A felmérési eljárás általában hosszadalmas. Az egészségügyi ellátás és a kiegészítő támogatások integrációja következtében a kiegészítőjuttatások jóváhagyását megelőző felméréseken részt vevők, további egészségügyi eljárások és tesztek elvégzését kérhetik.

A rendszerre ugyanakkor az is jellemző, hogy az egészségügyi és a szakmai rehabilitációval kapcsolatos felelősségek igen bonyolultan oszlanak meg a KK-k, a nyugdíjbiztosítási alapok és a munkaerő-piaci szolgálat között. A szóban forgó intézmények közötti egyeztetés erősítését számos kormányzati intézkedés célozza. A legutóbbi kezdeményezés az „együttes szolgáltató központok” létrehozása volt, ezek tájékoztatják a fogyatékos személyeket a jogosultsági feltételekről és megnevezik a rehabilitációt intéző és finanszírozó illetékes alapot.

Az EMR-re vonatkozó végső döntést technikailag egy-egy közigazgatási jogi szakértő hozza meg, aki egészségügyi felmérési eredményeket szinte mindig elfogadja. A köztisztviselő megvizsgálja, hogy vannak-e megfelelő álláslehetőségek azok számára, akiknek részleges juttatást kínálnak fel (a részidős munkaerőpiacról lásd feljebb). Az egészségügyi jogosultságról átfogó álláspontot kialakító orvos-szakértő potenciálisan orvosi jelentések igen széles köréhez fér hozzá, de magával az igénylővel nem találkozik. A döntések egészségügyi indokainak dokumentálásán, illetve a szociális bíróság döntései alapján rendszeresen felülvizsgált irányelvek alkalmazásával jelentős hangsúlyt kap a következetes döntéshozatal.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

Korkedvezményes nyugdíj-intézkedések: A megfelelő számú biztosítási évvel rendelkező dolgozók a hivatalos, 65 éves korhatár előtt is nyugdíjba mehetnek, a férfiak 63, a nők 60 éves korban. 60 éves kortól a dolgozók egy év munkanélküliségben töltött idő után nyugdíjba mehetnek.

Korábban már említettük, hogy az EMR felmérési eljárása hosszadalmas lehet, és az egészségügyi kérdések mellett a rehabilitációs lehetőségeket is megvizsgálják. Úgy tűnik, az eljárás rugalmasan tud alkalmazkodni az igénylők különféle szükségleteihez és körülményeihez. A belső rugalmasság ugyanakkor intézményi merevséggel, valamint az egyes intézmények közötti, végeláthatatlan felelősség- és hatás-körmegosztási vitákkal jár. Ez az intézményes megosztottság bizonyos határvonalak kialakulásához vezetett, s ez részben megmagyarázza, miért korlátozott az EMR-ben részesülők száma.

GÖRÖGORSZÁG

Intézkedések

Görögországban a rokkantság következtében munkaképtelenné vált emberekre irányuló fő intézkedések a következők:

- alkalmazotti nyugdíjrendszerek, köztük például az általános rendszer, az IKA, és a közalkalmazottakra vonatkozó rendszer;
- nyugdíjrendszerek a mezőgazdasági dolgozók és az önfoglalkoztatottak számára, akik a görögországi munkaerőpiac számottevő részét alkotják;
- járulégmentes szociális ellátás a speciális szükségletű, és egészségi állapotuk javítására speciális programokban részt vevő munkaképtelenek számára.

Az egyes biztosítási rendszerek munkahelyi sérülésre, és munkahelyi megbetegedésre vonatkozóan is tartalmaznak intézkedéseket. A fogyatékoság mértékének a meghatározása minden rendszer esetében azonosan történik, különbség csak a nyugdíjra való jogosultság elnyeréséhez szükséges járulékfizetési előtörténetben, illetve a nyugdíjat kiegészítő egyéb jövedelmekkel kapcsolatos intézkedésekben mutatkozik. Az egészségügyi bizottságok, amelyek meghatározzák az „egészségügyi” fogyatékoság mértékét (lásd alább), azt is megvizsgálják, hogy elég erős-e a munkahely és a sérülés/betegség és/vagy a keletkező képességcsökkenés közötti ok-okozati kapcsolat ahhoz, hogy az illető jogosulttá váljon a munkahelyi sérülésekre és betegségekre vonatkozó intézkedésekre.

Döntések

A legfontosabb biztosítási rendszer az alkalmazotti rendszer, az IKA. Az IKA

- részleges rokkantság (50%-tól 67% alatti szintig)
- rokkantság (67%-tól 80% alatti szintig)
- súlyos rokkantság (80% vagy annál súlyosabb)

esetén, míg a többi biztosítási rendszer csak rokkantság (67% vagy afelett) esetén vehető igénybe.

Az IKA-rendszerben a 100%-os rokkanttá minősített személy 50%-nyi többletsegélyt kap.

Az IKA esetén a rokkantság jogi definíciójában a jövedelemszerző képesség a rokkantsági százalék kiszámításának alapja, például:

- súlyos rokkantság (80% vagy afölött): a személy erejének, készségeinek és végzettségének megfelelő munkával legfeljebb a 20%-át képes megkeresni annak, amit egy hasonló egészséges ember tudna megkeresni;
- rokkantság (67% vagy afelett): a személy megszokott szakterületén, erejének, készségeinek és végzettségének megfelelő munkával legfeljebb az egyharmadát képes megkeresni annak, amit egy hasonló, de egészséges ember tudna megkeresni ugyanazon a szakterületen;
- részleges rokkantság (50% vagy afelett): a személy megszokott szakterületén, erejének, készségeinek és végzettségének megfelelő munkával legfeljebb a felét képes megkeresni annak, amit egy hasonló, egészséges ember tudna megkeresni ugyanazon a szakterületen;

A felmérést alapvetően egészségügyi jellegű szempontok uralják annak ellenére, hogy az a jövedelemszerző képességre is hivatkozik, és a rokkantság egyes fokait különböző foglalkozásokra és régiókra vonatkozó szempontokhoz igazítja.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

Az IKA azokat a biztosított személyeket részesíti betegségi juttatásban, akiknek a betegségét saját orvosuk igazolja.

Felmérés

– diagnózis

Az IKA-hoz kapcsolódó kiértékelések két részből állnak: az „orvosi” rokkantság kiértékeléséből, ami az egészségi állapotnak, illetve a képességcsökkenés fokának és tartósságának meghatározását jelenti, valamint a „biztosítási” rokkantság kiértékeléséből, ami a jövedelemszerző képesség csökkenésének a felmérésére utal. Az orvosi rokkantság megállapítása az egészségügyi bizottságok feladata. Döntésük ellen magasabb szintű egészségügyi bizottsághoz lehet fellebbezni, de azt a biztosítási hatóságoknak el kell fogadniuk.

Különleges intézkedések („rövidített utak”) lépnek életbe bizonyos diagnózisok és körülmények, például az IKA-ban paraplegia (mindkét alsó végtag bénulása), tetraplegia (mind a négy végtag bénulása), thalassemia (mediterrán anémia), vakság esetén. A szociális ellátásban különleges intézkedések vonatkoznak a vakság, a bénulással járó encephalopathia (agykárosodás), a thalassemia vagy az AIDS, a Hansen-kór, a siketnémaság, a paraplegia és a tetraplegia, a súlyos szellemi visszamaradottság (30-nál alacsonyabb IQ) stb. esetére. Az igazoló bizottság (lásd alább) által jogosultnak nyilvánított személyek segítésére irányuló általános intézkedéseken belül a vesebetegségben és a cukorbetegségben szenvedők számára létezik rövidített eljárás.

– képességcsökkenés

A Fogyatékosági fok kiértékelési útmutatóját (1993) az egészségügyi és igazoló bizottságok alkalmazzák. Az útmutató skálákat és besorolásokat tartalmaz a megadott egészségügyi körülmények által előidézett fogyatékoság fokának meghatározására. Az útmutató orvosi szakterületek szerinti fejezetekre bomlik, ezek:

- belgyógyászat,
- bőr- és szubkután szövetek,
- pszichiátria és neurológia,
- ortopédia,
- fül-orr-gégészet,

sebészet,
szemészet,
foglalkozási betegségek.

A fejezetek különböző diagnosztikai alcímekre oszlanak. Bizonyos esetekben, például végtag-sérüléseknél (az izomzat és a csontok képességcsökkenései) vagy szemészeti/látási problémák esetén, a rokkantság fokának pontos mérését finoman tagolt skálák segítik elő.

– a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei

Az útmutató lehetőséget teremt annak figyelembe vételére, hogy a rokkantság fokát a személy szokásos munkája miként befolyásolja (például az, hogy szellemi vagy fizikai munkáról van-e szó). Egyes foglalkozásokkal kapcsolatban felsorol bizonyos korlátozó képességcsökkenéseket, például sofőrök vagy festők esetében a színtévesztést. Az IKA-hoz szükséges felmérés során a bizottság a munka elkezdése/biztosítás megkötése óta elszenvedett veszteség megállapítására törekszik. Ezáltal lehetővé válik az egyes munkahelyi hatások figyelembe vétele. Ez azt is jelenti, hogy a már korábban (például gyermekkorban) is fennálló problémák nem feltétlenül vonnak maguk után magas rokkantsági fokot.

– a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete

Az útmutató bizonyos részei alapján a bizottság szintén figyelembe vehet:

- olyan egyéni jellemzőket, mint amilyen az életkor és a nem; például az útmutató a felső végtagok sérülése esetén az életkortól függően más és más rokkantsági fokot ír elő;
- végzettséget: a szellemi visszamaradottság felmérése esetén a bizottság szem előtt tartja az elért végzettséget;
- szociális tényezőket: bizonyos esetekben (például a kábítószer-függőség és a mozgásszervi rendellenességek kapcsán) szóba kerülnek a szociális integrációra, a társadalmi kapcsolatokra és az önállóságra gyakorolt hatások.

Az „orvosi” rokkantság megállapítása során a fenti tényezők beszámításán túl a biztosítási hatóságok 17 százalékponttal növelhetik az egészségügyi bizottság által meghatározott rokkantsági százalékot (figyelembe véve ezáltal a munkaerő-piaci és az egyéb szociális tényezőket).

Intézményi struktúra és személyi állomány

Az IKA egészségügyi bizottságai (amelyek az „egészségügyi” fogyatékosokról döntenek) nem azonosak más biztosítók egészségügyi bizottságaival, illetve az Egészségügyi és Szociális Ellátási Minisztérium által létrehozott igazolóbizottságokkal, amelyek a fogyatékosági igazolvány, és más intézkedések, például a szociális ellátás adminisztrációját végzik. Ugyanaz az orvos azonban egyszerre több bizottságban is részt vehet, és bizonyos esetekben az IKA bizottságainak szolgáltatásait más biztosítók is igénybe veszik.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

Az öregségi nyugdíj korhatára 65 év a férfiak és 60 év a nők esetében (az utóbbi emelkedik). Számos kordedvezményes intézkedés áll rendelkezésre azok számára, akik elegendő járulékot fizettek be, valamint akik nehéz vagy egészségtelen munkát végeztek, illetve az építőiparban dolgoztak. A biztosítási rendszerbe 1993. január 1-je után belépőkre azonban már más rendelkezések vonatkoznak.

Habár az önfoglalkoztatottak és mezőgazdasági dolgozók is beléphetnek a biztosítási rendszerbe, a nem alkalmazotti státuszban lévők magas aránya a munkaerő-állományon belül arra enged következtetni, hogy Görögországban sokan nem részesülnek majd biztosításalapú juttatásokban, ehelyett szociális ellátásra lesznek utalva. Görögországban nincs átfogó szociális ellátórendszer. Szociális ellátásban hagyományosan azok részesülnek, akik bizonyos, meghatározott egészségügyi problémával élnek.

Egy 1989-es és egy 1995-ös törvény bevezette ugyan egy fogyatékosokra irányuló, átfogóbb rendszer egyes elemeit, de azok a különleges szükségletekre helyezik a hangsúlyt, nem pedig a munkaképtelenségből következő alacsony jövedelemre.

ÍRORSZÁG

Intézkedések

Azok számára, akiknek a munkaképessége betegség vagy képességcsökkenés miatt tartósan lecsökkent, Írorszában két jövedelemtámogató juttatás áll rendelkezésre: egy járulékalapú rokkantsági nyugdíj és egy nem járulékalapú, jövedelemtesztől függő fogyatékosági segély. A rövidtávú, járulékalapú (legfeljebb egy évig fizethető) betegségi juttatás neve jelenleg fogyatékosági juttatás. Javaslat született ennek betegségi juttatásra való átnevezésére, valamint egy nem járulékalapú betegségi juttatás bevezetésére is, ezek végrehajtása azonban még várat magára.

Döntések

A fogyatékosággal kapcsolatos döntések az egyes juttatások esetében némileg eltérnek, jóllehet a felmérési eljárások igen hasonlóak. A rokkantsági nyugdíj esetén a személy munkaképtelenségének legalább egy évig folyamatosan fenn kell állnia (miközben rövidtávú fogyatékosági juttatást kap), vagy a munkára való képtelenségnek véglegesnek kell lennie, illetve 60 év felett az illetőnek súlyos betegségben vagy képességcsökkenésben kell szenvednie. (Tehát a nagyon súlyos állapotban lévők, vagy a 60 évnél idősebb súlyos betegségben vagy képességcsökkenésben szenvedők a rokkantsági nyugdíjhoz az átmeneti, 12 hónapos betegségi egély-időszak kitöltése nélkül is hozzájuthatnak.)

A „munkaképtelenség” azt jelenti, hogy a szóban forgó személy valamely konkrét betegség, illetve testi vagy szellemi fogyatékoság következtében nem képes dolgozni, vagy az érvényben lévő szabályok alapján minősül munkaképtelennek. A fogyatékosági segély felvételének „orvosilag indokoltnak” kell lennie (valamint az illetőnek a jövedelemteszten is át kell mennie). A segély orvosilag akkor indokolt, ha a személy „olyan sérülésben, betegségben, illetve testi vagy szellemi fogyatékoságban szenved, amely legalább egy éve fennáll, vagy várhatóan legalább egy évig fenn fog állni. A szóban forgó személyt állapota lényegesen akadályozza azoknak a munkáknak az elvégzésében, amelyekre egyébként egy ugyanolyan korú, hasonló tapasztalatokkal és képzettséggel rendelkező személy alkalmas lenne”.

Ezeket a definíciókat az átfogó orvosi felmérés (Medical Review Assessment, MRA) útmutatója megismétli, de nem szolgál iránymutatással abban a tekintetben, hogy a feltételek eltérő megfogalmazása a gyakorlatban mennyire változtatja meg a döntést. A különféle juttatásokhoz ugyanaz az MRA-s értékelési ív használatos.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A fogyatékosági segély az alkalmazott megbetegedését követő három „kivárási nap” leteltével fizethető. A munkaadónak nincs törvényben előírt táppénz-fizetési kötelezettsége, de a dolgozókkal kötött kollektív vagy egyéni megállapodások alapján erre, vagy a bérfizetés folytatására sor kerülhet. A törvény arra sem kötelezi a munkaadókat, hogy elősegítsék a beteg személy visszatérését a munkába. Eddig még senki nem tette próbára azt az elképzelést, hogy ezek a köteleességek a fogyatékos emberek diszkriminációjának foglalkoztatási egyenlőségi törvényben (1998) kimondott tilalmából következzenek. A fogyatékosági juttatás a rokkantsági nyugdíj „előszobájának” tekinthető (lásd feljebb).

Az 1996 októberében bevezetett, nem járulékalapú fogyatékosági segélyhez – amely az egészségügyi bizottság által adott Fogyatékos emberek ápolási segélyét váltotta fel –, mindenek előtt az igénylő saját orvosa, mint „igazoló orvos” által kiállított igazolásra van szükség. Az igénylőlapon a kezelő leírja a diagnózist, a kórtörténetet és a folyamatban lévő kezelést. Az orvos továbbá elvégzi a fent leírt funkcionális felmérést is (szellemi épség, tanulás, öntudat stb.). Kezdetben az igény ezeknek az információknak az alapján jóváhagyható. Néhány hónap elteltével felülvizsgálják a helyzetet, a fogyatékosági juttatás, a rokkantsági nyugdíj esetén alkalmazott MRA-eljárással.

Felmérés

– diagnózis

Betegségből eredő igény esetén először az igénylő saját orvosa igazolja a munkaképtelenséget (feltéve, hogy a szóban forgó orvos igazolóorvosi minősítéssel rendelkezik a szociális jóléti törvény alapján). Az orvosnak meg kell határoznia a fogyatékoság típusát, ezt az orvosi diagnózis és a tünetek megadásával teszi. Az „elsődleges fogyatékosági igazolás” űrlapon egy lista található a szokványos panaszokról: például hasi fájdalom, törés, szívrendellenesség stb., mellette üres hely szolgál az állapot pontos leírására. A Szociális, Közösségi és Családügyi Minisztérium tisztviselői az állapotot kóddal látják el, és a kódnak megfelelő hivatkozási dátumot rendelnek hozzá. Ha az igény fennmarad, egészségügyi felmérés következik.

Az igénylő orvosa által leírt állapotra a „munkaképtelenség igazolt okaként” (certified cause of incapacity, CCI) hivatkoznak. Az MRA-rendszerről (lásd alább) szóló útmutató kimondja, hogy az egészségügyi felmérés végrehajtója „nem vitatja a CCI fennállását”, hanem a munkával kapcsolatos tevékenységekben tapasztalható hatékonyságvesztés fokát és annak munkaképességre gyakorolt hatását méri fel. Az MRA értékelési ívében ugyanakkor egy „rendszeráttekintés és orvosi vizsgálat” rész is van, amelynek keretében az orvos leírja az általános egészségi állapotot az egyes egészségügyi területekre lebontva (szellemi, légúti, keringési, táplálkozási stb. problémák), és összefoglalja a „lényeges klinikai eredményeket”.

– a fizikai és szellemi képességek szabványosított leírása

Az átfogó orvosi felmérést (MRA) az értékelő orvosok végzik. Az értékelő orvosok lejegyzik az igénylő kórtörténetét és a rajta végrehajtott sebészeti beavatkozások történetét, a CCI szempontjából lényeges eseményekre helyezve a hangsúlyt. Leírják továbbá az igénylő szolgálati idejét, végzettségét és szak-képzettségét, továbbá rögzítik az igénylő nyilatkozatát saját egészségi állapotáról, illetve annak a „szokásos napi tevékenység/munkával kapcsolatos tevékenység elvégzésére” gyakorolt hatásáról. Az értékelő ezt követően „klinikai leírást” ad az igénylő állapotának hatásairól, a következő funkcionális területekre lebontva: szellemi épség, tanulás, öntudat, egyensúly, látás, hallás, beszéd, kontinencia, nyújtózkodás, emelés/hordás, kézügyesség, hajlás/ térdelés/ guggolás, ülés, állás, lépcsómászás, járás.

E területek mindegyikén az egészségi állapot következményét a következő kategóriák jellemzik: normális, enyhe, közepes, súlyos, mélyreható. Az útmutató szerint valamely területen akkor adható normális minősítés, ha „a funkcionális terület nem áll kimutatható összefüggésben a CCI-vel, illetve egyéb jelentős, kórtörténetben szereplő mozzanattal, továbbá ha a szóban forgó területen lényeges rendellenesség nem tapasztalható”. Más szóval, az értékelőnek csak a CCI-hez kapcsolódó funkcionális korlátozottságokat kell felderítenie. Az útmutató kiemeli továbbá, hogy az értékelő álláspontját „nem az alapján alakítja ki, hogy az igénylő maga milyen hatásokat érez, és nem feltétlenül a vizsgálat során mutatott teljesítmény alapján, hanem a kórtörténet értékelése, a rendelkezésre álló egészségügyi adatok és a lényeges klinikai eredmények alapján”.

Az útmutató azt javasolja az értékelő számára, hogy ha az igénylő egyes funkcionális területekre vonatkozó képességéről alkotott véleménye eltér az igénylőétől, akkor arról tegyen említést, például: „az igénylő tüneteit az objektív klinikai leletek nem magyarázzák kielégítő módon”. Amennyiben az értékelő és az igénylő véleménye megegyezik, akkor „kijelenti, hogy az eredmények összhangban vannak a tünetekkel”. Ha mentális egészségügyi probléma merül fel, akkor az értékelő egy négy területre osztott mentális egészségügyi tesztet végez, e területek: feladatmegoldás, mindennapi élet, stressztűrő-képesség, más emberekkel való érintkezés.

Az Egyesült Királyságban a szellemi fogyatékoság felmérésében szintén négy terület különíthető el, és a felmérést végzők útmutatója igen hasonló, főként abban, hogy nagy jelentőséget tulajdonít a személy mentális képességeinek közvetett feltárására a mindennapi tevékenységekkel és tapasztalatokkal kapcsolatos, lényeges információk begyűjtése révén.

– a munkahelyi élet szabványosított leírása

Az MRA-folyamat utolsó része a „munkaképesség-felmérés”. Ha az igénylő legalább 6 hónapja nem dolgozik és nincs számára betölthető állás, vagy soha nem is volt foglalkoztatásban, akkor az értékelő átgondolja, hogy a szóban forgó személy képes lenne-e a felsorolt kategóriákba eső munkák elvégzésére. E kategóriák a munka nehézsége (könnyű, közepes, nehéz) és az ahhoz szükséges képzettség (alacsony/közepes/magas) mentén különülnek el, összesen tehát 9 kategória van A-tól (könnyű/magasán képzett) I-ig (nehéz/alacsonyan képzett). Az egyes kategóriákhoz példák is tartoznak (szak-

képzett, tudományos, építőipari, hulladékgyűjtő). Az értékelőnek le kell írnia, hogy „funkcionális szempontból” az igénylő miért képes bizonyos munka elvégzésére, például „mert hosszú időn át, kényelmetlenség nélkül képes ülni” stb. Munkaképtelenség esetén elég röviden utalni a funkcionális felmérés eredményeire.

Az értékelőnek arra is ki kell térnie, van-e nem funkcionális képességcsökkenést okozó tényező. Ez alatt értendő az „azok a tényezők, amelyek jóllehet nem érintik hátrányosan az adott személy munkával kapcsolatos tevékenységeinek elvégzésére való képességét, mégis képességcsökkenést okozó körülményként értékelhetők”. Ilyenek például a rosszindulatú magas vérnyomás, a szívritmuszavarok stb. E tényezők közé sorolhatók a fáradtságot és kimerültséget előidéző körülmények is, valamint azok a helyzetek, amelyekben a munka következtében a személy állapota súlyosbodhat.

– a mindennapi élet szabványosított leírása

A mentális egészségfelmérés (lásd feljebb) a személy mindennapi életének szociális vonatkozásait leíró beszámolóra épül. Az igazoló orvosok (nem az értékelő orvosok, hanem a betegségi igazolást kiállító saját orvosok) útmutatója kimondja, hogy „ha nincs kilátás a munkába történő korai visszatérésre, akkor az igazoló orvosnak a személy otthon elvégzendő munkáival kapcsolatban kell megvizsgálnia a munkaképességet, nem pedig korábbi foglalkozására vonatkozóan. Ez különösen érvényes azokra az emberekre, akik háztartásukat a betegség alatt saját maguk vezetik, és akik a közeljövőben nagy valószínűség szerint nem térnek vissza előző foglalkozásukhoz”. Az MRA-rendszer munkaképesség-felmérése azonban nem tesz említést a háztartási munkáról.

Intézményi struktúra és személyi állomány

A juttatásra való jogosultságról a végső döntés egy irodai döntéshozó tisztviselő kezében van, aki számba veszi a jogosultságot alátámasztó egészségügyi, illetve nem egészségügyi tényezőket. A fogyatékoság („orvosi jogosultság”) meghatározásában csak orvosszakértő vesz részt.

Az értékelő orvosoknak szóló útmutató azt sugallja, hogy az MRA-felmérés és a személy saját orvosa által (aki valószínűleg rendelkezik a betegségi juttatásokhoz kapcsolódó igazoló orvosi minősítéssel) kialakított álláspont között igen szoros a kapcsolat. A diagnózis/CCI meghatározása a személy saját orvosának kizárólagos joga.

Az értékelő orvosok bejelentett gyakorló orvosok, de ezzel egyidőben a minisztérium teljes munkaidős alkalmazottai, akik speciális képzéssel rendelkeznek a humán fogyatékoságtérítés terén.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

Rokkantsági nyugdíjazásra csak az öregségnyugdíj-korhatár alatt van lehetőség, de a nyugdíj fizetése a korhatár betöltése után is folytatódik. A rokkantsági nyugdíj összege először 65 éves korban, majd 80 év felett megemelkedik.

OLASZORSZÁG

Intézkedések

Tárgyalásunkban az *Assegno ordinario di invalidita*-ra (AOI) (rendes rokkantsági juttatásra) helyezzük a fő hangsúlyt, amely a korábbi foglalkozásukban munkaképességük legalább 67%-át elvesztő személyeknek fizethető, járulékalapú segély. Létezik nem járulékalapú jövedelemtámogató intézkedés is, a *Pensione di inabilita*, amit a bármely foglalkozásban 100%-osan munkaképtelenné vált emberek kaphatnak; továbbá az *Assegno mensile*, amely a munkaképességük legalább 74%-át elvesztőknek havonta fizetett juttatás. E két utóbbi juttatás, valamint az ellátást és a gondozást igénylőknek fizetett támogatások esetén a felmérést az Országos Egészségügyi Szolgálat orvosi bizottságai végzik.

Meghozandó döntések

A döntés tárgya az, hogy a dolgozó „munkaképességének” (*capacita di lavoro*) legalább 67%-át elvesztette-e. Az előbbtől eltérő fogalom a „jövedelemszerző képesség” (*capacita di guadagno*). Egy 1970-es évek elején hozott bírósági döntés megállapította, hogy a „jövedelemszerző képesség”

meghatározásakor figyelembe kell venni a munkaerő-piaci körülményeket. Munkaerő-piaci visszaesés esetén tehát a személy jövedelemszerző képessége lecsökken.

Egy 1980-as tanulmány kimutatta, hogy e megközelítés eredményeképpen a juttatások száma jelentősen megugrott, és azt hangoztatta, hogy a rokkantsági nyugdíj egyfajta kordedvezményes nyugdíjként működik. Az 1980-as reformok a „jövedelemszerző képesség” kritériuma helyett a „munkaképességet” vezették be.

Részleges munkaképtelenség nem lehetséges, az AOI azonban kiegészíthető bizonyos mértékű, munkából származó jövedelemmel.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A fizikai dolgozók számára a törvény nem biztosít betegségi juttatást. A jogszabályok előírják, hogy a szellemi foglalkozásúak számára betegség esetén a bérfizetést 3 hónapig kell folytatni.

Az egészségügyi rehabilitációhoz az INPS (Országos Szociális Védelmi Intézet) adhat pénzügyi támogatást.

Felmérés

– diagnózis

Első lépésként a páciens által választott gyakorló orvos kitölti az INPS kérdőívét a diagnózisról.

– képességsökkenés

Az INPS által foglalkoztatott gyakorló orvosok orvosi felmérést végeznek, és orvosi jogi jelentést készítenek. A felmérés magában foglalja többek között a fő testi rendszerek működésének teljes kivizsgálását. Az INPS szakemberei felülvizsgálják a páciens saját orvosa által felállított diagnózist, és további egészségügyi problémákról is említést tehetnek. A diagnózisok és az azokhoz kapcsolódó, eltérő területeken (például kardiológia, sejtburjánzás) tapasztalható rendellenességek részletes feltárását protokollok segítik elő. A felmérés azonban nem alapulhat kizárólag ezeken a protokollokon (ellentétben az üzemi sérülésekre és a munkahelyi betegségekre vonatkozó értékelésekkel, amelyekben a képességsökkenési táblázatokat jogszabályok rögzítik, és a jogszabályokat kiterjedten alkalmazzák). A törvény az AOI esetén előírja a fennmaradó munkaképesség személyre szabott felmérését, ami eleve nem teszi lehetővé a szabványos táblázatok kizárólagos használatát.

– a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei

A felmérésnek ez a része arra a munkára irányul, amelyet az igénylő rendszerint és jellemzően végzett. Az igénylő munkáját kérdőív segítségével írják körül, és a kérdőív fényt derít a munka egyes jellemzőire: a munka nehézségére, a munkavégzés helyzetére (ülve, állva stb.), a környezetre (páratartalom, hőmérséklet, lépcsők és létrák használata), gép vagy eszközök használatára.

Az INPS-nél alkalmazott leíró szabályok egy része rávilágít arra, hogy a diagnózis miként kapcsolódik a funkcionális korlátozottságokhoz, azaz bizonyos munkák elvégzése során tapasztalható különféle nehézségekhez (illetve más, a mindennapi életre gyakorolt hatásokhoz). Mivel a törvény a személy korábbi munkájára (pontosabban az általa a múltban végzett munka típusára) közvetlenül hivatkozik, a képességsökkenéseket az előző munka konkrét követelményeinek fényében kell megállapítani.

Intézményi szerkezet és személyi állomány

Az INPS-nél dolgozó szakképzett orvosállomány központi szerepet játszik. Döntéseik kötelező érvényűek az INPS-re nézve. Az egészségbiztosítási törvényben foglalt, az INPS gyakorló orvosai által alkalmazott speciális jogszabályok az a saját orvosa és az INPS-orvosok közötti ütközés rendezésére szolgálnak.

Ha az igénylő az INPS-döntéssel szemben fellebbezni kíván, akkor általában nem saját orvosától, hanem egy másik szakértőtől kell támogatást kérnie. A törvény az értékelő orvos számára sok kérdésben biztosít mérlegelési lehetőséget. A mérlegelési lehetőségeket azonban maga az INPS korlátozza olyan protokollok kialakításával, amelyek útmutatást adnak az INPS egyes részlegeinél dolgozó orvosok számára. Ezek a protokollok a belső adminisztratív eszközök közé tartoznak. Gyakoriak a munkaügyi bírósághoz történő fellebbezések. A bíró az ügy kiértékelésre szakértőt nevez ki.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A rokkantsági nyugdíj a nyugdíjkorhatár (a férfiak esetében 65 év, a nők esetében 60 év) elérésével rendszerint megszűnik. Kivételt képeznek azok az esetek, amikor a kedvezményezett dolgozik, vagy amikor a befizetett járulékok összege nem elegendő az öregségi nyugdíjhoz (a rokkantsági nyugdíjhoz 5 éven át, míg az öregségi nyugdíjhoz 15 évig kell járulékot fizetni).

HOLLANDIA

Intézkedések

A fogyatékoság következtében csökkent munkaképességű emberek számára rendelkezésre álló legfontosabb jövedelemtámogató intézkedés a *Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering* (WAO), (törvény a fogyatékosági segélyről). Habár ez a juttatás technikailag járulékalapú, a megkövetelt járulékösszeg minimális. Azon fiatalok számára, akik még sohasem vállaltak munkát, egy ettől eltérő intézkedés áll rendelkezésre (*Wajong, törvény a fiatal fogyatékosok rokkantsági biztosításáról*). A részleges WAO-juttatások részleges munkanélküli segéllyel egészíthetők ki. A WAO kiegészítésére általános szociális ellátás is igényelhető, de ez nem jár együtt a munkaképtelenség újabb vizsgálatával.

Döntések

A WAO azok számára kínál járulékalapú juttatásokat, akik betegség vagy képességcsökkenés következtében nem tudnak munkával annyit keresni, mint amennyit egy hasonló végzettséggel és munkatapasztalattal rendelkező nem fogyatékos személy általában keres. Részleges nyugdíjra is lehetőség van: az elnyeréséhez a keresőképesség minimum 15%-ának az elvesztése szükséges, és a veszteségek előlött 10 százalékpontos sávokra oszlanak (15–25, 25–30 stb.) egészen a legmagasabb, 65–80%-os és a 80% feletti sávokig.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A foglalkoztatott esetében a WAO elbírálása általában betegségi időszakkal indul. Az 1990-es reformok a pénzügyi terhek jó részét a munkaadókra próbálták hárítani, erősítve ezáltal a visszailllesztésre irányuló ösztönzést. Dolgozóik fogyatékosá válása esetén a munkaadóknak a költségek emelkedésével kell szembenézniük, mert a fizetendő biztosítási járulék a tapasztalatokon alapuló kalkuláció (experience-rating) alapján emelkedni fog.

13 hétnyi betegség után a munkaadónak rehabilitációs tervet kell kidolgoznia. A beteg dolgozók két éven át védettséget élveznek az elbocsátással szemben, az idő előtti elbocsátásra a regionális foglalkoztatási irodától, vagy a megyei bíróságtól kell engedélyt kérni, és bizonyítani kell, hogy az illető beillesztése a vállalaton belül nem lehetséges (Høgelund és Veerman, 2000, 4. o.).

Felmérés

– diagnózis

A biztosítási orvos nem állít fel diagnózist, azt a személy kezelőorvosának jelentéséből veszi.

WAO-juttatások igénylése esetén az igénylő jövedelemszerző képességének felmérése két szakaszban történik: (1) az igénylő „képességprofiljának” meghatározása és (2) a képességeket visszavetítő korlátozásoknak a lehetséges keresetre gyakorolt hatásának felmérése. Az (1) lépést, a képességprofil kidolgozását biztosítási orvos hajtja végre, míg a (2) lépést munkaügyi szakértő. Mindketten a társadalombiztosítás adminisztrációját végző szervezet alkalmazottai.

– a testi és a szellemi képességek szabványosított leírása

Az (1) lépés alapvetően egy interjúból áll, amelynek során az orvos lejegyzi az igénylő saját becsapódását egészségügyi problémáiról és különböző tevékenységekkel kapcsolatos képességeinek csökkenéséről (funkcionális korlátozások). Az orvosok körében vitatott kérdés, hogy miként kell alkalmazni az „oksági elvet” (amely kimondja, hogy a korlátozottság betegség vagy képesség-

csökkenés következménye kell hogy legyen), és hogy a veszteségen, vagy az oksági kapcsolaton van-e a hangsúly (hollandiai jelentés, 10. o.).

A gyakorlatban az (1) lépés alapján az igénylők mintegy 35-40%-áról mondható ki, hogy „nem maradtak tartós képességei” (hollandiai jelentés, 8. o.). E döntés alapjául az szolgálhat, hogy az igénylő kórházban van, házi gondozás alatt áll vagy ágyhoz van kötve, nem képes magáról gondoskodni és mások segítségére szorul mindennapos tevékenységeinek elvégzésében, vagy mentális korlátozott-ságai következtében nem képes társadalmi kapcsolatokat fenntartani. Egy közelmúltban készített tanulmány szerint a tartós képességek nélkül maradtak 80%-a tartozott a szellemi fogyatékosok csoportjába (hollandiai jelentés, 13. o.).

Az igénylő munkavégzésre vonatkozó funkcionális képességének mérésére az orvosok szabványos megközelítést alkalmaznak, amely a különféle foglalkozásokhoz szükséges tevékenységek 28 típusát definiálja, többek között:

- ülés,
- állás,
- járás,
- lépcsőmászás,
- mászás,
- térdelés, kúszás, guggolás,
- hajolás,
- rövid és szakaszos hajolgatás és fordulás,
- emelés,
- tolás és húzás,
- hordás,
- a nyak használata,
- nyújtózkodás,
- munka a fej felett,
- a kéz és az ujjak ügyessége,
- környezeti tényezők (reakció a hőre, szárazságra stb.),
- bőrrel való érintkezés (például allergiák),
- rezgés,
- a testre erősíthető különleges eszközök (például maszkok) használata,
- egyéni kockázat (balesetre való hajlamosság),
- pszichológiai tényezők (közös munka másokkal, munkaütem, stressz stb.).

A fenti tevékenységek közül a legtöbb kapcsán a felmérést végző az igénylőt „normális” vagy „nem normális” minősítésben részesíti, bizonyos esetekben feljegyzi, hogy a személy mennyi idő alatt képes a tevékenységet elvégezni.

– a munkahelyi élet szabványosított leírása

Ezután következik az eljárás (2) lépése: munkaügyi szakértő felméri a jövedelemszerző képesség elvesztésének mértékét. A szakértő egyrészt újra interjút készít az igénylővel, másrészt információt gyűjt végzettségéről, készségeiről és tapasztalatairól. A fennmaradó jövedelemszerző képesség megállapítása érdekében a szakértő meghatározza, hogy a személy még milyen munkák elvégzésére képes. Ezeknek nem kell a munkaerőpiacon elérhető (betöltetlen) munkahelyeknek lenniük. A szóban forgó munkáknak „általában elfogadhatóknak” kell lenniük, de presztízst tekintve nem kell megfelelniük az igénylő végzettségi szintjének, vagy korábbi munkatapasztalatainak (hollandiai jelentés 10. o.).

A funkcióinformációs rendszer (FIS) a legfontosabb formális eszköz, amely a szakértőt a lehetséges munkák felderítésében segíti. Ennek az informatikai rendszernek a működése jelenleg reform alatt áll, de 2001 júniusában a következő módon üzemelt.

A rendszer több ezer, Hollandia munkaerőpiacán megtalálható állás leírását tartalmazza, a következő adatokkal:

- a munkaidő leírása (műszakok, munkaórák stb.),
- bérek,
- az állás szintje (általános mutató, értéke a „szakképzetlen” és a „tudományos” között változik),
- munkahelyi követelmények: végzettség, tapasztalat, a szükséges készségek jellege (vezetői, technikai, verbális),

- munkaköri leírás (cél, tartalom, feladatok),
- a szükséges funkcionális képességek az (1) lépésben az orvos által minősített 28 szabványos képességtípus alapján.

A szakértő e számítógépes adatbázis alapján legalább három olyan munkát nevez meg, amelyet az igénylő elvégezhetne. Ha nem található három ilyen állás, akkor az igénylő teljesen fogyatékosnak minősül. Ezután a szakértő kiválasztja a három legjövődélmezőbb állást, és ezek középárányos jövedelmi szintje mutatja az igénylő fennmaradó jövedelemszerző képességét. Ezt a képességet kell összevetni egy betegséggel és képességcsökkenéssel nem rendelkező, az igénylőhöz hasonló személy jövedelemszerző képességével: ezt általában az igénylő megbetegedés előtti fizetése mutatja.

– *a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei*

A valaki által elszenvedett veszteség mértékét egy hozzá hasonló, a képességcsökkenést előidéző állapotban nem szenvedő személy keresetéhez képest állapítják meg: a gyakorlatban az eredeti személy korábbi keresete szolgál viszonyítási alapul.

Intézményi struktúra és személyi állomány

A biztosítási orvosok szerepe jelentős: ezt mutatja azoknak az igényeknek a magas száma is, amelyek az (1) lépésben lezárulnak. A személyi állomány szűkössége és a határidők hiánya a döntéshozatalban jelentős problémának tűnik.

Az átfogó intézményi reformok időszakának végén egységes szervezetbe integrálják a fogyatékos-ság megállapításában részt vevő különböző társadalombiztosítási szervezeteket, és ez a várakozások szerint elősegíti az igazságosságot és a következetességet a döntéshozatalban.

A kormány jogszabályban előírt eszközök bevezetésével igyekezik a döntések egységessége és tárgyilagossága javítását szolgáló jogi alapokat megteremteni (felmérési szabályozás).

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A hollandiai hatóságok egyértelműen úgy látják, hogy a WAO határai túl képlékenyek. Több erő-feszítés is történt a fogyatékos-sági kérelmek csökkentésére Hollandiában, ezek közül a legfontosabb az 1993-as igénycsökkentési törvény (TBA) (hollandiai jelentés, 12. o.). Ez a törvény szélesítette ki a szóba jöhető munkák körét az „éppen megfelelő” állásokról az „általában elfogadható” állásokra. A törvény megkísérelte továbbá a biztosítási orvosok mérlegelési lehetőségeinek szűkítését is, jórészt az oksági elv nyomtatékosításával (a funkcionális korlátozottság valamely betegség vagy képesség-csökkenés közvetlen, orvosilag objektíve kimutatható következménye kell hogy legyen). Mivel azonban az esetek nagy része mentális egészségproblémákra hivatkozva az (1) lépésben lezárul, ez az elv nehezen alkalmazható.

A WAO-ban részesülők munkába történő visszatérését előmozdító intézkedések is érvényben vannak. A részlegesen fogyatékosnak minősített személyek dolgozhatnak, ha azonban többet keresnek, mint amennyit a jövedelemszerző képességük felmérése mutatott, akkor újabb felmérésre kerülhet sor. A részlegesen munkaképtelennek nyilvánított személyeknek körülbelül a fele dolgozik (Beljaars és Prinz, 2000, 5. o.). A részlegesen fogyatékos személy részleges munkanélküli segélyt is igényelhet, ha nem talál fennmaradó képességeinek megfelelő állást. Előfordulhat, hogy a hollandiai rendszer olyan esetben is kompenzációt ad a jövedelemszerző képesség egészségromlásból következő csökkenéséért, amikor más országokban a személy fennmaradó képességeit megfelelőnek ítélnék (mivel ott nem ma-gát a veszteséget nézik, hanem az illető képességeit valamilyen munkaképességi viszonyítási alaphoz képest). A veszteségért adott kompenzáció, illetve a kompenzált veszteség skálája (amely 15%-nál, tehát az általános fogyatékos-sági juttatásokra vonatkozó nemzetközi összehasonlításban alacsony szinten kezdődik) a munkahelyi balesetek és a foglalkozási betegségek kárpótlási rendszerének általános fogyatékos-sági juttatási rendszerbe történő beillesztését tükrözi.

A WAO járulékalapú, de nem ír elő minimális járulékfizetési időszakot. Azt ugyanakkor meg-követeli, hogy a fogyatékos-ság kialakulása előtt a személynek legyen munkahelye. Ha valakinek fiatal korából adódóan a fogyatékos-ság kialakulása előtt még nem volt munkahelye, akkor egy másik rendszer (a Wajong) alanyává válik. A betegség vagy a képességcsökkenés megjelenése előtt nem dolgozó idősebb emberek (például háziasszonyok) nem lehetnek WAO-jogosultak.

A WAO a férfiak és a nők körében egyaránt a 65 éves öregségi nyugdíjkorhatár elérésekor megszűnik. Az öregséginyugdíj-rendszer nem ad lehetőséget korkedvezményes nyugdíjazásra.

Beljaars és Prins (2000) részletesen tárgyalja annak okait, hogy a hollandiai rendszerben miért magasabb a kedvezményezettek száma, mint más európai uniós rendszerekben.

NORVÉGIA

Intézkedések

A betegség, sérülés vagy más rendellenesség következtében munkaképtelenné vált emberek számára a fő hosszú távú jövedelmi intézkedés az *uførepensjon*. Ez korkedvezményes nyugdíj a (részlegesen vagy teljesen) munkaképtelenné nyilvánított személyek számára.

Bizonyos minimális szintet meghaladó múltbéli keresettel nem rendelkező személyeknek egy egy-séges alapnyugdíj (*grunnpensjon*) áll rendelkezésre. Ezen túlmenően speciális kiegészítő juttatásban (*særtillegg*) részesülnek, amely egy bizonyos jövedelemszintet garantál (*minstepensjon*). Akiknek a múltbéli keresete meghaladja a minimális szintet, azok keresetfüggő kiegészítő nyugdíjban részesül-
nek (*tillegspensjon*). Ezek az intézkedések az országos biztosítási rendszer (*folketrygden*) részei. Minden norvégiai lakos e rendszer tagja. A teljes *minstepensjon* azoknak az öregségi nyugdíjasoknak jár, akik legalább 40 évig tagok voltak, a többiek ennek az összegnek a tagságban töltött évek számá-
val (minimum 3 év) arányos megfelelő hányadát kapják.

A csökkent képességgel születőkre és a fiatal korban fogyatékosná válókra speciális juttatás-számítási szabályok vonatkoznak.

A betegségi juttatások (*sykepenger*) mellett (amelyek maximum egy évig fizethetők), a tartós beteg-séggel vagy fogyatékossgal rendelkező emberek számára (egészségügyi és szakmai) rehabilitációs juttatások is adhatók.

Döntések

A nemzeti biztosítási törvény értelmében az *uførepensjon* 18 és 67 év közötti személyeknek fizethető, ha munkaképességük (értsd jövedelemszerző képességük) tartósan, legalább 50%-kal csökken, beteg-ség, sérülés vagy más rendellenesség következtében. Ezek az általános jogosultsági szempontok hasonlóak a rehabilitációs intézkedések feltételeihez. Az *uførepensjon* esetében az igényre vonatkozó döntéseket az Országos Biztosítási Hivatal (Trygdeetaten) hozza, külső szakértők, elsősorban orvosok, és a foglalkoztatási szolgálat (Aetaten) alkalmazottainak felmérése alapján.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A nemzeti biztosítási törvény (12–5 sz. cikkelye) szerint valaki akkor jogosult az *uførepensjon*-ra, ha „megfelelő kezeléssel és szakmai rehabilitációval” már megkísérelték munkaképességének javítását. Az Országos Biztosítási Hivatal rutinszerűen köteles megvizsgálni, hogy a személy jövedelemszerző képességének visszaállítása vagy javítása érdekében van-e bármilyen lehetőség szakmai rehabilitációs intézkedésekre. E feladatból következik, hogy akik számára a szakmai rehabilitációs intézkedések hasznosak lehetnek, azokat a hivatal munkatársainak a munkaerő-piaci szolgálathoz kell irányítaniuk (*arbeidsmarkedsetaten*). Nagyon súlyos vagy halmozott képességcsökkenés esetén maga az Országos Biztosítási Hivatal (szabványos diagnózislista alapján) dönt úgy, hogy a munkaképesség és a foglalkoztatási kilátások további vizsgálata szükségtelen.

A munkaerő-piaci szolgálat felméri, hogy a szakmai rehabilitációs intézkedésekben való részvétel „szükséges és megfelelő-e” (u.o. 11–6. szakasz). E hivatalok az illetőt részletesebb szakmai felmérés céljából továbbküldhetik a regionális foglalkoztatási tanácsadási központokba (*arbeidsrådgivningskontorer*). A foglalkoztatási szolgálat dönt a szakmai rehabilitációs segély iránti igényről és a gyakorlati intézke-dések megkezdéséről. Amikor a foglalkoztatási szolgálat a szakmai rehabilitációs intézkedések szüksé-gességéről és megfelelőségéről dönt, akkor figyelembe kell vennie az illető életkorát, általános képességeit, végzettségét, munkatapasztalatát, a helyben illetve más olyan helyen történő foglalkozta-tásának kilátásait, ahol a szóban forgó személy számára ésszerű munkát keresni (u.o. 11–5. szakasz). A törvény nem köt ki semmilyen kifejezett korlátot a tekintetben, hogy a személynek milyen típusú

vagy jellegű munkát kell elvállalnia, csak azt az általános követelményt tartalmazza, hogy a munka „a személy számára megfelelő” (*høvelig*) legyen (11–6. szakasz). Ha a foglalkoztatási szolgálat úgy ítéli meg, hogy a szakmai rehabilitáció nem szükséges és nem megfelelő, akkor a szóban forgó személyt visszaküldik az Országos Biztosítási Hivatalhoz, hogy ott hozzanak végső döntést fogyatékosági-nyugdíj-igénylésről.

Az *uførepensjon* igényléséhez leggyakrabban egy vagy több, betegállományban és rehabilitációs juttatásokban töltött időszakon kell átesni.

- 8 hét betegállományban töltött idő után a személy saját orvosának részletes igazolást kell készítenie (*sykemelding II-skjema*). Az orvosnak tájékoztatnia kell a Országos Biztosítási Hivatalt a folyamatban lévő kezeléssel, a további kezelési tervekről és a lehetséges rehabilitációs intézkedésekről. Az orvos ugyanazt a nyomtatványt használja, mint amit a rehabilitációs segély és az *uførepensjon* esetében kell kitölteni.
- A hiányzás első két hetében a munkaadó fizeti a betegségi ellátást, ezt követően a az országos biztosítási rendszer utalja ki a pénzt. A munkaadó azonban a betegség teljes ideje alatt köteles olyan gyakorlati intézkedések kidolgozására és végrehajtására, amelyek előmozdítják a páciens munkába történő visszatérését. A beteg dolgozók visszatérése a munkába történhet például fokozatosan (*graderte sykepenger*) vagy *aktiv sykemelding* (aktív betegállomány) formájában. Ezeknek az intézkedéseknek az a céljuk, hogy a munkavállaló ne veszítse el kapcsolatát a munkahelyével, és hogy kipróbálhassa, mennyire képes elvégezni megszokott munkáját. Ezek az intézkedések önkéntesek, de mind az Országos Biztosítási Hivatal, mind az orvosok gyakran alkalmazzák, illetve alkalmazásukra ösztönöznek. A munkaadónak formálisan az is jogszabályi kötelessége, hogy írásos nyilatkozatban hozza az Országos Biztosítási Hivatal tudomására, milyen munkahelyi intézkedésekkel lehetne megkönnyíteni a páciens munkába történő visszatérését (nemzeti biztosítási törvény, 25–2 Szakasz), e szabály gyakorlati jelentősége azonban elhanyagolható.

A munkakörülményekről szóló törvény (*Arbeidsmiljøloven*) értelmében a munkaadó köteles a munkahelyet akadálymentessé tenni, és alternatív munkalehetőségeket vagy technikai változtatásokat biztosítani (13. szakasz). Betegállományban lévő alkalmazottat hivatalosan csak akkor lehet elbocsátani, ha a fent említett intézkedések sikertelennek bizonyulnak. Ennek ellenére a munkaadók nem kötelesek azokat „mindenáron” végrehajtani. A gyakorlatban számos munkaadó nem tud, vagy nem akar egyetlen ilyen intézkedést sem végrehajtani. A Munkaügyi Felügyelet (*Arbeidstilsynet*) (és időnként a bíróságok) hajlandóak ezt elfogadni, ha a munkaadó bizonyítani tudja, hogy az ilyen intézkedések kockára tennék a vállalat gazdasági életképességét, vagy más alkalmazott elbocsátásához vezetnének.

Az Országos Biztosítási Hivatalnak információt és tájékoztatást kell adnia a munkaadók részére a technikai eszközök felszereléséhez vagy a munkaszervezés átalakításához adott pénzügyi és gyakorlati támogatásról. A gyakorlatban ennek csak korlátozott a hatása. A kormány egy közelmúltbeli döntése szerint az átszervezéseket, a munkahelyekre vagy a munkakörülményekre irányuló változtatásokat, illetve más rehabilitációs intézkedéseket aktívabban kell alkalmazni a fogyatékos dolgozók felvétele és a munkaerő-piaci kirekesztődés elkerülése érdekében, a gazdaság magán- és állami szektoraiban egyaránt.

Felmérés

– diagnózis/ képességcsökkenés

Az egészségi állapot, azaz a megfelelő diagnózis/diagnózisok igazolása és azok következményeinek felmérése az orvos feladata. A diagnózisoknak meg kell felelniük a nemzetközi szabványoknak, és a kódolás céljából az ICPC-t, az ICD-9-et vagy az ICD10-et kell alkalmazni. Az orvosnak meg kell ítélnie, hogy a személy egészségi állapota korlátozza-e „funkcionális képességét” (*funksjonsevne*), azaz előidéz-e képességcsökkenést.

Eddig nem került soralkalmaztak szabványos (listába rendezett) leírásokat vagy kategóriákat. A kormány jelenleg a képességcsökkenések típusai és formái szabványos leírásának (*funksjonsvundering*, azaz „funkcionális felmérésnek”) a bevezetését fontolgatja.

– a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei

Az orvos felméri, hogy a képességcsökkenés milyen hatással van a személy munkaképességére (*arbeidsevne*). Az orvosnak át kell gondolnia egyrészt a páciens korábbi munkájához való visszatéré-

sének kilátásait, másrészt bármely másfajta állásban való elhelyezkedésének lehetőségét. Ennek részeként meg kell ítélnie, melyek azok a munkával kapcsolatos tevékenységek vagy feladatok, amelyeket a páciens *nem tud* elvégezni. Az orvosnak továbbá előrejelzéseket kell adnia, tehát meg kell becsülnie az egészségi állapotot, a képességcsökkenés és a korlátozott munkaképesség fennmaradásának idejét. A nemzeti biztosítási törvény megköveteli, hogy az egészségi állapotot, a képességcsökkenés és a korlátozott munkaképesség között oksági kapcsolat álljon fenn, és hogy a korlátozott munka-/jövedelemszerző képesség fő oka a képességcsökkenés legyen (12–6. szakasz). Ennek megfelelően az orvosnak fel kell mérnie, hogy a képességcsökkenés milyen mértékben befolyásolja a munkaképesség visszaesését. Az orvosnak továbbá véleményt kell mondania arról, hogy szükség van-e valamilyen szakmai rehabilitációs intézkedésre.

– a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete

Az *uførepensjon* összege a munkaképesség csökkenésének (50, 60, 70, 80, 90 vagy 100%-os csökkenés) megfelelően alakul (12–11. szakasz). Amikor az Országos Biztosítási Hivatal dönt arról, hogy milyen mértékben csökkent a személy jövedelemszerző képessége, akkor figyelembe kell vennie az illető korát, általános képességeit, végzettségét, munkatapasztalatát, a helyben illetve más olyan helyen történő foglalkoztatásának kilátásait, ahol a szóban forgó személy számára ésszerű munkát keresni (u.o. 12–7. szakasz).

Intézményi struktúra és személyi állomány

Az egészségügyi felmérés nagy részét általában a személy saját orvosa végzi. A saját orvos által kiállított igazolásban szereplő információ és a felmérés minőségét csak akkor vizsgálja felül egy hivatalnál dolgozó orvos, illetve az igénylőt – igen ritkán – csak akkor hívják be interjúra, ha azt az Országos Biztosítási Hivatal szükségesnek tartja.

Norvégiában a szakmai rehabilitációt mind az Országos Biztosítási Hivatal mind pedig a munkaerő-piaci szolgálat feladatai szerves és fontos részének tekintik. A két szervezet közötti együttműködést és összhangot rendszeres találkozó (például a *basismøter*) intézményesítik. Ehhez hasonlóan a két hivatalnak az időben történő beavatkozás, a jövedelmező foglalkoztatásból való kirekesztődés elkerülése és a munkába való visszatérés előmozdítása érdekében is együtt kell működnie. Az Országos Biztosítási Hivatal a „klinikai” időszakért, illetve a klinikai személyzettel (általános orvosokkal, szakorvosokkal, a terápiában részt vevő egyéb dolgozókkal) való kapcsolattartásért felelős, más szóval a páciens orvosi vizsgálatainak és kezelésének időszakáért. A foglalkoztatási hivatal annak az időszaknak a felelőse, amelyben az igénylő szakmai rehabilitációs intézkedésekben vesz részt (például továbbképzési vagy átképzési intézkedésekben, betanításban a magán-/állami szektorban, védett vagy nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatásban).

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A kormány az utóbbi években igyekezett szűkíteni a figyelembe vehető személyi és társadalmi körülmények körét, például azért, hogy nagyobb hangsúlyt fektetett a földrajzi mobilitásra az alternatív foglalkoztatási kilátások javítása érdekében. A szabályok és az adminisztratív gyakorlat ilyen módon történő leszűkítése azt is jelenti, hogy az egyéni fontossági szempontok és indítékok mozgástere is némileg lecsökkent. Amikor a munkaerő-piaci szolgálat a szakmai rehabilitációs intézkedések „szükségességéről és megfelelőségéről” dönt, figyelembe kell vennie az illető korát, általános képességeit, végzettségét, munkatapasztalatát, a helyben illetve más olyan helyen történő foglalkoztatásának kilátásait, ahol a szóban forgó személy számára ésszerű munkát keresni. Ehhez hasonlóan, amikor az Országos Biztosítási Hivatal dönt arról, milyen mértékben csökkent a személy jövedelemszerző képessége, figyelembe kell vennie az illető korát, általános képességeit, végzettségét, munkatapasztalatát, a helyben illetve más olyan helyen történő foglalkoztatásának kilátásait, ahol a szóban forgó személy számára ésszerű munkát keresni. Ez mindkét esetben azt jelenti, hogy a személy „teljes” élethelyzetét átfogóan kell felmérni. Csak kevés rendszerezett ismeret áll rendelkezésre arról, hogy e két szervezet munkatársai a döntések során milyen mértékben és pontosan miként mérlegelnek: például hogy a törvényben megnevezett egyes tényezők ugyanazzal a súllyal esnek-e latba.

A rehabilitációs intézkedések és az *uførepensjon* mind a férfiak, mind a nők esetében 67 éves korban szűnik meg. Ebben a korban minden norvégiai lakos jogosulttá válik az öregségi nyugdíjra.

A 62 év feletti személyek 67 éves korukig *avtafestet pensjonban* (ATP) részesülhetnek. E kedvezményes nyugdíjak finanszírozása alapvetően a szakszervezetek és a munkaadók közötti kollektív szerződésekkel (valamint bizonyos állami hozzájárulással) történik. Ezt főleg olyan emberek kapják, akik hosszú ideig, megszakítás nélkül foglalkoztatottak voltak. A magas életkor (55 felett) befolyásolhatja a fogyatékosági nyugdíj jóváhagyására vonatkozó döntést, ha a személy más állásban történő elhelyezése nehéznek bizonyul. Az illetőnek ugyanakkor meg kell felelnie a fent tárgyalt egészségügyi feltételeknek. A fogyatékosági nyugdíj elnyerésének másik útja a tartósan munkanélküli vagy szociálisan hátrányos helyzetű személyek számára áll nyitva. Nekik is teljesíteniük kell azonban az előírt orvosi feltételeket, amelyek megkövetelik, hogy jövedelemszerző képességük csökkenését betegség, sérülés vagy más rendellenesség okozza, ne pusztán az élet általános nehézségei vagy az alacsony jövedelem.

PORTUGÁLIA

Intézkedések

Portugáliában egy járulékalapú rokkantsági nyugdíjjal (*pensão de invalidez*) és egy nem járulékalapú „szociális rokkantsági nyugdíj” (*pensão social de invalidez*) van. Mindkettőt ugyanaz a törvény szabályozza (17/2000), ám ez a törvény még nem lépett teljes egészében hatályba. Létezik még egy általános szociális ellátási intézkedés is, a *rendimento minimo garantido* (a garantált minimáljövedelem), amit 1996–97-ben vezettek be.

Döntések

A rokkantságin nyugdíj-jogosultság fogyatékosági feltétele, hogy a személy ne tudjon többet keresni annál a bérnél, amelyet korábban bármely foglalkozásban meg tudott keresni. Részleges juttatás nem létezik, és csak az lehet jogosult a rokkantsági nyugdíjra, aki nem dolgozik.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

Nem áll rendelkezésre információ.

Felmérés

– *diagnózis*

– *képességcsökkenés*

A „jelentést készítő orvos” minden esetben vizsgálatot végez és diagnózist állít fel. A „munkaképtelenséget megállapító szolgálat” egyéb orvosi jelentéseket is megrendelhet. A jelentést készítő orvos ajánlása az Országos fogyatékosági listán alapul (341/93 sz. rendelet). A lista fejezetekre tagolódik, amelyek hasonlóak a mellékletben felsorolt AMA (*Amerikai Orvosi Egyesület, USA*) fejezetekhez (de azokkal nem egyeznek meg). A lista tehát olyan diagnosztikai kategóriák köré szerveződik, amilyen például a neurológia, a bőrgyógyászat, a belsőelválasztó-rendszer stb. Két fejezet kapcsolódik az elváltozást okozó balesetekhez és az arcsérülésekhez.

Amint azt a jelentés fő részében (3. fejezet) említettük, a képességcsökkenéssel kapcsolatos szabályok az egyes területeken különböző „mérési szinteket” írhatnak elő, és ez a Portugáliában érvényes szabályokra is igaz. Az izom- és a csontrendszerrel szóló fejezet (*Aparelho locomotor, a mozgásszervek*) lehetővé teszi a fogyatékoság százalékos mértékének közvetlen levezetését a mozgáskorlátozottság vagy egyéb, a test bizonyos részeit érintő korlátozottság pontos méréséből, míg más fejezetek nem írnak elő százalékokat. A rákról és a daganatokról szóló fejezet értelmében a rák következményeit az orvosnak a többi fejezetben ismertetett anatómiai elváltozások és a működésre gyakorolt hatások alapján kell megvizsgálnia.

A felmérési ív kitöltésekor az orvosnak utalnia kell a diagnózishoz kapcsolódó fejezet és szakasz számára, és meg kell határoznia a „munkaképtelenségi hányadost” a táblázat alapján (habár a táblázat érték-intervallumokat is jelezhet). A hányados kiigazítható, de az orvosnak a kiigazítást meg kell indo-

kolnia. Ezt követően az íven külön oszlopok segítségével számítandó ki az „átfogó munkaképtelenségi hányados” az egyes képességcsökkenésekhez tartozó egyedi hányadosok alapján.

– a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei

Az útmutató alapján a rokkantság fokát a személy szokásos munkájának – például hogy a munka szellemi vagy fizikai – figyelembe vételével lehet meghatározni. Egyes foglalkozások esetén az útmutató jelzi, hogy mely konkrét képességcsökkenés jelent korlátozottságot, például utal arra, hogy az előadók (színészek stb.), valamint az ügyfelekkel kapcsolatban álló dolgozók esetében a külső elváltozásnak nagyobb lehet a jelentősége.

– a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete

Habár szerkezete alapján arra lehetne következtetni, hogy az útmutató alkalmazása merev és kiszámítható, egyes szakaszok megfogalmazása széleskörű mérlegelési lehetőséget hagy az orvos számára abban, hogy a személy esetében miként ítélje meg a képességcsökkenések hatását (lásd alább).

Intézményi struktúra és személyi állomány

Mivel Portugáliában az intézkedések széles köre hivatkozik ugyanarra az egységes, képességcsökkenéseket leíró országos listára, azt gondolhatnánk, hogy nem központi jelentőségű a lista felhasználójának intézményi hovatartozása, és hogy a lista alapján kialakított értékelések számos összefüggésben alkalmazhatók. A lista egyes részei azonban egyértelműen különleges helyzetekre vonatkoznak: annak számos helyén találhatók például utalások a munkahelyi balesetektől és foglalkozási betegségekből származó képességcsökkenésekre.

A lista használata törvényi kötelezettség, például a fellebbezés során eljáró bírónak is azt kell követnie. Ugyanakkor a lista számottevő teret hagy a különböző értelmezések számára.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

Az 1993-as országos lista (*Tabela nacional de incapacidades, országos munkaképtelenségi táblázat*) bevezetőjében leírja a lista történetét, amely a munkahelyi balesetek meghatározása érdekében Franciaországban dolgozott Lucien Mayet féle táblázat 1932-es elfogadásával kezdődött. A bevezető elmondja, hogy a listát az orvostudomány fejlődésének és a munkában tapasztalható technológiai változásoknak megfelelően felülvizsgálták. Említést tesz a bevezető korábbi táblázatok merevségéről is. Az új táblázat a szándékok szerint rugalmasabb megközelítést tesz lehetővé.

SPANYOLORSZÁG

Intézkedések

A fogyatékosok számára két fő jövedelemtámogatási forma létezik: a járulékalapú fogyatékosági nyugdíj és a nem járulékalapú rokkantsági juttatás. A járulékalapú rendszer már sok éve működik (a jelenlegi rendszer legtöbb eleme 1966-ban került a helyére, az azt megelőző rendszert, a SOVI-t 1967 január 1-jén törölték el, néhány átmeneti elemet kivéve). A nem járulékalapú juttatást a fogyatékosok társadalmi integrációjáról szóló törvény vezette be (LISMI: 13/1982. április 7-i *törvény a fogyatékosok integrációjáról*). A két rendszer azonban jelentősen eltérő fogyatékoságdefiníciót alkalmaz, és az adminisztrációjukat ellátó intézmények is elkülönülnek.

Döntések

A járulékalapú rendszerben tartós fogyatékoságnak nevezzük azt az állapotot, amelyben a dolgozó a megfelelő orvosi kezelést követően olyan súlyos anatómiai vagy funkcionális korlátozottságokkal néz szembe, amelyek tárgyilagos vizsgálattal kimutathatók és előreláthatóan tartósak, és amelyek lecsökkentik vagy megszüntetik az illető munkaképességét (*capacidad laboral*). (LGSS, Ley General de la Seguridad Social, általános társadalombiztosítási törvény, 136(1) cikk).

A nem járulékalapú rendszerben a rokkantság (*invalidez*) olyan képességcsökkenések (*deficiencias*) eredménye, amelyek belátható időn belül fennmaradnak, lehetnek testiek vagy szellemiek, vele-

születettek vagy szerzettek, és amelyek megszüntetik vagy megváltoztatják az érintett személy testi, szellemi és érzékszervi képességeit. (LGSS 136(2) cikkely).

A társadalombiztosítási törvény régebbi változatai a járulékalapú juttatásokkal kapcsolatban az „invalidez” (rokkantság) kifejezést alkalmazták, de jelenleg az „incapacidad” (munkaképtelenség) használatát részesítik előnyben.

Látható, hogy a két definíció főleg abban különbözik egymástól, hogy a járulékalapú nyugdíj esetén alkalmazott definíció kifejezetten a munkaképességre hivatkozik, a nem járulékalapú definícióval ellentétben. A járulékalapú nyugdíj esetén alkalmazott definíció ezen kívül a munkaképesség visszaesésére hivatkozik, míg a másik definíció inkább azokra a képességcsökkenésekre irányul, amelyek születéstől vagy a gyermekkortól fogva is fennállhatnak.

A társadalombiztosítási fogyatékosági nyugdíjnak négy fokozata van: *parcial* (részleges), *total* (teljes), *absoluta* (abszolút) és *gran invalidez* (nagyértékű rokkantság), ezek definíciója a következő:

- *Parcial*: tartós részleges munkaképtelenség a megszokott foglalkozásban. A munkaképesség betegség vagy sérülés következtében legalább 33%-kal csökkent.
- *Total*: tartós teljes munkaképtelenség a megszokott foglalkozásban. Ezen túl fennáll a „minősített” teljes munkaképtelenség lehetősége is, ami feltételezi, hogy az életkor vagy más körülmény következtében a dolgozó nem lesz képes megszokott munkájától eltérő állásban elhelyezkedni. Az 55 év feletti dolgozó esetében a teljes munkaképtelenség automatikusan „minősített”.
- *Absoluta*: tartós teljes munkaképtelenség bármilyen típusú munka esetén.
- *Gran invalidez*: teljes munkaképtelenség, és ezen túl az illető mindennapos tevékenységeit (öltözködés, helyváltoztatás, étkezés stb.) sem képes ellátni valaki más segítségével nélkül. (LGSS 137. cikkely)

A nem járulékalapú juttatás akkor fizethető, ha a személy fogyatékosága a felmérés alapján, a 1971/1999 sz. királyi rendelet által rögzített szabályok szerint meghaladja a 65%-ot. További összegek fizethetők a gondozással és a helyváltoztatással kapcsolatos szükségletekre (például a járulékalapú *gran invalidez* kategória esetében), de ez a 3. függelékben tárgyalt további felméréseket feltételezi.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A juttatások 12 hónapig kaphatók, és ez az időszak további 6 hónappal meghosszabbítható, ha megvan az esélye annak, hogy a kedvezményezett visszanyeri munkaképességét. A munkaképesség elvesztését az egészségügyi szolgálat orvosai igazolják.

A tartósan munkaképtelenné nyilvánítás folyamatát kezdeményezhetik az INSS (*Instituto Nacional de la Seguridad Social, Országos Társadalombiztosító Intézet*) megyei igazgatóságai az ideiglenes munkaképtelenségi időszak leteltével, vagy a munkaügyi felügyelőség, az egészségügyi szolgálat (INSALUD), illetve maga az érintett személy vagy képviselője.

Járulékalapú fogyatékosági nyugdíjak

Az INSS feladata azoknak a testületeknek a felügyelete, amelyek a járulékalapú társadalombiztosítási juttatások céljainak megfelelően a tartós munkaképtelenséget megállapítják (LGSS 143(1) cikk). A kiértékelés orvosi részét az *Equipos de valoración de Incapacidades* (képességcsökkenést felmérő munkacsoportok, EVI) elnevezésű testületek végzik, amelyeket az INSS megyei hivatalai hoznak létre. 2000-ig azonban a katalóniai és a baszkföldi megyei irodák még egy EVI-t sem hoztak létre (LGSS 204. o. 433. lábjegyzet).

Felmérés

Az EVI orvosai véleményt formálnak, és döntési javaslatot terjesztenek elő: az úgynevezett *Informe Medico Sintesis, összefoglaló orvosi jelentést*, IMS). A nyugdíj odaítéléséről a megyei közigazgatás a szóban forgó ajánlás és egyéb, nem egészségügyi tényezők alapján dönt.

– diagnózis

Ha az hozzáférhető, akkor az egészségügyi szolgálattól az EVI beszerzi a klinikai kartonokat, és/vagy megszerez bármilyen orvosi jelentést az INSS munkafelügyeleti szolgálatától, illetve egyéb orvosi adatot. Ezeket az információkat az IMS foglalja össze. (Részletek: 1996. január 18-i rendelet 8–10. cikke

(1300/1995 sz. rendelet)). Hogy az értékelés a lehető legtárgyilagosabb legyen, azért a személy korlátozottságainak és képességcsökkenéseinek felmérése az orvosnak az adott betegség vagy sérülés természetére vonatkozó ismeretein alapul. Jardon Dato, az INSS központi irodájában tevékenykedő EVI-koordinátor véleménye szerint kívánatos lenne a munkaképtelenséget okozó tényezőket egyetlen listában összefoglalni és azt jogszabályban rögzíteni. Minden egyes okhoz vagy folyamathoz tartozna egy rovat, amely leírná diagnosztizálásának és besorolásának szabályait és módját, a belőle eredő képességcsökkenéseket, és a képességcsökkenés felmérésére szolgáló módszereket (Jardon Dato 2000).

– *képességcsökkenés*

Az IMS felméri a dolgozó „fennmaradó funkcionális képességét” és összeveti azt a dolgozó által korábban végzett munka követelményeivel/igényeivel, és/vagy a munkaerőpiac általános követelményeivel. Az ehhez megfelelő eszközök, már amelyek egyáltalán rendelkezésre állnak, inkább a képességcsökkenésre helyezik a hangsúlyt, nem pedig az e tanulmányban használatos értelemben vett „testi és mentális képességek szabványosított leírására”.

– *a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei*

A tartós fogyatékoság megállapítására benyújtott kérelemnek tartalmaznia kell a munka befejezésének időpontját és okát, a dolgozó rendes foglalkozását, szakmai kategóriáját és az általa végzett munka leírását.

– *a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete*

Jardon Dato hangsúlyozza, hogy a felmérés a dolgozó hozzáállását és önértékelését nem veszi, és nem is veheti figyelembe, mert a felmérésnek a funkcionális korlátozottságok és a munkakövetelmények tárgyilagos összevetésén kell alapulnia.

Nem járulékalapú fogyatékosági nyugdíj

Felmérés

E juttatás esetén a személy fogyatékoságának fokát (*grado de minusvalía*) az értékelési és orientációs irodák (*equipos de valoración y orientación*) végzik, amelyek „a Migrációs és Szociális Szolgáltatások Intézetének (IMSERSO), illetve az autonóm közösségek (tartományok) azon szervezeteinek irányítása alatt állnak, amelyek ezeket a feladatokat átvették” (az 1971/1999 sz. királyi rendelet bevezetőjéből). A gyakorlatban a felmérést az autonóm közösségek szociális szolgáltató igazgatóságai által létrehozott, a fogyatékosokat segítő központok végzik.

A *Valoración de las situaciones de minusvalía (a fogyatékosági helyzetek értékelése, VM)* című útmutató, amelyet az 1971/1999 sz. királyi rendelet emelt jogerőre, a központok munkájának eligazítására szolgál. A királyi rendelet kiadását megelőzően a nem járulékalapú juttatásokhoz használt felmérés a Munkaügyi és Társadalombiztosítási Minisztérium egy 1984-es (1984. március 8.) rendeletében szereplő százaléktáblázaton alapult. E rendelet alacsony jogi státusza, valamint az autonóm közösségekben alkalmazott gyakorlatok sokfélesége a fogyatékoság felmérésének módját illetően erősebb jogi érvényű nyilatkozathoz vezetett. Az 1971/1999 sz. királyi rendelet 1. cikke utal egy olyan, a fogyatékoságok besorolására szolgáló rendszer szükségességére, amely biztosítja a felmérés egységességét Spanyolország egész területén.

Az útmutatót az IMERSO adja ki és módosítja, például az AMA útmutatók (lásd alább) megváltoztatásának esetén.

– *diagnózis*

A fogyatékoság értékelése a betegség következményeinek súlyosságán alapul, nem pedig magának a betegségnek a diagnózisán (a VM-útmutató *Normas generales [általános szabályok]* c. 1. fejezete, 2. pont). A képességcsökkenések elemzése ugyanakkor diagnosztikai címszavak köré épül.

– *képességcsökkenés*

Az útmutató bevezetése hivatkozik a fogyatékoság WHO szerinti definíciójára, amelynek értelmében akkor fogyatékos valaki, ha „bármilyen tekintetben (képességcsökkenésből következően) csak korlátozottan képes, vagy egyáltalán nem képes valamely tevékenységet oly módon, vagy oly mértékben elvégezni, ahogy az egy ember esetében normálisnak tekinthető”; ezen kívül az Általános szabályok című nyitófejezet számos pontján utal arra, hogy a fogyatékoságot a képességcsökkenések mindennapos tevékenységek elvégzésére gyakorolt hatásával kell értelmezni. A szóban forgó mindennapos tevékenységek azonban nem felelnek meg az ebben az összefoglalóban szereplő „a mindennapi élet

szabványosított leírása” alcímnek, mert azok A testi és szellemi képességek szabványosított leírása alcímhez tartozó elemeket is tartalmaznak (lásd alább).

Az útmutató részleteiben sokat átvesz az AMA Tartós képességcsökkenési útmutatóinak tartalmából (lásd függelék). A Bevezetésben már említettük, valamint Matheson és mások (2000) is leírják, hogy az AMA-útmutató a képességcsökkenéseket és hatásait az éppen felmért képességcsökkenés jellegétől függően több szinten is kifejti. Ez a spanyolországi útmutatóra is igaz. Az útmutató egyes képességcsökkenési rovatai jellegzetes „szétdarabolt” szerkezetet alkotnak, s ennek megfelelően a fogyatékosági fokokat a test egyes részeire adják meg, e testrészi fogyatékosági fokok alapján azután egy százalékban kifejezett, átfogó minősítés adható. Egyes fejezetek megadják az átfogó fogyatékosági szint kiszámítási módját, bizonyos fogyatékoságtípusok alapján. Például egy 60–84%-os kommunikációs fogyatékoság 36–50%-os átfogó fogyatékosági szintnek felel meg.

Az izom- és a csontrendszer felmérése esetén a táblázatokból kiolvasható, hogy például egy újra vonatkozó (amputáció, vagy bénulás miatti) veszteség foka miként számítható át kézre vonatkozó veszteségi fokra, amelyből ezután valamilyen „felső végtagi” veszteségi fok, végül pedig egy fogyatékosági százalék számolható. Például az ujj 100%-os elvesztése = kézre vonatkozó 10%-os veszteség = 9%-os felső végtagi veszteség = 4%-os fogyatékoság.

Nem minden fejezet követi azonban ugyanezt a megközelítést. Bizonyos fejezetek fogyatékosági „osztályok” meghatározására szolgáló sémákat alkalmaznak. Minden egyes osztályt négy vagy öt összetevő határoz meg:

- diagnózis („az illető ebben és ebben a problémában szenved”),
- kezelés (a magasabb fogyatékosági osztályokhoz kimerítőbb kezelés tartozik),
- orvostechikai mérési eszközök az állapot jellemzésére,
- a fogyatékoság foka, utalva annak mindennapos tevékenységre gyakorolt hatására.

A szellemi betegségekről szóló fejezetben az „osztályokat” három összetevő határozza meg: a mindennapi életre gyakorolt hatás, a munkaképesség és egy harmadik kategória, amely a diagnózis súlyosságát tükrözi. Ez utóbbi kategória leírása megjegyzi, hogy a diagnózist igen eltérő mértékű működési zavarok kísérhetik, és felhívja a figyelmet azokra a problémákra, amelyekbe annak megítélése során ütközünk, hogy valaki a normálistól milyen mértékű eltérés esetén minősíthető mentálisan betegnek. Azt is kifejti a leírás, hogy a kábítószer-függőség önmagában nem tekintendő fogyatékoságot okozó állapotnak, ehelyett a függőségre való hajlandóság és/vagy a függőséggel kapcsolatos szövődmények adhatják a besorolás alapját.

– a testi és a szellemi képességek szabványosított leírása

Habár az útmutató kifejezetten „képességcsökkenés”-központú, többször is előfordulnak benne teljesítményre vonatkozó kitételek, különösen azokon a területeken, ahol nincsenek orvostechikai mérési eszközök. Például a beszédre szóló fejezet tartalmaz olyan kérdéseket, hogy a személyt megérti-e a családja, a barátai, megértik-e az idegenek stb. (A látásra és a hallásra vonatkozó fejezetek ezzel ellentétben technikai mérési eszközökre épülnek). Meg kell említenünk még azt is, hogy az AMA szerinti mindennapos tevékenységek közül néhány szintén ide tartozik.

– a munkahelyi élet szabványosított leírása

Rövid leírások találhatók a Mentális betegség című fejezetben.

– a mindennapi élet szabványosított leírása

Az útmutató bevezetője az AMA szerinti mindennapos tevékenységekre hivatkozik, amelyek a következők:

1. Önellátó tevékenységek (öltözködés, evés, veszélyek elkerülése, tisztaság és személyi higiénia)
2. Egyéb mindennapos tevékenységek:
 - 2.1. Kommunikáció
 - 2.2. Testi tevékenységek
 - 2.2.1. Alaptevékenységek (mozgás [felkelés, öltözködés, leülés])
 - 2.2.2. Funkcionális tevékenységek (tárgyak mozgatása) [hordás, emelés, tolás])
 - 2.3. Érzékszervi funkciók (hallás, látás)
 - 2.4. Kézrel végzett tevékenységek (megfogás, nyomás)
 - 2.5. Közlekedés (különböző közlekedési eszközök használatának képessége)
 - 2.6. Szexuális tevékenység
 - 2.7. Alvás
 - 2.8. Szociális és szabadidős tevékenységek

– a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete

Ha valaki fogyatékoságának foka az egészségügyi felmérés alapján (a fent leírtaknak megfelelően a mindennapos tevékenységekre gyakorolt egyes hatásokat is számba véve) legalább 25%, akkor „szociális” tényezők is figyelembe vehetők, ami az orvosi felmérésen megállapított százalékot maximum 15% ponttal növelheti.

Az 1971/1999 sz. királyi rendelet többek között az alábbi tényezőket említi:

- családi tényezők: a családi támogatás mértéke, családi kapcsolatok, a család működése;
- gazdasági tényezők: ezek jellemzése úgy történik, hogy a család teljes jövedelméből levonjuk az adott személy fogyatékosága miatti többletkiadásokat, majd a maradékot elosztjuk a családtagok számával, a kapott összeget pedig összehasonlítjuk a minimálbérrel;
- munkaügyi tényezők;
- kulturális tényezők.

A királyi rendeletben körvonalazott szociális tényezőkre vonatkozó megközelítést azonban a régiók (autonóm közösségek) más-más módon ültették át a gyakorlatba, különösen a felmérést végző központokban adott különféle „orientációs” lehetőségek (védett műhelyek, rehabilitáció, képzés) fényében.

Intézményi struktúra és személyi állomány

A királyi rendelet végrehajtása során az értékelőközpontok személyi összetételében hangsúlyosan érvényesül a multidiszciplináris megközelítés, aminek értelmében a felmérést végző csoport tagjai között pszichológusnak és szociális munkásnak éppúgy helyet kell kapnia, mint az orvosnak (8(1). cikkely). Az EVI-bizottságok főként orvosokból és közigazgatási tisztviselőkből állnak, habár a rehabilitációs és/vagy munkahelyi egészségügyi szakértők bevonását rendelkezés írja elő.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

Az öregségi nyugdíjkorhatár 65 év, habár a SOVI keretében ideiglenes jogokkal rendelkezők 60 éves korban nyugállományba vonulhatnak. A nehéz, mérgező, veszélyes, vagy egészségtelen körülmények között munkát végző személyek számára léteznek karkedvezményesnyugdíj-intézkedések.

SVÉDORSZÁG

Intézkedések

A fő hosszú távú jövedelemtámogató intézkedés a betegség vagy sérülés következtében munkaképtelenné vált emberek számára a karkedvezményes vagy „idő előtti” nyugdíj, a *förtidpension*. Akik korábban nem dolgoztak, illetve nem fizettek járulékot, azok számára a nyugdíj rögzített összegű, azok esetében pedig, akik fizettek társadalombiztosítási járulékot, jövedelemfüggő.

A betegségi juttatások mellett (amelyeket általában legfeljebb egy évig folyósítanak), több évig fizethetők a rehabilitációs juttatások.

Döntések

A társadalombiztosítási törvény értelmében valaki akkor kaphat *förtidpension*ot, ha munkaképessége baleset, betegség vagy egyéb egészségügyi okok miatt lecsökkent. A kérdéses egészségügyi tényező lehet testi vagy mentális betegség, ilyen betegség következménye, illetve veleszületett fogyatékoság. A munkaképesség csökkenésének négy szintje lehetséges (0,25-től kevesebb mint 0,5-ig, 0,5-től kevesebb mint 0,75-ig, 0,75-től kevesebb mint 0,875-ig, illetve 0,875 vagy afelélt [„teljes vagy majdnem teljes”). E csökkenéseket nem a jövedelemszerző képesség visszaesése alapján számolják: az érintett személyt impliciten átlagos dolgozó képességeihez viszonyítva értékelik, nem pedig az illető korábbi képességeihez képest.

Az nincs kifejezetten meghatározva, hogy a munkaképességet az általános munkaerőpiacon vagy a személy korábbi foglalkozásán belül kell-e meghatározni, de az alább ismertetett „lépésről lépésre” eljárás feltételezi a rugalmasságot (a másik foglalkozásban történő elhelyezkedést).

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

Az első 13 napos időszakban a dolgozó továbbra is kap bért (amit a munkaadó fizet), ezt követően a betegségi juttatások fizetése a társadalombiztosítási rendszer feladata.

28 nap elteltével a munkaadónak, a beteg személynek és a társadalombiztosítási hivatalnak fel kell állítania egy rehabilitációs tervet. A terv irányulhat egyszerűen arra is, hogy a személy gyógyulása után visszatérjen a munkájába, de magában foglalhat rehabilitációs intézkedéseket és tartalmazhatja a munkahely átszervezését is. A foglalkoztatásivédelmi törvény (LAS, 1974/1982) értelmében a betegség nem elegendő ok arra, hogy a munkaadó elbocsássa a dolgozót, kivéve, ha az alkalmazott bizonyíthatóan nem képes fontos munkafeladatok elvégzésére, valamint a munka átszervezése, a munkakörülmények javítása és a rehabilitáció érdekében már minden lehetséges lépés megtörtént.

Ha a személynek nincs munkaadója, akkor a rehabilitációs terv elkészítése a Társadalombiztosítási Hivatal (*Försäkringskassan*) felelőssége. A felelősség megosztása érdekében a hivatal szorosan együttműködhet a rehabilitációs szolgálatokkal (*AF-rehabilitering*), amelyek az Országos Munkaerőpiaci Testület, az AMS irányítása alatt álló munkaerő-piaci szolgáltatórendszer részét képezik. Az *AF-rehabiliteringek* gyakran közreműködnek, ha a személy minden kétséget kizáróan nem térhet vissza korábbi munkájához, és ha további információra van szükség az illető preferenciáiról, tehetségéről és munkaképességéről. Az *AF-rehabiliteringek* személyi állománya általában munkahelyi terapeutákból, pszichológusokból, szociális munkásokból és foglalkoztatási tisztviselőkből áll.

Elvileg előfordulhat, hogy a személy képességsökkenései nem olyan mértékűek, hogy rehabilitációs szolgáltatásokra lenne szükség. Ebben az esetben az illető támogatása a munkanélküli biztosítási alapok, vagy a szociális ellátórendszer feladata.

A betegségi juttatások fizetésének nincs hivatalosan megállapított időkorlátja, de a szakpolitikák biztosítják, hogy a „passzív”, betegállományban töltött időszak hossza ne haladja meg az egy évet. Más országokhoz viszonyítva Svédországban viszonylag hamar veszi kezdetét a rehabilitáció megtervezésének és a munkába való visszatérési lehetőségek átgondolásának folyamata.

A rehabilitációs lehetőségek feltárása, például a munka vagy a munkaadó megváltoztatása „lépésről lépésre” haladó eljárás során történik.

Felmérés

– *diagnózis*

– *a képességsökkenés/testi és szellemi képességek szabványosított leírása*

7 nap után a személy saját orvosának orvosi igazolást kell kiállítania. 28 nap betegségben töltött idő után egy részletesebb orvosi igazolásra van szükség. Ez tartalmazza:

- a diagnózist (ha rendelkezésre áll), illetve a tüneteket,
- az elvégzett orvosi vizsgálat leírását,
- a funkcionális képességeket és a munkaképességet.

A funkcionális képességek és a munkaképesség leírásához nem létezik hivatalos vagy jogszabályban rögzített lista. A felmérés minden esetben a körülményeknek megfelelően történik.

Az igazolást a személy saját orvosa készíti el, és a Társadalombiztosítási Hivatal alkalmazásában álló orvos ellenőrzi. Gyorsított eljárás – bizonyos diagnózisok/állapotok esetén a személy különleges elbánásban részesül: egyes diagnózisok esetében a kezdeti orvosi igazolás elegendő a munkaképtelenségnek és a rehabilitáció értelmetlenségének megállapításához.

A betegségbiztosítási juttatás nagyobb összegben fizethető, mint a hosszú távú betegségi juttatás, a *förtidpension*, és ez a tény nem ösztönzi az embereket arra, hogy az utóbbi juttatásokra álljanak át.

– *a vizsgált személy munkahelyi képességei vagy szükségletei*

A „lépésről lépésre” eljárás 5. lépcsőjében meg kell vizsgálni, hogy a személy képes-e szakmai rehabilitáció nélkül egy másik, szokásos keretek között elérhető állásban elhelyezkedni. Nincsenek előírt módszerek annak felmérésére, hogy a beteg személy tud-e vállalni valamilyen, a munkaerőpiacon szokásos körülmények között felkínált munkát, illetve annak nyomon követésére, hogy egy-egy időpontban milyen betöltetlen állások közül lehet választani. A felmérést általában a *Försäkringskassan* tisztviselője végzi. A felmérés keretében a társadalombiztosítási intézmény alkalmazásában álló tanácsadó orvossal folytatott megbeszélésre kerülhet sor, ha az orvosi diagnózis és/vagy

a képességsökkenések hatásainak értelmezése nehézségekbe ütközik. A munkaerő-piaci hatóságokkal folytatott konzultációk nem kötelezőek, de gyakoriak.

– a vizsgált személy egyéni és társadalmi környezete

A „lépésről lépésre eljárás” akkor lép utolsó szakaszába, amikor kiderül, hogy a személy számára nincs esély normál körülmények között elérhető állásban való elhelyezkedésre, még rehabilitáció útján sem. Ekkor meg kell állapítani, hogy az illető munkaképessége hosszú időre vagy esetleg véglegesen esett-e vissza. A törvény oksági viszonyt követel meg a diagnózis és a munkaképesség között, a hiányos munkaképesség orvosi probléma következménye kell hogy legyen, nem pedig más egyéni tényező, amilyen például az alacsony végzettség vagy a készségek hiánya. Az olyan tényezők, mint az életkor, a végzettség és a lakókörnyezet elvileg csak kivételes esetekben, sajátos körülmények között vehetők figyelembe.

Intézményi struktúra és személyi állomány

Az egészségügyi információkat a személy saját orvosa szolgáltatja. A társadalombiztosítási intézetnél alkalmazott orvos ellenőrzi ezeket az adatokat, de az igénylőt egyszer sem vizsgálja meg. A szóban forgó személy saját orvosától további információ is kérhető, de maga a társadalombiztosítási intézet nem rendelhet el saját orvosi vizsgálatot. A társadalombiztosítási intézmény alkalmazásában álló orvos szerepe, hogy tanácsot adjon az ügyben eljáró tisztviselőnek. A tisztviselő fontos szereppel bír, különösen a rehabilitációs lehetőségek felmérésében. A tisztviselő rendszeresen találkozik a beteg személlyel, először a rehabilitációs terv kidolgozásakor, majd az intézkedések nyomon követése során.

Látható tehát, hogy ebben a rendszerben az „egészségügyi bürokrácia” nem játszik fontos szerepet. Az igazi döntési jogok az ügyben eljáró tisztviselőt illetik, akit semmi sem kötelez az orvosi ajánlás követésére.

A *förtidspension*ra és más juttatásokra vonatkozó döntéseket társadalombiztosítási tisztviselők készítik elő, de hivatalosan a helyi társadalombiztosítási testület hozza meg a határozatot (Svédországban 15 biztosítási testület van, amelyek nem állnak kapcsolatban a helyi önkormányzatokkal). A társadalombiztosítási testület tagjai a politikai pártokat és a munkaerő-piaci szervezeteket képviselő laikusok, akiknek ismeretekkel kell rendelkezniük a helyi munkaerőpiacról és más lényeges feltételekről. E testületeket azonban sok kritikai éri, elsősorban a központi hatóságok részéről amiatt, hogy akadályozzák a társadalombiztosítási szabályok egységes alkalmazását.

Intézmények: a társadalombiztosítási rendszer kapcsolatban áll a szakmai rehabilitációs szolgálatokkal és finanszírozhat szakmai rehabilitációs programokat.

A juttatási rendszer elkülönül az egészségügyi ellátórendszerrel, és a társadalombiztosítási rendszer nem befolyásolhatja az orvosi rehabilitációhoz vagy más egészségügyi beavatkozáshoz való hozzájutást, illetve nem finanszírozhat ilyen intézkedéseket. A társadalombiztosítási rendszer a szakmai rehabilitáció (képzés, tesztek, oktatás stb.) finanszírozásához ugyanakkor rendelkezik pénzügyi forrásokkal, és az orvosi és a szakmai rehabilitáció közötti választóvonal távolról sincs egyértelműen meghatározva. A betegállományban lévő építőipari dolgozókat például a gyógyulás érdekében speciális „visszatérítő képzési intézetekbe” küldhetik.

Az orvosi igazolást kiállító doktorok az egészségügyi ellátórendszerben dolgoznak, és az igénylő választ közülük. Ha az igazolás nem szolgál elégséges orvosi bizonyítékokkal, a kiállító orvostól további információ kérhető. A gyakorlat szerint az igazolás mind a diagnózist, mind a tüneteket leírja, de ez attól is függ, hogy a személy ügye milyen stádiumban van éppen az egészségügyi ellátó rendszeren belül – időbe telhet amíg az illető eljut a megfelelő szakorvoshoz. A társadalombiztosítási rendszernek alkalmazkodnia kell ezekhez a késésekhez (Svédországi jelentés 2. o.).

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A (férfiak és nők számára egyaránt) 65 éves öregségnyugdíj-korhatár elérésekor a *Förtidspension* megszűnik. A nyugdíjkorhatár 61 év felett rugalmas, de az öregségi nyugdíj csak 65 év felett garantált. A csökkentett munkaidő melletti részidős nyugdíjra 61 éves kortól van lehetőség. Az idősebb dolgozók esetében nem lehet egyértelműen elkülöníteni a kimutatható fogyatékkal rendelkező embereket azoktól, akiknek a foglalkoztathatósága más okból alacsony. A fiatalabb dolgozók esetében alkal-

mazott megközelítésre rányomja a bélyegét az erős rehabilitáció-orientáltság. Azokat például, akiknek az írással és az olvasással, illetve a számolással vannak problémáik, általában szakmai rehabilitációra küldik, függetlenül attól, hogy vannak-e kimutatható gondjaik a tanulási képességgel.

Alkoholfüggőség: sor kerülhet orvosi igazolás kiállítására a szomatikus diagnózis alapján, de a rehabilitációs vizsgálat azt is kimutathatja, hogy az illetőt érdemes rehabilitációra küldeni.

EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

Intézkedések

A betegség vagy sérülés következtében munkaképtelen személyek számára a fő jövedelemtámogató intézkedés az *Incapacity Benefit* (IB, munkaképtelenségi segély). Az IB 1994-ben a különálló betegségi juttatást és rokkantsági juttatást váltotta fel. Az IB-nek három szintje van: rövid távú, kis összegű (legfeljebb 28 betegállományban töltött hétig fizethető), rövid távú, nagy összegű (legfeljebb 52 hétig), és hosszú távú (52 héten túl). Megbetegedése esetén számos dolgozó részesül az első 28 hét alatt az IB legalacsonyabb szintje helyett *Statutory Sick Pay*-ben (SSP, törvényben előírt táppénz), amelyet a munkaadó fizet. Az IB elődje az *Invalidity Benefit* (IVB, rokkantsági juttatás) volt. Azok számára, akik fiatal koruktól fogva fogyatékosok voltak, így az IB/IVB -ogosultsághoz nem fizettek elég járulékot, egy másik juttatás, a *Severe Disability Allowance* (SDA, súlyos fogyatékosági segély) állt rendelkezésre. Az IB járulékfizetési feltételeinek 2001-es módosítása az SDA-t beolvasztotta az IB-be. Mára az SDA megszűnt. A leromlott egészségi állapot miatt munkaképtelenné vált emberek az általános *Income Support* (IS, jövedelemtámogatás) rendszer keretében is kaphatnak szociális ellátást. Az IS-ben részesülő fogyatékos személyek további összegekhez („prémiumok”) is juthatnak. Ebben a tekintetben azonban a fogyatékoság a mozgásképeséghez és az ellátási szükségletekhez kapcsolódik, és azt nem vizsgálják, hogy a személy egészségi állapota milyen hatással van munkaképességére. A mozgási és az ellátási szükségletekre vonatkozó kifizetéseket a 3. függelék tárgyalja.

Döntések

A betegség vagy a sérülés kezdeti 28 hetes időszakában a munkaképtelenséget állapítják meg az adott személy saját foglalkozásához viszonyítva: „A saját foglalkozástesztet azt vizsgálja, hogy egy bizonyos betegség, illetve testi vagy szellemi fogyatékoság következtében a szóban forgó személy képtelenné vált-e olyan munka elvégzésére, amely az illető saját foglalkozásán belül ésszerűen elvárható”.

28 hét után „mindenmunka-tesztre” kerül sor, amelynek neve jelenleg személyi képesség-felmérés (PCA). Ha az IB igénylője munkanélküli, vagy korábban csak keveset dolgozott, akkor órá kezdettől fogva a PCA vonatkozik.

Az egyesült királyságbeli IB útmutatója kimondja, hogy a juttatásokat azoknak a személyeknek kell odaítélni, akiknek a munkaképessége oly mértékben csökkent, hogy a juttatás feltételeként nem követelhető meg tőlük, hogy munkát keressenek, de annyira nem csökkent, hogy ne is tudjanak dolgozni (az Egyesült Királyság jelentése, 1. o.). Részleges munkaképtelenségi juttatás nincs, de valamilyen jövedelem pótlásban részesülhetnek azok a dolgozók, akiknek a keresete a fogyatékoság következtében lecsökkent.

A munkaképtelenné válás folyamata; a munkaadók feladatai; rehabilitáció

A betegségigazolást az igénylés elején a személy saját orvosa (a GP) állítja ki. A „saját foglalkozástesztet” tehát a GP végzi el. A gyakorlatban a GP-k „ritkán ismerik a páciensük foglalkozásával vagy munkahelyével kapcsolatos körülményeket és követelményeket” (Hiscock és Ritchie, 2001, 18), és az igazolás gyakorlata igen változó. Habár a GP-k kifejezhetik kétségüket a személy munkaképtelenségével kapcsolatban, és tanácsot kérhetnek a BA egészségügyi szolgáltatótól, erre és a tanácsok követésére csak ritkán kerül sor. Ha valaki IB helyett SSP-t kap, akkor nem a segélyfolyósító hivatalnak, hanem a munkaadónak kell az igényrel kapcsolatban eljárnia. A munkaadó a 28 hetes időszak alatt a beteg dolgozót a fogyatékosági diszkriminációs törvénynek és az SSP-vel kapcsolatos kötelezettségek elkerüléséről szóló szabályoknak (amelyekre ritkán történik hivatkozás) megfelelően elbocsáthatja.

Az orvosi rehabilitációt az Országos Egészségügyi Szolgálat végzi, a szakmai rehabilitációt a foglalkoztatási szolgálat. A társadalombiztosítási igazgatás egyik típusú rehabilitáció megszervezésében sem vesz részt, és nem fér hozzá a felmérés eredményeihez sem. Ugyanakkor segélyeket fizet az orvosi és/vagy szakmai rehabilitáción részt vevő embereknek.

Felmérés

– *diagnózis*

28 hét után a GP részletes orvosi információkat közöl a segélyfolyósító hivatallal (Med 4), s ezek az információk tartalmazzák:

- a munkaképtelenséget okozó fő körülmény diagnózisát;
- az egyéb lényeges egészségügyi körülményeket;
- az egészségi állapot fogyatékosságot okozó hatásait;
- a folyamatban lévő kezelést és annak eredményét;
- azt, hogy a páciens képes-e elmenni a vizsgálatokra;
- a szokásos elfoglaltságok elvégzésének képességével kapcsolatban a páciensnek adott tanácsokat.

Az új IB-igénylésekre vonatkozó statisztikák az ICD-fejezetek alapján csoportosítják a diagnózisokat.

Az új igények legtöbbje a 2000 májusát megelőző egy évben az alábbi fejezetekbe esett:

- V Mentális és viselkedési rendellenességek
- XIII Az izom- és a csontrendszer, illetve a kötőszövet megbetegedései
- XVIII Máshova be nem sorolt tünetek, jelek és rendellenes klinikai és laboratóriumi leletek
- IX Érendszeri megbetegedések
- XIX Sérülés, mérgezés és bizonyos egyéb külső hatások következményei

Egy mentességi feltételeket tartalmazó lista lehetővé teszi a BA-döntéshozó számára, hogy az IB-t minden további bizonyíték nélkül jóváhagyja az orvos Med 4 jelentése, valamint az ügyfél saját jelentkezési lapja alapján. Bizonyos körülmények között, például súlyos mentális egészségi probléma esetén a juttatás jóváhagyható a bizonyítékok BA egészségügyi szolgálatnak történő bemutatása után is. A GP-től további információ is igényelhető.

– *a testi és a mentális képességek szabványosított leírása*

– *a mindennapi élet szabványosított leírása*

Ha valamely mentességi feltétel nem áll fenn, az ügyfélnek egy PCA alapján kialakított kérdőívet (IB50) kell kitöltenie. Ha az önállóan elvégzett PCA-n az ügyfél szükséges számú pontot szerez (lásd alább), és az összhangban van a GP által adott orvosi bizonyítékokkal, akkor a juttatás odaítélhető. Ha eltérések tapasztalhatók, vagy ha a PCA nem ad elegendő pontot, akkor az ügyfél részt vesz a BA orvosi szolgálatainak egészségügyi felmérésén. A kevésbé súlyos mentális problémával rendelkező ügyfelek mentális egészségi felmérésen esnek át.

Az orvosi felmérést vezető jóváhagyott orvos az ügyféllel interjút készít az alábbiakról:

- dolgozói előélet és a munka abbahagyásának oka;
- kórtörténet;
- otthoni helyzet;
- saját beszámoló a problémákról és a funkcionális korlátozottságokról;
- arról, hogy miként telik egy szokásos nap.

A fenti információk, a felmérés alatt tapasztalt magatartás, a személy állapotának kihatásaira vonatkozó orvosi ismeretek, és a személy funkcionális képességeit jól leíró mutató kiválasztása vagy ellenőrzése érdekében végzett klinikai vizsgálatok leletei alapján (lásd alább) a jóváhagyott orvos elvégzi a PCA-t, illetve mentális egészségügyi problémák esetén a mentális egészségügyi felmérést.

A PCA-t az 1995-ös Társadalombiztosítási (munkaképtelenségi) rendeletek egyik melléklete rögzíti.

A PCA 14 tevékenységet foglal magában:

- járás;
- lépcsőmászás;
- ülés;
- ...(egyéb elemek, amelyek nagyon hasonlítanak az írországi listában található elemekre);
- kontinencia;
- fennmaradó öntudat.

Minden egyes tevékenységhez több „leíró jelző” tartozik, amelyek jelzik az adott tevékenységbeli korlátozottság gyakoriságát és súlyosságát. A beszéd esetében például ilyen jelzők lehetnek: „nem képes beszélni. (15), „idegenek csak nagyon nehezen értik meg a beszédét. (10), vagy „nincsenek problémái a beszéddel. (0). Minden egyes leíró jelzőhöz pontszám tartozik (például a zárójelben megadott értékek).

A melléklet II. része a szellemi fogyatékosokról szól. Ide négy tevékenység tartozik:

feladatmegoldás;

mindennapi élet;

stressztűrés;

érintkezés más emberekkel.

Az I. részhez hasonlóan ezek mindegyikéhez is tartoznak leíró jelzők, de a pontskála és a pontok összesítésének módja a felmérés e részében más. Az útmutató hangsúlyozza, hogy a személy mentális egészségét közvetett módon, a mindennapos élettel és tapasztalatokkal kapcsolatos információk által kell megvizsgálni. A szabályozás azt sugallja, hogy a személy képességcsökkenéseit mindennapi életének fényében kell megítélni, nem pedig konkrét munkahelyi szituációban. A leíró jelzők nagy része mindennapos tevékenységekre vonatkozik (például egy csap kinyitása). Ez az egyesült királyságbeli szabályok fontos jellemzője, amiből az következik, hogy a felmérést végzőknek nem kell megvizsgálniuk az egyes állásokkal kapcsolatos követelményeket, és azt sem kell jelezniük, hogy a személy milyen munkák elvégzésére lehet képes. Habár a fellebbviteli döntések általában a „mindennapos” megközelítést támogatták, adódtak bizonyos problémák például avval kapcsolatban, hogy milyen mértékben és milyen gyakran képes a személy egy funkció elvégzésére, illetve, hogy az illető a munkahelyi környezetet nem képes olyan mértékben kontrollálni, mint az otthoni környezetet.

A juttatások szempontjából a munkaképtelenség küszöbértéke 10 pont a szellemi fogyatékoság jelzői esetén, vagy 15 pont a szellemi és a testi jelzők esetén.

Intézményi struktúra és személyi állomány

A BA egészségügyi szolgáltatásokat szerződéses alapon végzik. A szerződötető fél jóváhagyott orvosokat alkalmaz, akik bejelentett gyakorló orvosok, és akik a PCA levezetésére vonatkozó továbbképzésen vettek részt. A BA orvosi szolgálatokat a szélesebb orvosközösség sokat bírálja. Az orvosi szolgálatok döntéseit nem mérlegelik olyan széles körben, mint ahogy azt a GP-k teszik, általános vélekedés szerint megközelítésük túlformalizált és szabályközpontú. A fellebbviteli bírók és a megbízottak azonban általában úgy látják, hogy a jóváhagyott orvosok általában kevésbé érdek-követők, mint az ügyfelek, és kevésbé részrehajlóak, mint az ügyfél saját GP-je.

Ha a diagnózis és az igénylő saját PCA-ja összhangban van egymással, és ha a PCA elegendő pontszámot mutat, akkor a jogosultságról nem orvosi végzettségű személy is dönthet. Az összhangot azonban azok az orvosok ellenőrzik, akik az útmutatót írják, és az igénylésekkel kapcsolatban tanácsokat adnak.

A határvonalak átjárhatósága: életkor, szociális hátrányok

A PCA általános vélemény szerint arra szolgál, hogy az IB-t igénylő emberek közül kiszűrje azokat, akiknek azért rosszak a foglalkoztatási kilátásaik, mert például saját területükön nincs megfelelő munka, de egyébként nincsenek különösebb funkcionális korlátozottságaik. Ez a kimutatható fogyatékoságokra irányuló megközelítés azonban nem tud szigorúan különbséget tenni a (skandináv szóhasználatból élve) „szociális” körülmények, például alkoholizmus, és az orvosi körülmények között.

A kimutatható fogyatékoságok bizonyos mértékig megkönnyítik az igénylés folyamatát. Rövidített elbírálásra van lehetőség számos diagnózis esetében; az elbíráló hivatalnok is nagyobb valószínűséggel találja az orvosi igazolást és a PCA-t egymással konzisztensnek, ha ismerős és „hagyományos” diagnózisról van szó. A rokkantsági juttatás az állami nyugdíjkorhatár elérésekor (jelenleg a férfiak esetében 65 év, a nők esetében 60 év) megszűnik. Az állami öregségi nyugdíjnak nem létezik részleges vagy kordedvezményes változata (az öregségi nyugdíjnak nem előfeltétele a nyugállományba vonulás, tehát nem kell hozzá befejezni a munkát).

Melléklet

Az orvosi diagnózisok és a képességcsökkenések szabványos osztályozása

A BETEGSÉGEK NEMZETKÖZI BESOROLÁSA – 10. MÓDOSÍTÁS (ICD-10)

Az ICD-10 szerkezete

- I Bizonyos fertőző és elősködők által előidézett betegségek (A00-B99)
- II Daganatok (C00-D48)
- III A vér- és az immunrendszer megbetegedései (D50-D89)
- IV A belsőelválasztó-rendszer megbetegedései, táplálkozással és anyagcserével kapcsolatos betegségek (E00-E90)
- V Mentális és viselkedési rendellenességek (F00-F99)
- VI Idegrendszeri megbetegedések (G00-G99)
- VII A szem megbetegedései (H00-H59)
- VIII A fül és a masztoid megbetegedései (H60-H95)
- IX Keringési megbetegedések (I00-I99)
- X Légúti megbetegedések (J00-J99)
- XI Az emésztőrendszer megbetegedései (K00-K93)
- XII Bőr- és szubkután megbetegedések (L00-L99)
- XIII Az izom- és a csontrendszer, illetve a kötőszövet megbetegedései (M00-M99)
- XIV Az ivar- és az urinális szervek megbetegedései (N00-N99)
- XV Terhesség, szülés és a szülés utáni időszak (O00-O99)
- XVI A perinatális időszakban kialakuló egyes problémák (P00-P96)
- XVII Veleszületett testi hibák, elváltozások és kromoszómarendellenességek (Q00-Q99)
- XVIII Máshova be nem sorolt tünetek, jelek és rendellenes klinikai és laboratóriumi leletek (R00-R99)
- XIX Sérülés, mérgezés és bizonyos egyéb külső hatások következményei (S00-T98)
- XX Megbetegedéshez és halálhoz vezető külső okok (V01-Y98)
- XXI Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők, és kapcsolat az egészségügyi szolgálatokkal (Z00-Z99)

MEGJEGYZÉSEK:

A XXI. fejezetbeli „Z” kódok az életstílussal kapcsolatos problémákat foglalják magukban, például Z72.0 Dohányzás; a dohányfüggőség kódja F17.2 (V. fejezet)
Z72.1 Alkoholfogyasztás; az alkoholfüggőség kódja F10.2 (V. fejezet)

ICD-10, 1. KÖTET, WHO 1992

Képességcsökkenések

Az ICDH-1-ben szereplő képességcsökkenések az alábbi fejezetek alá vannak besorolva:

- 1 Intellektuális
- 2 Egyéb pszichológiai
- 3 Nyelvi
- 4 Hallási
- 5 Látási
- 6 Belső szervi
- 7 Csontrendszeri
- 8 Testi elváltozás
- 9 Általánosított, érzékszervi és egyéb

Ezek a konkrét fejezetcímek ritkán találhatók meg a nemzeti felmérési íveken. Gyakrabban alkalmazott megközelítés a diagnosztikai címszavak szerint történő rendszerezés, és a diagnosztizált állapotból következő képességcsökkenések fokának felmérésére szolgáló protokollok alkalmazása. A fogyatékoság képességcsökkenés-központú megközelítésének kiemelkedő példája az Amerikai

Orvosok Egyesülete (USA) által kifejlesztett fogyatékoságmeghatározási módszer, amely a fogyatékoságot a következőképpen definiálja: „az egyéni, szociális és munkahelyi igényeknek, illetve törvényi és szabályozási követelményeknek való megfelelés képességében bekövetkező valamely változás, amelyet képességcsökkenés idéz elő”. E definíció a képességcsökkenésre helyezi a hangsúlyt, így a fogyatékoság igen széleskörűen és általánosan értelmezhető.

Az AMA útmutatója a tartós képességcsökkenések értékeléséhez (Amerikai Orvosok Egyesülete, USA, 1993) a következő fejezeteket tartalmazza:

- Izom- és csontrendszer
- Idegrendszer
- Légzőrendszer
- Szív- és érrendszer
- Vérképződés
- Látás
- Fül, orr, gége (valamint beszéd)
- Emésztőrendszer
- Urínális és ivarszerv-rendszer
- Belső elválasztás
- Bőr
- Mentális és viselkedési problémák
- Fájdalom

Látható, hogy ezek a címek szorosabb kapcsolatban állnak az ICD-10 diagnosztikai címeivel, mint az ICIDH-1 képességcsökkenési címeivel, igaz e címek mindegyike részben átfedésben van az összes többivel.

HIVATKOZÁSOK

A függelékben szereplő információk legnagyobb része a nemzeti jelentésekből származik, amelyek a projekt honlapján elérhetőek: www.brunel.ac.uk/depts/govn/research/disability.htm.

- Afsa, C. (1999): 'État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI' DREES Études et Résultats, No 7, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris (*RMI-kedvezményezették egészségi állapota és szakmai beilleszkedése, DREES Tanulmányok és eredmények, 7. szám, Foglalkoztatási és Szolidaritási Minisztérium, Párizs*) (elérhetőség: www.sante.gouv.fr)
- Alfandari, E. (1997): 'France' in: S. Muñoz Manchado és R. de Lorenzo (szerk.) *European Disability Law*, Fundación ONCE, Colección Solidaridad, Escuela Libre Editorial, Madrid (*Európai fogyatékosági jog, ONCE Alapítvány*).
- Beljaars, P. és R. Prins (2000): 'Disability Programme Reforms and Labour Market Participation in the Netherlands (1990–2000): Principles, measures and outcomes in a decade of combating high disability rates'. Paper presented to the ISSA Conference on Social Security in the Global Village („A fogyatékosági programok reformja és a munkaerő-piaci részvétel Hollandiában (1990–2000): Alapelvek, intézkedések és eredmények a magas fogyatékosági arány elleni küzdelem évtizedében”. A Társadalombiztosítás a világfaluban c. konferencián ismertetett tanulmány.), Helsinki, szeptember 25–27.
- Colin, C., V. Cordey és L. Pasquier-Doumer (1999): 'L'accès à l'allocation aux adultes handicapés: le jeu combiné de critères médicaux et sociaux. DREES Études et Résultats, No 39, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris (*Felnőtt fogyatékosok ellátáshoz való hozzájutás: kombinált orvosi és szociális kritériumok, DREES Tanulmányok és Eredmények, 39. szám, Foglalkoztatási és Szolidaritási Minisztérium, Párizs*).
- Høgelund, Jan (1999): Reintegration policies in the Netherlands and Denmark: The Role of Employers, Danish National Institute of Social Research. Copenhagen. (*Reintegrációs politikák Hollandiában és Dániában: A munkaadók szerepe, Dániai Országos Társadalomkutató Intézet*).
- Høgelund, J. és T. J. Veerman (2000): 'Reintegration: Public or Private Responsibility? The Dutch and Danish Reintegration Policy Towards Work Incapacitated Persons'. Paper presented to the ISSA Conference on Social Security in the Global Village („Reintegráció: Az állami vagy a magánszféra felelőssége? A munkaképtelen személyekre irányuló hollandiai és dániai reintegrációs politika” A Társadalombiztosítás a világfaluban című konferencián ismertetett tanulmány.), Helsinki, szeptember 25–27.

Jardon Dato, E. (2000): 'La valoración médica de la incapacidad para el trabajo (elaboración del listado de enfermedades con la colaboración de las sociedades científicas)' („A munkaképtelenség orvosi felmérése [betegséglista készítése a tudományos társaságokkal együttműködve]”), Revista de Neurologia (Neurológiai Szemle) 31. kötet, 9. sz., 882–884. old.

2. függelék: Definíciók a foglalkoztatási intézkedésekben

Az EU tagállamaiban intézkedések széles köre szolgálja a fogyatékos emberek foglalkoztatását:

- kvóták, esetenként a betöltetlen kvótahelyek miatti bírság;
- időleges vagy állandó bértámogatás, átalakítási segély (amit a munkaadónak fizetnek), és jövedelemfeltöltés (amit a dolgozónak fizetnek);
- képzési és rehabilitációs szolgáltatások és/vagy képzésben és rehabilitációban részt vevő személyeknek fizetett díjak és létfenntartási támogatások;
- munkaközvetítő szolgálatok, munkára való felkészítés, támogatás interjúkkal, tolmács szolgáltatások stb.

Egyéni ösztönzőket, intézményi megfontolásokat is tartalmaz az a folyamat, amelynek során az emberek a foglalkoztatási szolgálatok hatókörébe kerülnek, és amelynek során eldől, hogy hozzájutnak-e a fogyatékosok különleges ellátásaihoz vagy sem. Nézzük először az egyéni ösztönzőket: az Európai Unió egyetlen tagállama sem követeli meg a már fogyatékosági juttatásokban részesülő emberektől, hogy e juttatásokra való jogosultságuk fenntartásának feltételeként tartsanak kapcsolatot a foglalkoztatási szolgálatokkal. Ez azután a fogyatékosági juttatásokban részesülő embereket jelentős mértékben el is tántorítja attól, hogy megtegyék. Összességében a nemzeti jelentések azt sugallják, hogy azok, akik felkeresik a foglalkoztatási szolgálatokat, olyan emberek, akik nem részesülnek fogyatékosági juttatásokban, de lehet, hogy már „úton vannak” afelé, hogy kapjanak ilyen juttatásokat.

Az egyéb (esetleg a tartós fogyatékosági támogatások felé vezető) pénzübeli juttatásokhoz való hozzáférés feltételei befolyásolhatják azoknak a fogyatékos embereknek a számát, akik igénybe veszik a foglalkoztatási szolgálatokat. Számos állam ad foglalkoztatási szolgáltatásokat, különösen foglalkozási rehabilitációt olyan embereknek, akik esetleg fogyatékosági segélyre lennének jogosultak. Németországban például az „előbb rehabilitáció, csak azután nyugdíj” elvét alkalmazzák, míg a dániai önkormányzatokat erőteljesen arra ösztönzik, hogy tárják fel az összes munkalehetőséget, mielőtt megadnák a tartós fogyatékosági segélyre szóló jogosultságot.

Az emberek a fogyatékosok számára kidolgozott speciális programok felé terelhetők, ha a munkanélküli segélyhez jutás feltételei olyanok, hogy az érintettek nem tarthatják fenn „rendes” fogyatékos státusukat. A tagországok többségében léteznek olyan feltételek, amelyek előírják a heti minimális óraszámot, amelyet az érintetteknek le kell dolgozniuk, illetve azt az elégséges „munkaképességet”, amellyel rendelkezniük kell.

Jelentős különbségek vannak az államok között abban a tekintetben, hogy mi történjen azokkal az emberekkel, akik e szabályok következtében kikerülnek a munkanélküli státusból: egyes országokban az érintett személy a fogyatékosok számára fenntartott foglalkoztatási szolgálatokhoz fordulhat, másutt viszont nem áll fenn ez a lehetőség. Németországban például a személyt „rehabilitánsnak” minősíthetik, ha a megfelelő program rendelkezésre áll; más országokban a szociális segély vagy a rövid távú betegsegély általánosabb cél lehet, legalábbis ha a fogyatékosági segély iránti kérelmet feldolgozzák.

Az országonkénti elemzések során e különböző tényezőket úgy foglaltuk össze, hogy áttekintés adtunk az intézkedésekről, valamint beszámoltunk a belőlük fakadó egyéni és intézményes ösztönzőkről és követelményekről. Az intézményi feladatokkal és kapcsolatokkal, valamint az egyes rendszerekben való részvétel ösztönzőivel és követelményeivel foglalkozó fejezetekben az elemzés megkísérli kifejtetni a foglalkoztatási intézkedések főárama és a tárgyalt, fogyatékosok foglalkoztatására irányuló intézkedések közötti összefüggéseket. Tartalmazza az összes hozzáférhető információt a fogyatékos-besorolással kapcsolatos intézményi ösztönzőkről, összefoglalja a segélyekre vonatkozó szabályokat és az egyéb követelményeket, amelyek befolyásolhatják az egyén abbéli döntését, hogy lépéseket tegyen az intézkedések iránt. A felmérési folyamat többi elemét az alábbi fejezetek foglalják össze:

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Tagjai rendelkeznek-e foglalkoztatással kapcsolatos ismeretekkel, vagy orvosi tapasztalatokkal?

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Mód van arra, hogy a felmérők megfigyeljék az embereket munkahelyükön, speciális munkavégzési feladatok megoldása közben, általános munkahelyi környezetben, védett foglalkoztatásban, rehabilitációs intézetben.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Maguknak a fogyatékos embereknek is szerepük lehet a felmérésben, így alkalmuk nyílhat arra, hogy jelezzék törekvéseiket és preferenciáikat, és meghozzák azt az általánosabb döntést, hogy szeretnék-e, ha fogyatékosnak nyilvánítanák őket, vagy sem.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A munkaadók ösztönözhetik dolgozóikat, hogy kérjék besorolásukat, illetve, hogy képviseltessék magukat a felmérő intézmények munkáját irányító testületekben. Az összes információ 2001-re vonatkozik, amikor a nemzeti jelentések íródtak. Ahol szükséges, jeleztük a 2002. január 1. előtt bevezetett változásokat.

AUSZTRIA

Intézkedések

A nemzeti jelentésben tárgyalt intézkedések a következők:

1. A fogyatékos személyek foglalkoztatásáról szóló törvény (a BEinstG) tartalmazza a kvótarendszert, a diszkrimináció tilalmának szabályait a bérezésben, az elbocsátás elleni védelmet, segélyeket, kölcsönöket stb., a támogatott foglalkoztatásra és a munkaerő-piaci integrációt valóra váltó cégekre vonatkozó rendelkezések mellett.

Támogatott foglalkoztatás: a munkahely megtalálásához adott segítség a nyitott piacon – felkészítés a munkavállalásra, foglalkozási továbbképzés, ügyintézés segítése, tájékoztatás stb. a munkaadók számára, hogyan akkomodálják az adott személyt.

Munkaerő-piaci integrációt valóra váltó cégek: – korábbi elnevezéssel védett munkahelyek – az elnevezés megváltoztatása azt hangsúlyozza, hogy a munkatapasztalatnak képessé kell tennie a résztvevőket arra, hogy elhelyezkedjenek a nyitott munkaerőpiacon. A bérezés stb. az általános kollektív szerződéseknek megfelelően történik. Megjegyzendő, hogy a tartományi kormányok saját hatáskörükben is működtetnek védett munkahelyeket, foglalkoztatási terápiás eszközöket stb., gyakorta eltérő bérezési szabályokkal, pénzügyi önfenntartással és segélyekkel stb.

2. A munkaerő-piaci szolgáltatásokról szóló törvény (AMSG) (1994), amely foglalkoztatási szolgáltatásokat kínál általában a munkaképes korú lakosság számára, különös tekintettel a munkaerőpiacon hátrányos helyzetűekre és azokra, akiknek a foglalkoztatási lehetőségei másokéval nem azonosak (3.1. szakasz). Sajátos képzési programok fogyatékosok számára, nagyobb költségvetésű intézkedésekkel. Ezen kívül a társadalombiztosítási rendszer és a balesetbiztosító intézet rehabilitációt biztosít azoknak, akik betegség vagy munkaképtelenség miatt kerültek ki a munkából és megfelelnek a minősítési feltételeknek. Ez az intézkedés elsősorban az orvosi rehabilitációra irányul.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

Az 50% feletti *Grad der Behinderung* (GdB, a fogyatékoság mértéke) tanúsítására szolgáló hivatalos okmányok több intézménynél is beszerezhetők, így a társadalombiztosító és a balesetbiztosító intézetnél is. Ezen intézetek közreműködésének hiánya esetén a szociális ügyek szövetségi irodája az

illetékes a tanúsításban. A tanúsítás egyes elemeit maguk a védett foglalkoztatók, illetve az integrációs cégek szolgáltatják.

Az integrációs cégek a regisztrált fogyatékosokkal foglalkoznak, de ez nem jelenti

(a) sem azt, hogy a regisztrált fogyatékos személy automatikusan jogosult lenne elhelyezésre egy integrációs cégnél – a felvétel a különleges cég földrajzi elhelyezkedésétől és attól függ, hogy van-e megüresedés, ezért várólistát alkalmaznak;

(b) sem azt, hogy az integrációs cég köteles lenne kizárólag regisztrált fogyatékosokat alkalmazni. Ennél lazább jellemzőkkel dolgozik: alkalmazottai 80 százalékának kell fogyatékosokból (30% feletti GdB-vel) állnia, 60 százalékának pedig regisztráltakból (50% feletti GdB-vel).

A támogatott foglalkoztatásban elhelyezett embereknek képeseknek kell lenniük a nyitott munkaerő-piaci beilleszkedésre. A támogatott foglalkoztatást kínáló által elérendő cél a sikeres elhelyezkedés. A cégekkel ellentétben ez nem hivatalos formában arra ösztönzi őket, hogy utasítsák el a nehezen elhelyezhető embereket (például munkaképességi minimumkövetelmény állításával) (lásd alábbi 5. pont).

Munkaerő-piaci szolgálat

A munkaerő-piaci szolgálat számára a fogyatékosok a „nehezen elhelyezhető” (*schwervermittelbar*) egyik csoportját alkotják. A „fogyatékosági út” választása nem mindig a legcélszerűbb. Vannak azonban költségvetési előnyei a fogyatékosági út használatának.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

A fogyatékos-minősítés megszerzése a személyt jogosulttá teszi egy sor intézkedésben való részvételre a BEinstG, és bizonyos mértékig az AMStG értelmében. Ezek az intézkedések mind a foglalkoztatásra irányulnak – azok számára, akiknek nincs állásuk, vagy munkát keresnek, nem sok értelme van, hogy minősítést szerezzenek. Több jel is arra utal, hogy azok, akik regisztráltatni akarják magukat a kvótába, olyan korábban már foglalkoztatott dolgozók, akik fogyatékosá váltak. Elegendő „munkaképesség” (*Arbeitsfähigkeit*) nélkül senki sem lehet egyetlen munkaerő-piaci intézkedés kedvezményezettje sem.

Felmérések

A fogyatékos személyek regisztrációja a BEinstG szerint (kvótarendszer stb.)

DÖNTÉSEK, KRITÉRIUMOK

- a képességcsökkenés súlyosságának mérése:
Az egyén fogyatékoságának mértékét (GdB) 100 fokozatú skálán mérik; a jogosultság az 50-es vagy annál magasabb fokozat elérésétől függ. A GdB szándéka szerint nem méri a munkaképességet, illetve -képtelenséget.
- korlátozottság a foglalkoztatással összefüggő általános tevékenységek ellátásában Azonban nem regisztrálható fogyatékosként az a személy, akinek a fogyatékosága olyan súlyos, hogy munkaerő-piaci beilleszkedése nem lehetséges. Ezt a döntést a felmérő orvos hozza meg (lásd lejjebb).

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az orvosi leleteket a kérelmező nyújtja be, az illetékes intézmény (általában a Szociális Ügyek Szövetségi Hivatala, a BSB) alkalmazásában vagy azzal szerződéses viszonyban álló orvos pedig felülvizsgálatot végez. Az orvos jelentést készít a személy egészségi állapotáról és képességcsökkenéséről, de nem méri fel munkaképességének mértékét, kivéve a fent említett esetet, amikor a fogyatékoság olyan súlyos, hogy munkaerő-piaci beilleszkedésre nincs lehetőség.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Az orvosi jelentés a *Richtsatzverordnung* (RSV) rendelkezései alapján készül, az RSV a képességcsökkenések részletes (725 tételes) listája, a megfelelő fogyatékosági százalékokkal. A különféle százalékok és képességcsökkenések megfeleltetésére külön szabályok szolgálnak.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Nincs, de lásd lejjebb az integrációs cégekkel és a védett foglalkoztatással kapcsolatos részt.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A regisztrációs eljárást a fogyatékos személynek kell kezdeményeznie.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A GdB-felmérésben nincs szerepük.

Egyéb felmérések a BEinstG szerint Integrációs cégek

DÖNTÉSEK, KRITÉRIUMOK

Ha valaki BEinstG szerinti felmérése eredményes (regisztrált fogyatékos, 30%+ mértékű fogyatékos), akkor ez elegendő arra, hogy jogosulttá váljon az AMSG szerinti különleges támogatásra.

Egyébként a munkaerő-piaci szolgálat szakemberei döntenek a „fogyatékosági út” választásáról, figyelembe véve

- az illető jellemző személyes és társadalmi körülményeit;
- az ügyfél önfelmérését,
- mások, például a képzési szakemberek véleményét,
- az esetleges stigmatizáló hatásokat.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Szükséges kórtörténet tanúsítása. A vizsgálatot általában hivatalos tisztiorvos (*Amtsärtze*) végzi (például Bécsben, a Vöröskereszt orvosai). Az orvosi jelentés javaslatot tartalmaz arra nézve, hogy a személy hol és miként lenne alkalmas munkavégzésre, ajánlást tesz például különleges felkészítésre. A munkaerő-piaci szolgálat személyi állománya régióként változó, például egyes helyeken speciális foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokat kínálnak e terület specialistái, míg másutt e feladatokat az intézmény szakembergárdája látja el.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Nincsenek különleges eszközök. Jelentős regionális különbségek léteznek a „fogyatékosági út” alkalmazásában, különösen a mentális betegségekkel küzdő emberek esetében. A szándék az, hogy a szakembergárda személyre szabott egyéni megközelítést alkalmazzon minden egyes ügyfél esetében.

A fogyatékoság jellegének (testi, látási, hallási, mentális, tanulási) megjelölésére munkaerő-piaci statisztikák használatosak, de jelenleg (1999 szeptembere óta) csak azt jelzik, hogy a személyt miként regisztrálták. A nagyobb kategóriákat a munkaerő-piaci szolgálat tartja nyilván.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A felmérést a lehetséges célravezető munkaerő-piaci (például képzési lehetőségek) intézkedések fényében készítik.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A személynek bele kell egyeznie a választandó fogyatékosági útba.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

Nincs.

BELGIUM

Intézkedések

A nemzeti jelentésben tárgyalt foglalkoztatási intézkedések a Flamand Alap a Fogyatékos Személyek Társadalmi Integrációjáért intézkedései. Hasonló intézkedéseket működtetnek más regionális alapok is, például a Vallon Alap (AWIPH). Ezek az intézkedések a következők:

- bértámogatások;
- szakképzés;
- védett foglalkoztatás;
- jeltolmácsszolgálat és más segítség.

Intézményi feladatok és kapcsolatok

A munkaügyi szolgáltatások átruházott feladatok Belgiumban. Az Országos Foglalkoztatási és Elhelyezési Szolgálat (RVA/ONEM) kezeli a munkanélküli segélyeket, de az 1991-es átruházási reform óta nincsenek elhelyezési feladatai. 1991. január 1-jétől a Nemzeti Alap a Fogyatékos Személyek Társadalmi Rehabilitációjáért feladatait is átruházták rá.

A Flamand Alap a beavatkozások széles körét finanszírozza, az egészségügyi szolgáltatásokat és felszereléseket is ideértve. Ehelyütt csak a foglalkoztatási intézkedéseket tárgyaljuk, de megjegyzendő, hogy az ugyanezen alap által kínált egyes szociális szolgáltatások valójában foglalkoztatási intézkedésként működhetnek, ilyen például az emberek elhelyezkedéséhez adott segítség.

A Flamand Alap és regionális partnerei intézményileg elkülönültek más olyan foglalkoztatás-ösztönző intézményektől, amilyenek például a foglalkoztatási börzék.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

Nincs kimondott kapcsolat a fogyatékosoknak adott foglalkoztatási szolgáltatások és a jövedelempótló intézkedések között. Az alaptól foglalkoztatási segélyt kérő személyek tipikusan a munkanélküli segélyen levők. Belgiumban munkanélküli segélyt az iskolából kikerülők és a korábban munkában állók kaphatnak.

A regionális állásközvetítő szolgálatok a fogyatékosokat „nehezen elhelyezhetőeknek” minősíthetik. Ez azonban nem jelenti a munkanélküli segélyből való kikerülést; épp ellenkezőleg, a munkanélküli segély hosszabb ideig folyósítható a nehezen elhelyezhetőeknek, mint a „normál” munkanélkülieknek. Az utóbbi években fokozott erőfeszítések történtek a tartósan munkanélküli emberek „aktivizálása” érdekében, és ezek az erőfeszítések több esetben a Flamand Munkaközvetítő Szolgálat és a Flamand Alap a Fogyatékos Emberek Társadalmi Integrációjáért közös erőfeszítései voltak. Ezeket azonban nem kísérte semmiféle szankció azokkal szemben, akik kivonták magukat ebből a munkából.

A jelentés megállapítja, hogy az ellátásokért folyamodó és végül azokra a jogosultságot el is nyerő emberek száma attól függ, hogy milyen lehetőségek állnak rendelkezésre. „Minél több fajta ellátást és szolgáltatást fejleszt ki az alap, annál több ember számára valószínűsíthető, hogy adminisztratív szempontból fogyatékos-besorolást kap” (Belgiumi jelentés 13. old.).

Felmérések

DÖNTÉSEK, KRITÉRIUMOK

A kérelmező akkor minősül „fogyatékos személynek”, ha a fogyatékossgot úgy definiálják, mint „hosszantartó és lényeges korlátozottságot a társadalomba való beilleszkedésre, csökkent szellemi, pszichikai, testi vagy érzékszervi képességek miatt”.

- Korlátozottság a foglalkoztatással összefüggő általános tevékenységek ellátásában
A foglalkoztatási intézkedések területén azt mérik fel, hogy a személy csökkent munkaképessége milyen mértékben akadályozza az illető munkaerő-piaci integrációját.
- A hátrányos helyzet mutatói, például elhelyezkedési nehézség
- Súlyos diagnózis hiányában, például ha a személy állapota enyhének minősül, akkor az igénylőnek bizonyítania kell, hogy rendszeres munka találására irányuló kísérleteket tett, de azok kudarcot vallottak.
- Korlátozottság egy bizonyos munka ellátásában.

A támogatott foglalkoztatásnak két rendszere van: a CAO-26 (26-os kollektív bérmegállapodás) és a VIP (*Vlaamse Inschakelingspremie*, flamand integrációs segély). Az utóbbi egy újabb intézkedés, amely más, mint a CAO-26, mivel a támogatás mértéke állandó (a szóban forgó ágazatban érvényes minimálbér 30 százaléka), míg a CAO-26 esetében a bér 5 és 50 százaléka között mozog, attól függően, hogy a dolgozó által az adott munkában elért teljesítmény mennyire marad el a normál teljesítménytől.

A CAO-26 esetében a teljesítménycsökkenés mértéke környezetfüggő (egy bizonyos munka környezetének körülményei között mérik). Ha a személy nem bizonyul a különleges ellátásra jogosultnak, akkor az általános felmérés eredménye semmissé válik. A VIP esetében a teljesítménycsökkenés mértéke nem környezetfüggő: ezt a státust az általános felmérés után adják, de esetleg még az előtt, hogy az illető személy munkát talált volna.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az általános jogosultságot multidiszciplináris bizottság méri fel, az erre felhatalmazott nonprofit szervezeteknél dolgozó multidiszciplináris munkacsoportok által szolgáltatott információk alapján.

A különleges intézkedésekre való jogosultság megállapításához más résztvevőkre is szükség van, nevezetesen a Munkajogi Felügyeletre, amely meghatározza a munkaadó által a fogyatékos munkavállalónak egy bizonyos munkakörben fizetendő CAO-26-támogatás mértékét. A VIP-segély ügyintézésébe a felügyelet nem folyik bele.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Egyes esetekben, például, ha a személy siket, akkor a képességcsökkenés tanúsítása önmagában is elegendő a vonatkozó intézkedéshez (jeltolmács segítsége a munkahelyen).

Az alaphoz adott segélyek minden formája elvben egyéni döntést igényel a bizottságtól, amely ezt a döntést egyéni igényfelmérés alapján hozza. Egyes esetekben azonban a szabályokat úgy fogalmazták meg, hogy azok a belső döntési folyamatot segítsék, noha jogerővel nem rendelkeznek, és fellebbezés esetén felülríthatók. Például az iskolából kikerülők számára elérhetővé tett intézkedések első fokon az ügyfél iskolázottsági szintjén és előéletén alapulnak.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Kezdetben a felmérési eljárás „környezeten kívül” történik, és annak megállapítására irányul, hogy a személy képes-e védett munkahelyen dolgozni, és eléggé fogyatékos-e ahhoz, hogy a munkaadója bértámogatást kapjon miatta stb. Az érintett személy így „jegyet” kap egyik vagy másik ellátásra. A „jegy” felhasználatlanul is maradhat, mert például a jegy tulajdonosának éppen nincs munkája, vagy a védett munkahelyek be vannak töltve. Azonban amint az illető személyt el tudják helyezni, a munkaadó, vagy a munkahely az alaphoz fordulhat, hogy támogatást kérjen e személy miatt.

A CAO-26-segély esetén a „jegyet” újra ellenőrzik, és a Munkajogi Felügyelet helyszíni ellenőrzést is tart.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A fogyatékos személy azzal indítja kérelmét, hogy kéri a Flamand Alap segítségét munkaerő-piaci beilleszkedéséhez, vagy általános, vagy különleges szolgáltatás formájában. E segítség lehet elhelyezés védett munkahelyen, lehet munkahely-adaptáció, vagy a munkaadónak adott bértámogatás.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A gyakorlatban a Munkaügyi Felügyelőség CAO-26-segélyről hozott döntése gyakran a munkaadóval folytatott tárgyalások témája.

DÁNIA

Intézkedések

A nemzeti jelentésben tárgyalt intézkedések a következők:

Törvény az aktív szociálpolitikáról (1998), amely a szakmai rehabilitációról és a „rugalmas állásokról” rendelkezik. A rugalmas állások olyan állások, amelyekhez bértámogatás jár, a minimálbér 25, 50, 75 százaléka mértékéig (a 25 százalékos sáv 2003-ban megszűnik).

Vannak „védett állások” is, amelyekkel 50% támogatás jár, ha a személy a rendes munkaidő egyharmadában dolgozik.

A törvény a foglalkoztatott fogyatékos személyek kompenzációjáról (LCPDE) az alábbiakról rendelkezik:

1. Preferencia a fogyatékos dolgozók számára a közszolgálati szektorban:
 - a gyakorlatban csak kevés intézmény alkalmazza a preferenciatörvényt a kinevezéseknél;
 - alkalmazzák azonban a törvényt a standengedélyek és taxivezetői engedélyek kiadásánál.
2. Jégtörőrendszer: támogatórendszer újonnan munkába lépő fogyatékosok számára.
3. Munkavégzési segítséghez, eszközökhöz és hozzáférés megkönnyítéséhez adott kifizetések rendszere.
4. Személyi támogató rendszer, rendszerint heti maximum húsz órányi, de esetenként teljes munkaidős is.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

Az LCPDE-t a foglalkoztatási szolgálat adminisztrálja, az egyéb intézkedéseket pedig a helyi önkormányzatok. A helyi önkormányzatok kulcsszerepet játszanak a rehabilitációs intézkedések és a segélyek odaítélése terén. Jelentős szabadsággal rendelkeznek a döntések meghozatalában. Pénzügyileg erősen ösztönzik őket „rugalmas állások” működtetésére olyan emberek számára, akik egyébként rehabilitációs segélyt vagy szociális segélyt kapnának, mivel a támogatást a központi kormány fizeti.

A szociális fejezet (amely eltérő szabályokat tesz lehetővé a csökkent munkaképességű emberek foglalkoztatása esetén) hatálya alá eső foglalkoztatásról a munkaadó dönt, a fejezetet megtárgyaló szervezettel egyetértésben.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

Az aktív szociálpolitikáról szóló törvényt az az óhaj motiválja, hogy csökkentse a segélyt igénylő emberek számát, és biztosítsa a segélyt igénylők munkakeresésre ösztönzését. Az intézkedés fő célcsoportját a munkanélküliek alkotják, ezen belül a fiatal munkanélküliekre összpontosít.

A törvény kiterjed mindenkire, aki az önkormányzatnál támogatásért jelentkezik. Akiknek az elhelyezkedési lehetőségei fogyatékoság miatt, illetve más természetű problémák (iskolázottság hiánya, szenvedélybetegség stb.) miatt korlátozottak, azok között az önkormányzatok tesznek különbséget annak az eljárásnak a keretében, amely során eldöntik, hogy mi legyen a megfelelő intézkedés (aktivizálás, rehabilitáció stb.).

A hatályos rendelkezések hangsúlyt helyeznek a foglalkoztatási lehetőségek felderítésére a fogyatékosági nyugdíj odaítélését megelőzően. A védett állások azonban (amelyek alapján a munkaadó 50 százalékos támogatást kap) a fogyatékosági nyugdíjban részesülő emberek számára vannak fenntartva.

A munkát kereső fogyatékos emberekkel bizonyos értelemben ugyanúgy bánnak, mint a többi, elhelyezkedési nehézséggel küzdő csoporttal. A fogyatékos emberek központi szervezete, a DCODP nem kér megkülönböztetett bánásmódot az aktivizációs, és rehabilitációs szakpolitikai intézkedések végrehajtása során. A DCODP olyan kompenzációs modell mellett tör lándzsát, amelyben a csökkent funkcionális képességű embereket olyan módon kompenzálják, amely lehetővé teszi számukra, hogy a másokra alkalmazottal azonos mércé szerint működjenek.

Bizonyos mértékig az LCDPE is ezt a felfogást tükrözi. Az LCPDE-intézkedések a testi fogyatékos emberekre irányulnak.

Felmérések

LCPDE

MEGHOZANDÓ DÖNTÉSEK, KRITÉRIUMOK

Az LCPDE saját felhasználói csoportjának a „fogyatékos emberek” definíciót adja, de további definíciót nem alkalmaz, kivéve a személyes támogató rendszerek esetében, amikor megemlíti néhány különleges körülményt (vakság stb., lásd alább).

Az esélyegyenlőségi központ is előállt egy fogyatékoságdefinícióval, amely definíció igyekszik magában foglalni a kompenzáció elvét, mert a központ szerint ez az elv áll az LCPDE mögött. A fogyatékosági központ definíciója szerint akkor beszélhetünk fogyatékos személyről, ha

- testi, pszichikai vagy értelmi funkciócsökkenés áll fenn, amelyet kompenzálni kell, ha a személy funkcióját összehasonlítható élethelyzetben más állampolgárokéval azonos mércével akarjuk mérni;
- korlátozottság áll fenn egy bizonyos munka elvégzésében; Az LCPDE szerinti intézkedések – különösen a munkahelyi adaptáció – jellegűknél fogva ráirányítják a figyelmet az egy bizonyos munkában, munkahelyen jelentkező korlátozottságokra.
- ha fennállnak a hátrányos helyzet mutatói, például az álláshoz jutás nehézsége. A támogatást igénylő személy szükségszerűen nehezen elhelyezhető, azaz normál feltételek mellett nem tud munkához jutni.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A foglalkoztatási irodák fogyatékosági szaktanácsadókat alkalmaznak, akiket eredetileg A vállalatok társadalmi felelőssége kampánnyal összefüggésben neveztek ki.

Orvosi igazolás szükséges, ezt az érintett személy saját orvosa adja.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A személyes támogatási intézkedések konkrétan három képességcsökkenést neveznek meg: látás-csökkenés, hallás-csökkenés és testi funkciók korlátozottsága (ez utóbbi konkrétan végtagbénulást stb. jelent).

A további intézkedések tekintetében nincs részletes útmutatás a felmérésre vonatkozóan.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A munkahelyi támogatások odaítélése attól függ, hogy a szolgáltatás megfelel-e az érintett személy igényeinek.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Ha az „aktivizáló” intézkedések kötelezőek, akkor a fogyatékos személynek az LCPDE szerinti intézkedéseket kell választania.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A munkaadókat jogszabály nem kötelezi az LCPDE-intézkedések végrehajtásának megkönnyítésére; A vállalatok társadalmi felelőssége kampány keretében igyekeztek rávenni őket arra, hogy mégis tegyék ezt. Ez a kezdeményezés a „meggyőzés” eszközével akarta előmozdítani a fogyatékos emberek foglalkoztatását, és „szociális fejezetek” beiktatását a kollektív szerződésekbe, amelyek értelmében a nem százszázalékos állapotban levő emberek is felvehetők.

Az Aktív szociálpolitikáról szóló törvényben előírt intézkedések

DÖNTÉSEK

Az aktív szociálpolitikáról szóló törvény rendelkezik a csökkent munkaképességűek rehabilitációjáról és számukra rugalmas állások biztosításáról. A munkaképesség definíciója: „az a képesség, amely lehetővé teszi a munkaerő-piaci igényeknek való megfelelést, azaz különféle konkrét feladatok elvégzését jövedelemszerzés céljából”.

A törvény kiterjed mindenkre, aki az önkormányzatnál támogatásért jelentkezik. Azok között, akiknek az elhelyezkedési lehetőségei fogyatékoság miatt, illetve más természetű problémák (iskolázottság hiánya, szenvedélybetegség stb.) miatt korlátozottak, az önkormányzatok tesznek különbséget annak az eljárásnak a keretében, amely során eldöntik, hogy mi legyen a megfelelő intézkedés (aktivizálás, rehabilitáció stb.).

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A kulcsfontosságú döntéseket szociális munkások hozzák.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Megjegyzésre érdemes, hogy az intézkedések inkább az önkormányzati döntéseket befolyásoló pénzügyi ösztönzői rendszerre támaszkodnak, mint a központilag meghatározott szabályok és eszközök alkalmazására.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Mindenkinek, aki tartósan beteg, rendelkeznie kell egy rehabilitációs tervvel; a rehabilitációs intézetek megfigyelhetik és felmérhetik az igénylőt. A munkában kapható támogatás jellegét és mértékét gyakorta az illető személy által a szóban forgó munkában tanúsított képesség megfigyelése alapján döntenek el.

FINNORSZÁG

Intézkedések

A nemzeti jelentésben tárgyalt foglalkoztatási intézkedések a foglalkoztatási szolgálatról szóló törvény és a foglalkoztatási szolgálatra vonatkozó rendelet körébe tartoznak, és az alábbi intézkedéseket foglalják magukba:

- különleges segítség elhelyezéssel és szakmai tanácsadással,
- képzési segélyek,
- próbaidős munka támogatása,
- támogatások munkaadóknak: az állás 24 hónapig támogatható (szemben a munkakeresők más csoportja, például a tartósan munkanélküliek esetében alkalmazott 6 hónappal) és a támogatás a munkakeresés megkezdésétől fizethető, szemben más célcsoportokkal, amelyek esetében egy minimális (általában 5 hónapos) munkanélküli időszak szükséges ahhoz, hogy a támogatás adható legyen.

Van számos más, a foglalkoztatással összefüggő intézkedés, amely kapcsolódik a társadalombiztosításhoz. Különösen fontosak azok az intézkedések, amelyek lehetővé teszik az érintett személy

számára, hogy foglalkoztatott maradjon tartós betegsége, illetve fogyatékosága kezdete után is, amilyen intézkedés például a munkahely adaptálása, képzés stb., amiket együttesen munkaképesség-fenntartásnak (MWA) hívnak. A társadalombiztosítás finanszírozza a szakmai rehabilitációt azok számára, akik munkaképessége csökkent, illetve, akiket a munkaképesség csökkenése fenyeget (finn rövidítéssel TYK, illetve ASLAK). Egy másik intézkedés, a foglalkoztatás-függő fogyatékosági pótlék, amely a foglalkoztatott, képzésben részt vevő, vagy álláskereső fogyatékosok számára nyújt kompenzációt a fogyatékoságuk által okozott többletköltségeikhez. Ebben az esetben a fogyatékoság-definíció képességcsökkenés-függő, és a kompenzáció háromszintű, a képességcsökkenés súlyosságának megfelelően.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

Az itt bemutatott juttatásokat a foglalkoztatási szolgálat kínálja, amely a Munkaügyi Minisztérium ellenőrzése alá tartozik.

A védett munkahelyekről a helyi önkormányzatok és a nem kormányzati szervezetek gondoskodnak, amelyeknek nincs sok kapcsolatuk a foglalkoztatási szolgáltatásokkal. Az önkormányzatok biztosítják a drog- és az alkoholfüggőkkel való foglalkozás hátterét. Finnországban a védett foglalkoztatás számos formában hozzáférhető, igen csekély szerepet játszik a foglalkoztatáspolitikai eszközöként, főleg társadalmi integrációs és befogadási intézkedésként működik például a szellemi fogyatékos emberek esetében.

A foglalkoztatási szolgálat központi intézkedései és a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű egyéb csoportok érdekében tett intézkedések közötti kapcsolatok fontosak – a központi intézkedések a fogyatékos emberek számára hozzáférhetőek, és gyakran megfelelőbbeknek is bizonyulhatnak, mint a speciális szolgáltatások. A fogyatékosként történt regisztráció előnyei mára már megkérdőjelezhetővé váltak. A foglalkoztatási szolgálat tevékenységének középpontja más csoportok (a tartósan munkanélküliek, a fiatal munkanélküliek, a bevándorlók) felé tolódott el. A fő előny a 24 hónapos segélyhez való gyors hozzájutás. Egyes szerzők megkérdőjelezték még azt is, hogy van-e egyáltalán értelme a fogyatékosként történő regisztrációnak, hiszen a fogyatékos munkakeresők sokkal rosszabb helyzetben vannak például a munkanélküliség időtartama tekintetében. Továbbá: a regisztráció stigmatizáló hatású lehet.

A regisztráció gondolata nem arra irányul, hogy szegregálja a fogyatékos munkakeresőket, hanem arra, hogy kiegészítő szolgáltatásokat tegyen elérhetővé számukra, amint azt fentebb már leírtuk.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzése és követelményei

Azok az 50 év feletti, akik a korai nyugdíjazási rendszer keretében megindították a korai nyugdíjba vonulásukhoz szükséges eljárást, nem éreznek ösztönzést arra, hogy hozzájussanak a foglalkoztatási szolgálat által a fogyatékosok számára kínált szolgáltatásokhoz. Ez azért van, mert a nyugdíjpolitikát az időskorú munkakeresők munkaerő-piaci problémáinak megoldására használják. A helyzet ma már változik, erőteljes hangsúlyt kapott a munkaerőben való részvétel növelése, de még korai lenne a fejlemények kimenetelét a fogyatékosok szempontjából kommentálni.

A nyugdíjpolitika és a foglalkoztatáspolitikai közötti egyéni szintű kölcsönös kapcsolat következtében a munkanélküli segélyek és a nyugdíjak akár egymás helyébe is léphetnek. Rendszerint a fogyatékos személy nem veszíti el a munkanélküli segélyt elégtelen munkaképesség miatt, vagy a munkavégzésre való alkalmasságot fogyatékoság miatt. Azonban ugyanúgy, mint bármely más munkakereső, elvesztheti a segélyt, ha alapos ok nélkül elutasítja a foglalkoztatási szolgálat által felajánlott állást. Néha előfordulhat, hogy az érintett személy fogyatékosként regisztrálva van, és mint ilyen, fogyatékoságin nyugdíj-jogosultsággal rendelkezik, azonban a végrehajtás időbe telik, és a segélyek felvétele között nagy különbségek lehetnek.

Felmérések

DÖNTÉSEK, KRITÉRIUMOK

A fogyatékos emberek definíciója megfelel a 159. ILO-egyezménynek, miszerint a fogyatékos „az a személy, akinek megfelelően felismert testi vagy szellemi képességcsökkenés következtében a munka biztosítására, megtartására és az előmenetelre való kilátásai lényegesen romlottak”.

A képességcsökkenés önmagában nem elegendő a minősítéshez: szükséges, hogy a személy foglalkoztathatósága is érintett legyen, például a végtag elvesztése érdektelen, ha az illető tudományos elméleti munkát végez. A funkcionális korlátozottságokat akkor veszik figyelembe, ha diagnosztikailag dokumentálva vannak, és kedvezőtlen hatást gyakorolnak a munkaképességre.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A személyes egészségügyi problémákat orvosi igazolással kell dokumentálni. Az igazolást a kérelmezőnek kell megszereznie. A foglalkoztatási szolgálat orvosi szolgáltatást nem kínál, orvosi jelentéseket nem készít, de tanácsot ad a munkakeresőknek az orvosi segítség igénybe vételére és annak dokumentálására vonatkozóan.

A különféle szakemberek szerepe: a szaktanácsadásban részt vevő pszichológusok a fogyatékoság kiterjesztő definíciójával dolgoznak; 1998-tól orvosi diagnózis is szükséges, ami az egyik oka lehet annak, hogy a szakmai pályairányításban csökkent a „fogyatékos út” használata.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Nincsenek szabványosított eszközök: a foglalkoztatási szervezet nagyon rugalmasan működik, annak az elvnek az alapján, hogy a fogyatékos minősítés az ügyfél javát szolgálja.

Az ICD-kódokat megtartották és felhasználják a szolgálat éves statisztikáiban.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Nincs lehetőség a környezetben történő megfigyelésre, kivéve, ha arról akarnak megbizonyosodni, hogy a hozzáférhető intézkedés megfelelő-e az ügyfél számára.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Az ügyfél hozzájárulása nélkül nem történik bejegyzés a fogyatékosági aktába.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A munkaadónak általában nincs szerepe a foglalkoztatási szolgáltatásokban (a fogyatékos munkakeresők többsége munkanélküli, a foglalkoztatási szolgálatnál regisztrált nem munkanélküliek pedig várhatóan munkanélküliek lesznek). Az MWA-ban (a munkaképesség fenntartásában) azonban a munkaadók szerepe kulcsfontosságú.

FRANCIAORSZÁG

Intézkedések

A nemzeti jelentésben tárgyalt foglalkoztatási intézkedések olyan jogi lehetőségek összességét alkotják, amelyek megkönnyítik a munkához jutást és a munkában maradást a *travailleur handicapé* (TH, a fogyatékos dolgozó) számára. Ezek az intézkedések a következők:

1. A foglalkoztatás főáramában:

- GRTH (források biztosítása a fogyatékos dolgozók számára): a munkaadó a TH-nak teljes bért fizet, de a bér egy részére refinanszírozást kap (bérkiegészítés);
- munkábaállási bónusz (*prime à l'insertion*) a munkaadó és a dolgozó számára. A TH felmérése három fogyatékosági kategóriában történik: A (enyhe), B (mérsékelt) és C (súlyos).

A vállalatok csökkentett bért fizethetnek a B és a C kategóriában (előbbiben a normál bérnél 10 százalékkal, utóbbiban 20 százalékkal kevesebbet).

2. A védett foglalkoztatásban (ETP) kiegészítések is fizethetők, nagyobb arányban. A védett foglalkoztatás körébe tartoznak a „szociális cégek” a kevésbé súlyosan (a normál munkaképesség egyharmados vagy annál nagyobb mértékig) fogyatékosok számára, és a védett munkahelyek (*centre d'aide par le travail*, CAT) a fokozottabb mértékben fogyatékosok számára.
3. A szakképzésben az oktatók számára díj, a dolgozók számára képzési pótlék fizethető. A TH beleszámít a foglalkoztatás főáramában működtetett kvótába. A munkaadó a kvótával kapcsolatos kötelezettségeinek akkor tesz eleget, ha
 - TH-nak minősített dolgozókat alkalmaz,
 - szerződést köt védett foglalkoztatást (ETP) biztosító intézményekkel,
 - megállapodást köt az AGEFIPH-pel (lásd alább);
 - bírságot fizet az AGEFIPH-nek.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

A fogyatékos emberek foglalkoztatásának előmozdításáért felelős legnagyobb szervezet a AGEFIPH (lásd: agefiph.asso.fr), amelynek bevétele a kvóta teljesítésének elmulasztása miatt fizetett bírságokból származik. Az AGEFIPH kezeli a GRTH-t, (1996 óta), és más kiadási programokat, továbbá finanszírozza a *Cap emploi* hálózatot, amely a foglalkoztatási szolgáltatásokat kínáló hálózata (hozzá tartozik az EPSR és az OIP). Továbbá megállapodásokat köt a nagyobb munkaadókkal, képző intézményekkel és más, hozzájuk kapcsolódó olyan szervezetekkel, amilyen például az ANPE (a foglalkoztatási szolgálat).

Kapcsolódás a foglalkoztatási szolgálat intézkedései és a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű más csoportokat célzó intézkedések között: a helyzet, hogy külön szervezet (COTOREP) létezik a felmérések elvégzésére, és külön alap (AGEFIPH) áll rendelkezésre a fogyatékosok foglalkoztatásának előmozdítására, azt sugallja, hogy a fogyatékosokat célzó intézkedések teljesen elkülönülnek az intézkedések főáramától. Mindazonáltal az AGEFIPH szerződéseket kötött néhány, a foglalkoztatási szolgáltatások főáramába tartozó szolgáltatóval.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

Nincsenek kapcsolatok az ellátó rendszerrel; a dolgozók akkor folyamodhatnak TH-minősítésért, ha nem tudják elvégezni jelenlegi vagy korábbi munkájukat, de fogyatékoságuk mértéke nem elegendő ahhoz, hogy fogyatékosági nyugdíjat kapjanak. Ez különösen azokra a dolgozókra vonatkozik, akik elérték a betegség-jogosultsági időszak (3 év) végét, ezen belül is főként azokra, akik felhasználták a munkába való részleges visszatérést segítő támogatást is, amelynek maximális időtartama 6 hónap.

Akárcsak a COTOREP általi minősítés esetén, az emberek TH-vá minősíthetik magukat, ha legalább 10 százalékos fogyatékoságot okozó munkahelyi baleset vagy foglalkozási megbetegedés érte őket, vagy legalább kétharmados fogyatékoság miatt esedékes fogyatékosági járadékot kapnak (a társadalombiztosító intézettől).

Felmérések

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

A TH „olyan személy, akinek testi vagy szellemi képességei elvesztése, vagy elégtelensége miatt teljesen csökkentek a kilátásai arra, hogy állást szerezzen, illetve állásban maradjon”. Az a személy, aki jogosultságot akar szerezni a foglalkoztatási intézkedésekre, a COTOREP egyes osztályánál kéri felmérését TH-nak minősítése céljából. Az egyes osztály méri fel az emberek munkaképességét; nem használja az „útmutató százaléktáblát” (lásd WP1). A COTOREP visszautasíthatja a kérelmet, ha a kérelmező személy munkaképessége nem eléggé csökkent, illetve, ha a kérelmező munkavégzését a COTOREP lehetetlennek látja. Első fokon a benyújtott kérelmek 40 százalékát visszautasítják.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az első orvosi nyilatkozatot a kérelmező által választott orvos adja ki, aki nem áll kapcsolatban a COTOREP-pel. A TH-kérelmek esetében ez az orvos lehet az üzemi orvos.

A COTOREP szakmai stábjában orvosokból, munkapszichológusokból, szociális munkásokból és a munkanélküliségi iroda személyzetéből áll. A stáb specialistáktól további információkat szerezhet be.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A szakmai pályairányítással foglalkozó egyes osztály a felmérésekhez nem használja az útmutató százaléktáblát. Vannak nem hivatalos útmutatók és eszközök, amelyek nyilvánosan hozzáférhetőek.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Ha valaki nincs foglalkoztatva, akkor nincs mód a munkahelyi környezetben történő megfigyelésére, így a COTOREP felméréseit az a bíráló érzi, hogy meglehetősen elvontak. A COTOREP által kijelölt irányban esetleg aktuálisan nincs semmi lehetőség, egyetlen üres munkahely sem. Sőt, sok esetben „a foglalkoztatás főárama felé mutató irány a munkanélküliség felé mutató irányt jelenti. (franciaországi jelentés, 26. old.)

A kérelmet azonban beadhatja olyan személy, akit már foglalkoztatnak, vagy egy bizonyos munkára alkalmasnak tartanak. Az AGEFIPH-tanácsadásból világosan kitűnik, hogy a munkaadók pénzügyi támogatást szeretnének az olyan dolgozók miatt, akik eredetileg nem TH besorolásúak voltak. Például a bérkiegészítés megszerzéséhez szükséges eljárás leírása tartalmazza, hogyan kell felvenni egy-egy TH minősítésű dolgozót.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A felmérést igénylők megjelölik, hogy mit szeretnének: általában TH-nak minősíteni magukat, vagy jogosultságot szerezni segélyekre (ettől függ, hogy a kérelem az egyes, vagy a kettes osztályhoz kerül-e); ha pedig a kérelmező már TH, akkor azt jelöli meg, hogy a foglalkoztatás főárama felé kér irányítást, vagy a képzés, esetleg védett foglalkoztatás felé stb.

Noha a munka törvénykönyve úgy rendelkezik, hogy a kérelmezőnek személyesen kell előterjesztenie ügyét és megvitatnia a megfelelő irányítást a bizottsággal, a gyakorlatban az ilyen találkozók igen ritkák. A technikai stáb azonban megvitatja az esetet a kérelmezővel.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A munkaadók fontos szerepe az, hogy ösztönözzék munkavállalóikat, vagy jövőbeli munkavállalóikat a kérelem benyújtására, ha a fogyatékoság kezdeti jeleit tapasztalják magukon. A kvóta egyik hatása az, hogy ösztönzi a munkaadókat a fogyatékos dolgozók beazonosítására, különben bírságot kell fizetniük.

A szakszervezetek mellett a munkaadók képviselői is jelen vannak a bizottságban, amely a végső döntéseket hozza. A gyakorlatban a hatáskört gyakran a COTOREP technikai személyzete gyakorolja.

NÉMETORSZÁG

Intézkedések

A fő foglalkoztatási intézkedések a fogyatékosok számára Németországban a következők:

- a foglalkoztatási szolgálat (BA), a nyugdíjintézetek és az önkormányzatok (*Sozialamt, Jugendamt*) által finanszírozott rehabilitációs szolgáltatások;
- a BA által kínált általános képzési szolgáltatások kiterjesztése, például hosszabb képzési időszak a fogyatékos emberek részére;
- a kvóta és a hozzá kapcsolódó kiegészítő intézkedések.

Ezek a rendelkezések két különböző célcsoportra vonatkoznak: a rehabilitációs szolgáltatások és a kiterjesztett foglalkoztatási szolgáltatások azok számára elérhetők, akiket tágabb értelemben fogya-

tékosként definiálnak, a kvóta viszont a „súlyosan fogyatékosokat” (*Schwerbehinderte*) és az „azonos státusúakat” célozza. A két definíció teljesen különböző, és valójában nem a fogyatékoság „súlyosságára” vonatkozik, mint alább majd látni fogjuk.

Megjegyzendő az is, hogy a BA kiterjesztett szolgáltatásai teljes mértékben a munkára való felkészítést (képzést, rehabilitációt stb.) célozzák, és nem tartalmaznak munkahelyi támogatást. A súlyosan fogyatékosokat célzó foglalkoztatási intézkedések viszont a munkahelyre összpontosítanak. Noha ennek a csoportnak a tagjai rehabilitációra vagy képzésre is irányíthatók, ezen intézkedések tekintetében külön felmérésnek vetik alá őket.

A kvótarendszer (*Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen*) lényegbevágó reformon esett át 2001. január 1-jétől. A reform fő indítéka az volt, hogy számos cég inkább kifizette a bírságot, semmint megkísérelje teljesíteni a kvótát. A fő változást a kvóta csökkentése jelentette (6%-ról 5%-ra), s ezt a teljesítés elmulasztása miatti bírság megemelése kísérte. A bírságok fokozatait úgy állapították meg, hogy azok a cégek, amelyek a legnagyobb mulasztást követik el (azok, amelyek kevesebb mint 2% súlyosan fogyatékos dolgozót alkalmaznak), a legmagasabb összegű bírságot fizetik a betöltetlen helyek után.

Ezzel egyidejűleg a súlyosan fogyatékos embereket alkalmazó vállalatok pénzügyi támogatása (integrációs segélyek) növekedett, és megreformálták a segélyfolyósítás intézményi rendszerét is. A kormány beindította az „50 ezer munkahely a súlyosan fogyatékosoknak” elnevezésű kampányt. Ez azt irányozta elő, hogy ha a súlyosan fogyatékos dolgozók munkanélküliségét 2002. októberig nem sikerül 50 ezerrel csökkenteni, akkor 2003-ban tovább emelik a kvótát.

Az integrációs segély azokra az alkalmazottakra terjed ki, akik foglalkoztatásuk kezdeti időszakát töltik a cégnél, ha ez az időszak „betanítási időszaknak” minősíthető. A segély 24 hónapig adható, és mértéke 40–60% között lehet. A munkahely átalakításához is adható támogatás.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

A rehabilitációs szolgáltatásokhoz (Reha) való hozzáférés a társadalombiztosítási rendszer, más szociális szolgáltató intézmények és a BA révén történhet. A rehabilitáció finanszírozásának elosztása ezen intézmények között rendkívül bonyolultan történik, s e bonyolultság kezelésére számos intézkedés történt, például a *Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation* létrehozásával. Ezek a „szolgáltatóközpontok” úgy működnek, hogy gyorsan megállapítsák, mi a megfelelő rehabilitáció, gyorsan meg is kezdik azt, és csak ezt követően foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy mit kell érte fizetni.

A BA keretében ahhoz, hogy valaki a Reha körébe kerüljön és jogosultságot szerezzen a kiterjesztett képzésre stb. a BA orvosi szolgálatának felmérése szükséges.

A BA a foglalkoztatási szolgáltatások főáramában is tevékenykedik, e szolgáltatásokat az orvosi rehabilitációból kikerülő vagy más egészségi problémákkal küzdő emberek, valamint a „rendes” munkanélküliek számára kínálnak. Például azok, akik valamilyen súlyos betegség után munkahelyet szeretnének változtatni, a BA keretében működő BIZ-hez (*Berufs-Informations-Zentrum*) fordulhatnak, amely minden munkakeresőt információkkal lát el. A súlyosan fogyatékos embereket is arra ösztönzik, hogy vegyék igénybe a BIZ szolgáltatásait (lásd: www.jobs-fuer-schwerbehinderte.de).

A kvóta és a súlyosan fogyatékos embereket támogató más intézkedéseket a BA-irodák különleges egységei, az úgynevezett „különleges integrációs szolgálatok” (*Integrationsfachdienste*) működtetik. Ezek a szolgálatok „támogatják” a munkaügyi irodákat, pénzügyileg önállóak, költségvetésüket az integrációs irodák (*Integrationsämter*) kezelik.

A súlyos fogyatékoság felmérését nem ezek az irodák végzik, hanem a tartományi hatáskörbe tartozó *Versorgungsamt* (amelyet néha *Amt für Versorgung und Familienförderung* néven emlegetnek). A Versorgungsamt határozza meg a személyek fogyatékoságának mértékét (DdB), és akinél ez a mérték 50 százaléknál magasabb, az súlyosan fogyatékosnak számít. Azonban a munkaügyi irodák döntése alapján van lehetőség arra, hogy a kvóta szempontjából a 30–50 százalékos fogyatékosokat is „egyenlő státusúként” (*gleichstelle*) kezeljék.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

Nincs összefüggés a fogyatékosigazolvány (GdB > 50) megszerzése és a fő pénzbeli támogatások között.

Ha az érintett személy munkaképessége oly mértékben korlátozott, hogy heti 15 óránál többet nem tud dolgozni, akkor munkaképessége nem elégséges ahhoz, hogy munkanélküliként regisztrálják. Elvben a BA orvosi szolgálata dönthet úgy, hogy az érintett nyugdíjintézet köteles járadékot fizetni. Mivel a nyugdíjintézetek „előbb rehabilitáció, csak azután nyugdíj” elv alapján működnek, Reha-tervet dolgozhatnak ki.

Egyes esetekben (ha az érintettek kevesebb, mint 15 éven keresztül fizettek járulékot), a BA köteles finanszírozni a Reha-tervet. Ezeket az embereket „rehabilitánsnak” minősítik, nem munkanélkülinek (vagy nyugdíjasnak).

A Reha szolgáltatások a munkanélküli-biztosítással és -segéllyel rendelkezők, valamint a szociális támogatásban részesülők számára állnak rendelkezésre.

Felmérések

Súlyos fogyatékoság

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

- a képességcsökkenés súlyosságának mérése
A *Versorgungsamt* megállapítja a személy általános fogyatékosági mértékét (GdB) egy 100-as skálán. A GdB megállapításának célja a személy életesélyei korlátozottságának (*Beeinträchtigung der Teilnahme am Leben*) mérése. Nem méri a munkaképességet, és független a személy foglalkoztatotti előéletétől és törekvéseitől. A képességcsökkenés akkor ismerhető el, ha az igénylő életkora tekintetében atipikus.
- korlátozottság a foglalkoztatottsággal összefüggő általános tevékenységek végrehajtásában
Annak eldöntésénél, hogy a 30–50-es GdB-vel rendelkező személynek jár-e az „egyenlő státus”, a munkaügyi iroda azt veszi figyelembe, hogy az érintett személy „egyenlősítés” nélkül fogyatékosága miatt nem tudna megfelelő munkát kapni. Az egyenlősítésből csak a kvótába való besorolás következik, egyéb juttatások, például utazási kedvezmény, vagy pótszabadság nem jár vele.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A GdB eldöntése teljes egészében orvosi adatok és ismeretek alapján történik.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A *Versorgungsamt* olyan százaléktáblát használ, amely minden egyes képességcsökkenés esetén megadja a megfelelő fogyatékosági mértéket. A teljes mértéket az egyes „résztérületeken” (gerinc, alsó végtagok stb.) mért képességcsökkenések összevonásával állapítják meg.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A GdB meghatározásakor nincs; megjegyzendő azonban, hogy megkülönböztetett figyelemmel kísérik a munkakereső és a munkahely „egymásra találásának” folyamatát.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A fogyatékos személynek kérnie kell a felmérést. A www.jobs-fuerschwerbehinderte.de honlap arra szólítja fel a fogyatékos embereket, hogy a súlyos fogyatékoságot tanúsító igazolás nélkül ne kíséreljék meg a kérelmezést, mert anélkül nem szerezhetnek jogosultságot.

A honlap arra is ösztönzi a fogyatékos embereket, hogy „mérjék fel” saját magukat, például gondolják át munkavégzési törekvéseiket és korlátaikat, azt, hogy egyedül akarnak-e dolgozni, vagy csapatban stb.

Arra is bátorítják a fogyatékos embereket, hogy látogassanak el a munkaügyi hivatalba, még akkor is, ha korábban már voltak, mert az új intézkedésekre újonnan kell jelentkezni, és az információs központot (BIZ) is lehet használni.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A 2001-es reform néhány változást hozott a munkaadók, a fogyatékosok és a munkaügyi irodák kapcsolatában. A munkaadók kötelesek felvenni a kapcsolatot az illetékes hatóságokkal, ha egy fogyatékos személy munkára jelentkezik, vagy ha foglalkoztatásából problémák adódnak. A munkaadók kötelesek továbbá a hatóságokkal integrációs megállapodásokat kötni, amelyeknek „konkrét megállapításokat” kell tartalmazniuk a személyes tervekről, a munkahely elrendezéséről, a munkaszervezésről és a munkaidőről.

A munkahelyi felelős képviselők (*Vertrauenspersonen*) konzultációs jogait is kibővítették.

Rehabilitációs és kiterjesztett foglalkoztatási intézkedések

Ez a rész a BA rehabilitációs intézkedéseivel foglalkozik. A rehabilitáció más csatornákon is megszervezhető.

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

A III. szociális törvény arra kötelezi a BA-t, hogy a segélyek és a szolgáltatások odaítélésénél vegye figyelembe a támogatottak „személyes körülményeit”. Ezek közé tartozhatnak az egészségügyi problémák, amelyek csökkentik a személy munkához jutási esélyeit. Az orvosi jelentések számos különféle okra hivatkozhatnak, amikor eldöntik, indokolt volt-e, hogy a személy egészségi problémája miatt felhagyott korábbi munkájával. Az orvosi szolgálat csak egy másik BA-szolgáltatás (például foglalkozási tanácsadás, szakmaválasztási irányítás, segélyek) igénybe vételére való bátorítás érdekében jár el.

Korlátozottság egy bizonyos munka elvégzésében (vagy javasolt foglalkozás, rehabilitáció, illetve felkészülési terv)

Az orvosi jelentés „az egyéni képességek felmérésére szolgál és arra, hogy ily módon a foglalkoztatási irodának objektív alapot szolgáltatson elhelyezési és támogatási erőfeszítéseihöz illetve döntéseihez a pénzügyi támogatások odaítéléséről” (BA, A BA Orvosi Szolgálat, 1999. július, angolul). Ha egyes személyek munkaképességének mértéke az erre vonatkozó döntés fényében határesetnek bizonyul, akkor a „küszöbértéket” egyénileg határozzák meg (lásd alább – ösztönzők és követelmények). Az orvosi szolgálat általában tanácsokat ad arra nézve, hogy adott esetben mely foglalkozás, képzési forma, vagy rehabilitációs lehetőség választása látszik célszerűnek.

Általánosabb értelemben a felmérések tárgya mindig a „foglalkozási fogyatékoság”, azaz azokat a korlátokat vizsgálják, amelyeket a személynek le kell küzdenie, ha munkához akar jutni.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A BA orvosi szolgálata saját orvosokat foglalkoztat, és külső, úgynevezett „panelorvosokkal” is szerződik, akik a legkülönbözőbb területeken működhetnek közre, a társadalombiztosítási intézeteket is ideértve. Nagy súlyt helyeznek az egészségi problémák „objektív meghatározására”.

A BA-szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdések egy részét az orvosi leletekből is meg lehet válaszolni, tehát orvosi vizsgálatra nem mindig kerül sor. Szükség esetén szakorvosi jelentések is beszerezhetők.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A BA orvosi szolgálata olyan nyomtatványokat és űrlapokat használ, amelyek nagyon hasonlítanak azokhoz, amelyeket a nyugdíjintézetek alkalmaznak az EMR ügyintézésében (lásd 1. függelék). Az orvosi jelentés ad egy pozitív képet (mi az, amire a személy képes) és egy negatív képet (mely foglalkozásokat kell kizárni). Ezt a képet azután összevetik a szóba jöhető konkrét állással, hogy eldöntsék, megfelelő-e.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Az orvosi jelentés javasolhatja valamely más különleges szolgáltatás, például szakképzés igénybe vételét.

A speciálisan felszerelt vizsgálókban szerzett adatok alapján rehabilitációs tervek készíthetők. Például az ERGOS kísérleti projekt igen részletes felmérést tartalmaz egyéni rehabilitációs programok kidolgozása céljára.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Az orvosi jelentés elkészítéséhez az érintett személy egyetértése szükséges. A rehabilitációs tervet (*Reha-Gesamtplan*) megvitatják az érintett személlyel.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

Nincs szerepük.

GÖRÖGORSZÁG

Intézkedések

A nemzeti jelentésben tárgyalt foglalkoztatási intézkedések: a kvótarendszer és a foglalkoztatási segélyek rendszere különleges igényű emberek számára.

A kvóta-rendszer kiterjed más olyan csoportokra is, amelyek különösen érdemesek arra, hogy előnyhöz juttassák őket a foglalkoztatás (a munkából származó jövedelem) terén. Ezek közé tartoznak a hadirokkantak, a fogyatékos személyek családtagjai, a sokgyermekes szülők, a nemzeti ellenállás volt tagjai stb. A „globális” kvóta 8%, ebből 2% jut a különleges igényű emberekre (3% a közszolgálati szektorra).

A közszolgálati szektorra vonatkozóan is vannak munkahelyek fenntartását előíró szabályok, például a telefonkezelői helyek bizonyos százalékát vakokkal kell betölteni.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

Az egyéni fogyatékoság mértékének tanúsítását az IKA és az Egészségügyi és Szociális Gondozási Minisztérium egészségügyi bizottságai végzik.

A kvótára vagy segélyre való jogosultság elnyeréséhez az érintettnek munkanélküliként regisztrálnia kell magát a munkaügyi irodánál (OAED). Az OAED kezeli a kvótát, jelöli ki a legmagasabb pontszámot elért dolgozókat a megüresedő munkahelyekre.

Kapcsolódás a foglalkoztatási intézkedések főáramához és a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű más csoportokat célzó intézkedésekhez

– A görög foglalkoztatási szolgálat jelentős forrásokhoz jutott az Európai Szociális Alaptól (ESZA), ezek egy része a fogyatékos emberekhez irányítható. Görögország azonban az ESZA-alapok felhasználásába nem vonta bele például a fogyatékos embereknek adandó szakmai segítséget.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

A kvóta szempontjából alkalmazott fogyatékoságdefiníció ugyanaz, mint amelyet az IKA-járadékok és a fogyatékoskártya odaítélésénél használnak. Az IKA-járadékra való jogosultság nem jelenti azt, hogy az illető személy előnyt élvezne a kvóta keretében elnyerhető állások betöltésénél. Éppen ellenkezőleg, az alacsony jövedelműeknek kedvező rendelkezések, a járadéknak a keresettel való csökkentését előíró szabályok azt jelentik, hogy a kvótát elsősorban azoknak szánják, akik járadékra nem jogosultak.

Felmérések

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

Az intézkedésekre való jogosultság elnyeréséhez az érintett személy fogyatékoságának mértéke legalább 50%-os vagy annál több kell hogy legyen. A személynek adott kvótapontok kiadásánál az OAED az alábbi kiegészítő kritériumokat mérlegeli:

- a jelölt kora;
- szakmai képzettsége;
- családi körülményei;
- gazdasági (pénzügyi) helyzete.

Kvótához a 21–45 évesek, segélyekhez a 18–65 évesek juthatnak.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az egészségügyi bizottságok orvosokból állnak.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A fogyatékoság mértékének megállapításához a Fogyatékoság mértékének felmérésére szolgáló útmutatót (lásd 1. függelék) használják.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Általában nincs, lásd még a „munkaadók szerepe” pontban.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A fogyatékos személynek kell kezdeményeznie nyilvántartásba vételét az OAED-nél.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

Elvben a munkaadókat szigorú munkahely-betöltési rendszer kötelezi. A munkaadók azonban orvosi igazolással tanúsíthatják, hogy a munkahely betöltésére kijelölt személy nem alkalmas a munkakör ellátására. Az alkalmasság felmérésénél figyelembe veszik, hogy a munkaadó köteles a munkahelyet átigazítani, ha az adaptáció költsége nem túlzottan magas. A munkaadók kéthónapos próbaidő után kezdeményezhetik a jelölt áthelyezését.

ÍRORSZÁG

Intézkedések

A FÁS, a nemzeti képzési és foglalkoztatási hatóság hatáskörében változatos foglalkoztatásfüggő támogatások adhatók fogyatékos embereknek állás szerzése vagy megtartása céljából. Ezek a következők:

- Jeltolmács ingyenes biztosítása felvételi beszélgetésekhez a csökkent hallású vagy csökkent beszédképességű munkakeresők számára.
- Személyes segítség az olvasáshoz, vakok és gyengénlátók részére, akiknek személyes felolvasó segítségére van szükségük a munkavállalással kapcsolatos szövegek elolvasásához. Ez a segítség 16 hétig áll rendelkezésre.
- Foglalkoztatást támogató rendszer (ESS), amely pénzügyileg támogatja a munkaadókat, hogy ösztönözze őket olyan fogyatékosok alkalmazására, akik munkateljesítménye a szokásos teljesítmény 50–80 százaléka között van.
- Munkahely-berendezési/adaptálási segély (WEAG), amely hozzájárul a munkaadónak a fogyatékos dolgozó felvételével vagy megtartásával kapcsolatos pótlólagos költségeihez, feltéve, ha ezek a költségek a fogyatékosággal függnek össze.

- Fogyatékosná vált dolgozók átképzéséhez adott támogatás, amely segíti a munkaadókat abban, hogy megtartsák a betegség vagy baleset miatt fogyatékosná vált dolgozóikat.
- Támogatott foglalkoztatási program, amelynek keretében a pótlólagos segítséget igénylő fogyatékosokat munkára felkészítő szakemberek segítik az álláshoz jutásban, illetve állásuk megtartásában.
- A fogyatékossgal kapcsolatos felvilágosító képzést támogató program, amelynek célja, hogy segítse a fogyatékos emberek integrálódását a munkaerőbe, felszámolja a fogyatékos emberekkel és képességeikkel kapcsolatos téves nézeteket, és ezeket az embereket képzés biztosításával produktív és hatékony kollégákká és alkalmazottakká tegye.
- Képzési támogatás fogyatékos emberek számára: 2001 közepé előtt a képzési programokban részt vevő fogyatékos emberek szociális segélyben részesültek, de azoknak nem járt támogatás, akiknek a segélyre nem volt igényjogosultságuk. A 2001-ben bevezetett változtatás célja az volt, hogy mindenki számára ugyanazokat a jogokat és segélyeket biztosítsák.

A fogyatékos emberek kétféle képzésben vehetnek részt: rehabilitációs képzésben, amit egészségügyi tanácsok vagy szakosodott szervezetek biztosítanak, valamint szakképzésben, amit a FÁS, vagy a FÁS-sal szerződéses viszonyban álló szakosodott szervezetek kínálnak.

A fogyatékos emberek részt vehetnek a közösségi foglalkoztatási programban is (a FÁS által). A közösségi programban való részvétel alsó korhatára általában 25 év, de a fogyatékosok esetében akár 18 év is lehet.

KÖZSZOLGÁLATI KVÓTA

A Bizottság fogyatékos emberek helyzetéről szóló jelentésében (Az egyenlőség stratégiája, 1996) foglalt, a szolgáltatások főáramba helyezésére vonatkozó ajánlások nyomán Írországból jelentős intézményi reformokra került sor 2000 márciusában a Nemzeti Rehabilitációs Tanács (NRB) megszűnt, az általa kínált szakmai képzést és foglalkoztatási szolgáltatásokat a Vállalkozási, Szakmai és Foglalkoztatási Ügyek Minisztériumának fennhatósága alatt működő FÁS-hoz, a nemzeti képzési és foglalkoztatási hatósághoz „főáramba. helyezték. (Más tevékenységek más „főáramban működő” szervezetekhez, elsősorban az egészségügyi tanácsokhoz kerültek). Ezzel egyidejűleg megalakult a Nemzeti Fogyatékosügyi Hatóság (NDA) és a *Comhairle*. Az NDA feladata, hogy bevigye a fogyatékosügyi nézőpontot az összes minisztérium és állami szervezet munkájába. A *Comhairle* információs és tanácsadó szolgálat, azzal a megbízással, hogy „főáramú. információt szolgáltatson az állampolgárok összessége számára. Munkájának fontos részét képezi a fogyatékos emberek tájékoztatása.

A szakosodott fogyatékosügyi szolgáltatásokat elsősorban magán és önkéntes szervezetek kínálják. A támogatott foglalkoztatási szolgáltatások szervezetek széles körével működnek.

Az 1997-ben létrehozott nyomon követő bizottsággal és a teljesítés fokozott szakszervezeti támogatásával megújult erőfeszítésre került sor a 3%-os kvóta kitöltésére a közszolgálati szektorban.

Az intézkedésben való részvétel ösztönzői és követelményei

A részvétel nem kötelező.

Felmérések

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

Nincs konkrét fogyatékoságdefiníció. Van néhány javaslat arra, hogy a mérsékeltlen fogyatékos embereket is vegyék bele a közszolgálati szektor 3%-os kvótájába. Megoldatlanok azok a kérdések is, hogy a FÁS miként határozza meg a fogyatékoságot.

Az NRB olyan fogyatékosoknak szolgáltattott, akiket különleges csatornákon soroltak be – ezek a bekerülési utak alkották a fogyatékoság definiálásának tényleges folyamatát. Az intézményi reform nyomán a fogyatékoság definíciója nyitott kérdéssé vált. A törvény az egyenlőségről a foglalkoztatásban által elfogadott tág fogyatékoságdefiníció (lásd 5. fejezet) következményekkel járt a FÁS-ra nézve is.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A FÁS tisztviselői döntenek el, hova sorolják az érintett személyt.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Gyakran a társadalombiztosítási segélyekre való jogosultságot, vagy az oktatási rendszerből érkező javaslatot használják a fogyatékoság megjelölésére.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A támogatott foglalkoztatást kínáló próbaidő során felmérhetik a személy alkalmasságát.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Konkrétan nincs meghatározva.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

Kísérletek történnek a munkaadók fokozott bevonására, például a fogyatékoságot ismertető kampány segítségével.

OLASZORSZÁG

Intézkedések

A nemzeti jelentés azokat a foglalkoztatási intézkedéseket tárgyalja, amelyek az úgynevezett „célzott elhelyezés” (*collocamento mirato*) rendszerét megreformáló 1999-es törvényből következnek. A törvény csökkentette a kvóta mértékét (15%-ról 7%-ra), de szigorúbban megköveteli a végrehajtást, és a teljesítés elmulasztása esetére bírságot ír elő. Társadalombiztosításijáradék-mentességet vezetett be azoknak a munkaadók nak az esetében, akik súlyosan fogyatékos dolgozókat alkalmaznak, továbbá pénzügyi támogatást ad a munkahelyek átalakításához.

Egyes tartományi kormányzatok ezt követően kiterjesztették intézkedéseiket a pályairányításra, a dolgozói támogatásra és a karrier-tanácsadásra, a fogyatékos emberek „célzott elhelyezésének” részeként.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

Az 1999-es törvény végrehajtása a tartományi kormányzatok feladata, közülük is leginkább a tripartit (háromoldalú) munkaügyi szakpolitikai megyei bizottságoké (*Commissione provinciale per le politiche del lavoro*). A tartományi foglalkoztatási szolgálatok (*servizi all'impiego*) vezetik a fogyatékos munkanélküliek nyilvántartását. A kvótába való bekerülés céljából történő fogyatékosá minősítés első lépéseihez „átlépésre jogosultság” szükséges (lásd alább).

A foglalkoztatási szolgálatok főáramú intézkedései és a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű más csoportokat célzó intézkedések közötti kapcsolatok: nincs kapcsolat.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

Nincsenek a készpénz-támogatási rendszerhez kapcsolódó követelmények.

Felmérések

Az 1999/68-as törvény hangsúlyozza, hogy az ügyfél felmérését szolgáló eljárásnak a személy „maradék munkavégző képességére. (pozitív képességére) kell összpontosítania, és nem munkaképesség-csökkenésének megállapítására.

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

A fogyatékos emberek öt fő csoportja kaphat olyan minősítést, hogy bekerüljön a kvótába:

- polgári rokkantak (*invalidita del lavoratore*, rokkant dolgozó igazolással) legfeljebb 45 százalékos fennmaradt munkaképességgel. A polgári rokkantságot (amely döntő a nem biztosítási alapú segélyek szempontjából is) az egészségügyi szolgálattal közösen létrehozott orvos-csoportok mérik fel;
- munkában megrokkantak (*invaliditi nel lavoro*, az INPS megállapítása szerint) legfeljebb 33 százalékos fennmaradt munkaképességgel;
- siketnémák és vakok (akiknek az ellátásáról általában külön jogszabály rendelkezik);
- hadirokkantak.

Ezt a négy csoportot a regisztrációt megelőzően részletes felmérésnek vetik alá. A háborús sérülés vagy (az INAIL által megállapított) foglalkozási ártalom miatt fogyatékosná vált emberek regisztrációja minden további felmérés nélkül történik.

Azt a személyt, aki a fenti feltételek valamelyikének megfelel, és munkába szeretne állni, a technikai bizottság felméri és részletes munkaügyi és szociális profilt (WSP) készít róla.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A fogyatékoság elsődleges megállapítását orvosok végzik. A technikai bizottság orvosokból, szociális munkásokból, a munkaadók és a munkavállalók képviselőiből, helyi és regionális kormányzati képviselőkből, munkaerő-piaci szakértőkből, fogyatékosgondozó és rehabilitációs szakemberekből áll.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Az orvoscsoportok a WHO normáit és fogalmait alkalmazzák, az Egészségügyi Minisztérium 509/1988. sz. rendeletében foglaltaknak megfelelően. Az orvoscsoport a technikai bizottság számára funkcionális diagnózist készít, a 2000. januári rendeletben előírt paraméterek szerint.

A technikai bizottság által készített WSP a következő adatokat tartalmazza a vizsgált személyről:

- képesítés,
- munkavégzési kompetenciák,
- milyen típusú munka lehet alkalmas a számára,
- fogyatékoságának jellege és mértéke.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Nincs hozzáférhető információ.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A kvóta-teljesítés 1999-es megszigorításának ellentételeként a munkaadóknak több beleszólásuk van az elhelyezési folyamatba, az 1990-es években lezajlott általános munkaerő-piaci reform szellemében.

HOLLANDIA

Intézkedések

Az országos jelentés beszámol a csökkent munkaképességűek reintegrációjáról szóló törvény (REA) keretében bevezetett intézkedésekről. A védett munkahelyek létrehozásáról szóló törvény (WSW) ettől független, munkahelyelosztó eljárást biztosít.

A REA általános keretet ad a csökkent munkaképességűek munkaerő-piaci részvételének növeléséhez. A fogyatékos emberek integrációját a törvény a munkaadók és a szakszervezetek feladatkörébe utalja. A REA elődje, a WAGW (1987) kvóták alkalmazásával igyekezett rákényszeríteni a szociális partnereket, hogy megtegyék a megfelelő lépéseket. Ez azonban nem bizonyult hatékonynak. A REA pénzügyi ösztönzőket alkalmaz, például:

- a munkaadók minden felvett fogyatékos személy miatt meghatározott költségkeretet vehetnek igénybe (elvileg az adaptáció finanszírozására, a költségkeret ugyanakkor meghaladhatja az adaptáció költségeit);
- a fogyatékosoknak esedékes táppénzt az országos táppénzalap fizeti, nem a munkaadó;
- A WAO-járulék csökkenthető, ha a fizetett dolgozók legalább 5%-a fogyatékos személy;
- a munkába lépő fogyatékos emberek egyéni költségkeretet vehetnek igénybe.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

Azok esetében, akik nem tartoznak egyik REA-jogosultsági csoporthoz sem (lásd alább), a csökkent képesség felmérését az alábbi intézmények végezhetik:

- a szociális ellátást igénylők esetében az önkormányzat;
- a munkanélküli biztosításban részesülők és a foglalkoztatottak esetében az Országos Társadalombiztosítási Intézet (LISV) adminisztratív testületei (az „uvik”);
- a segélyben nem részesülő regisztrált munkanélküliek és alkalmazottak esetében a Munkaügyi iroda, de a gyakorlatban a felmérést ebben az esetben is az „uvik” végzik.

A WSW-helyeket az önkormányzati kiválasztóbizottságok osztják el. Az igénylők várólistára kerülnek, és a helyet a megfelelő képességű személyek közül az kapja, aki a listán a legelől áll.

Sok ember csak részlegesen fogyatékos, ami azt jelenti, hogy bizonyos mértékben kapcsolatban áll a főáramú munkanélküliellátó-rendszerrel (meglévő munkaképességei révén). A tartósan munkanélküliekre irányuló intézkedések a részlegesen fogyatékos személyek számára is fontosak lehetnek. Az általános foglalkoztatást előmozdító intézkedések (WIW) között számos, álláskereső munkához juttatására irányuló intézkedés van, amely főként az önkormányzatok munkahelyteremtő tevékenységére épül. 1998 óta a WIW kedvezményezettjeinek köre nincs korlátozva (például a fiatalokra, tartós munkanélküliekre stb.).

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

A REA bevezetője a reintegráció előmozdításának indokaként az egyenlőséget nevezi meg, de a jelek szerint az intézkedések valódi mozgatórugója az a törekvés, hogy az embereket eltérítse a fogyatékosági juttatásoktól, s ezt a törekvést a WAO- és a REA-felmérések közötti szoros kapcsolat is alátámaszt.

Felmérések (REA)

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

A csökkent munkaképességűekről szóló határozat (1998) négy kérdést jelölt meg:

- Fennáll-e olyan betegség, amely (testi, szellemi) strukturális funkcionális korlátozottságokat idéz elő?
- Fennáll-e az elkövetkezendő öt évben bármilyen súlyos egészségi probléma veszélye?
- Elég jelentősek-e a korlátozottságok ahhoz, hogy a személy ne legyen képes a rendes munkahét 75%-ánál többet végigdolgozni?
- Szükség van-e REA-intézkedésekre ahhoz, hogy a személy képes legyen munkafadatait rendszeresen ellátni?

A határozat rögzíti azoknak a lépéseknek a sémáját, amelyek az említett kérdések megválaszolásához szükségesek.

Sokan válnak jogosulttá a REA hatálya alatt azáltal, hogy más intézkedésekre szereznek jogot („átlépés”). Például:

1. a fogyatékosági juttatásban (WAO, Waz vagy Wajong) részesedők;
2. a munkaképesség fenntartását vagy visszanyerését célzó intézkedésben részt vevő személyek (például kerekesszékes a WVG mobilitásintézkedés keretében);
3. azok a WSW-ben részt vevő személyek, akik nem kaptak WSW-állást (mivel túl kevés hely van, ezért WSW-várólistára kerülnek);

4. azok a személyek, akiknek a fogyatékosági juttatása (WAO, Waz vagy Wajong) kevesebb mint öt éve szűnt meg.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Ha a felmérést az uvi hajtja végre (például a WAO esetében), abban mind biztosítási orvosok mind munkaerő-piaci szakértők részt vesznek.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A REA egészét tekintve nem léteznek szabványos eszközök, de az „átlépést” lehetővé tévő juttatások esetében vannak ilyenek (például a WAO „képességprofil” alkalmaz – részletesebben lásd 1. függelék). A felmérésről szóló határozat tudomásul veszi a felmérési gyakorlatok változatosságát, és feltételezi, hogy az intézmények és a szakértők szorosan követik a WAO-igénylések során (ha a REA-felmérést az uvi vagy a munkaügyi iroda végzi), illetve a WSW- és a WVG-igénylések során (ha a REA-felmérést az önkormányzat végzi) alkalmazott gyakorlati szabványt.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A felmérés tartalmaz környezetben végrehajtandó elemet, mivel a REA alkalmazhatóságához előbb meg kell kísérelni állást találni az igénylő számára.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A fogyatékos személy „előrelátó cselekvése” a REA szempontjából központi jelentőségű, mivel az intézkedés során az illetőnek állást kell találnia.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

Ha szükség van REA-támogatásra, akkor a munkaadó maga is kezdeményezheti az igénylést.

NORVÉGIA

Intézkedések

Számos különböző törvény tartalmaz intézkedéseket a fogyatékos emberek foglalkoztatásának előmozdítására. A legfontosabbak: a munkakörnyezetről szóló törvény (WEA), a tervezési és építési törvény, a nemzeti biztosítási törvény és a foglalkoztatási törvény.

Az országos jelentés főleg a WEA-val foglalkozik. Ez általános törvény, amely nem kizárólag a fogyatékos emberek foglalkoztatására vonatkozik. A törvény arra kötelezi a munkaadókat, hogy a „szakmailag fogyatékos” (*yrkedhmmede*) személyek számára elérhetővé tegyék a munkahelyeket, és ésszerű alkalmazkodást biztosítsanak azok számára, akik a vállalat alkalmazottjaként váltak fogyatékosná (13. szakasz). A törvény megtiltja továbbá a munkaadók számára, hogy az állásra jelentkezőket fogyatékoság alapján diszkriminálják. A diszkriminációellenes intézkedéseket a fő jelentés 5. fejezete tárgyalja.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

A WEA-szabályok betartásának ellenőrzése a helyi munkaügyi felügyelőség (*Det lokale arbeidstilsynet*) általános feladatkörébe tartozik.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

Nem értelmezhető.

Felmérések

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

A WEA, illetve a hatálya alá tartozó rendeletek nem definiálják a „szakmai fogyatékoság” kifejezés jelentését. A törvényhez tartozó útmutató azonban – amelyet a Munkaügyi Felügyelőség Igazgatósága ad ki – tesz erre némi utalást: „A dolgozók egyéni készségekkel és igen eltérő munkaképességgel rendelkeznek. Sokuknak sajátos munkahelyi problémáik vannak. Ezek sokféle tényezővel állhatnak kapcsolatban, például testi vagy szellemi betegséggel, sérüléssel, képességcsökkenéssel, a kimerültség vagy öregedés hatásaival stb. A WEA igen általános, és minden olyan körülményt szabályoz, amely a munkakörnyezetet testi, pszichológiai vagy szociális vonatkozásban befolyásolja. Ezek a vállalat összes alkalmazottjára érvényesek, mind azokra, akik a fent említett problémákkal küzdenek, mind pedig azokra, akik ebben az összefüggésben szakmailag csökkent képességűnek nevezhetők”. Ezen túl az útmutató világossá teszi, hogy a szakmai fogyatékoság kapcsolatban állhat mind testi képességcsökkenéssel, mind pedig szellemi, szociális vagy halmozott problémákkal.

A foglalkoztatási törvény (*Syssetlingsloven*) hatálya alá tartozó, munkaerő-piaci intézkedésekről szóló rendeletek definíciója szerint szakmailag fogyatékos az „a személy, akinek a jövedelemszerző képessége lecsökkent, illetve lehetséges foglalkozásainak vagy munkahelyeinek a köre lényegesen leszűkült”. E csökkenés oka lehet betegség, sérülés, képességcsökkenés vagy társadalmi kirekesztettség.

A nemzeti biztosítási törvény a fogyatékoság szűkebb definíciója felé közelít: a „szociális problémák”, a „kimerültség vagy az öregedés hatásai” a nemzeti biztosítási törvény értelmében nem minősülnek fogyatékoságnak.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A WEA-ban a kulcsszerep a munkaügyi felügyelőknek jut. Az egészségügyi és biztonsági részleggel rendelkező nagyobb vállalatoknál a munkaügyi felügyelők gyakran vesznek részt a munkahelyi adaptáció vagy a munkahelyváltás szükségességét vizsgáló felmérésben. A több mint 50 alkalmazottat foglalkoztató vállalkozásoknak kell létrehozniuk munkakörnyezeti bizottságot (*Arbeidsmiljøutvalg*) (u.o. 23–24 szakasz).

E testületek tagjai a munkakörnyezettel kapcsolatos kérdésekben szakképesítéssel rendelkeznek, és beleszólnak a szakmai fogyatékosá vált alkalmazottak akkomodációjával és munkahelyváltásával kapcsolatos ügyekbe. Az alkalmazottak egyéni igényeiket, sérelmeiket és kéréseiket a szakszervezeti képviselőjük (üzemi megbízott), a biztonsági megbízott vagy a munkakörnyezeti bizottság útján terjeszthetik elő, és kéréseiket közvetlenül a vállalkozás vezetőjének is feltehetik.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A WEA-útmutató nem ad iránymutatást vagy ajánlást arra nézve, miként kell a vállalkozásnak a csökkent munkaképesség mértékét és jellegét felmérnie. Ehelyett azt hangsúlyozza, hogy a munkahely átszervezését és technikai átalakítását minden egyes alkalmazott egyéni helyzete és képességei alapján kell végrehajtani, figyelembe véve azok kapcsolatát a dolgozó munkájára vonatkozó követelményekkel. A gyakorlatban valószínűleg az alkalmazott munkaképességének és készségeinek értékelésére más jogszabályi intézkedésben, például a nemzeti biztosítási törvényben (*Folketrygdloven*) rögzített betegségi és rehabilitációs juttatás esetében alkalmazott felméréseket használják.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A WEA minden intézkedése előírja a környezetben történő megfigyelést.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A törvény lehetőséget ad az alkalmazott munkaképességét esetlegesen befolyásoló egyéni és szociális körülményekre vonatkozó egyezkedésekre. Általánosabban fogalmazva, az alkalmazottnak lehetősége van bejelenteni, hogy szakmai fogyatékosá vált, és akkomodációra, speciális munkahelyi intézkedésre vagy munkahelyváltásra szorul.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A WEA olyan szabályozó intézkedés, amely feladatok igen széles körét rója a munkaadóra.

PORTUGÁLIA

Intézkedések

Portugáliában a fogyatékos emberek foglalkoztatásának előmozdítására programok széles köre áll rendelkezésre. Ilyenek például:

- Támogatás a fogyatékos személyek szociális és szakmai integrációjára (*Apoios à integração socioprofissional de pessoas deficientes*). Ez a támogatás segíti a vállalkozásokat abban,
 - hogy határozatlan idejű szerződés keretében vegyenek fel fogyatékos személyeket, vagy a velük meglévő szerződéseket határozott idejűből határozatlan idejűvé alakítsák át;
 - hogy csökkent munkaképességű fogyatékos személyeket vegyenek fel. A segély formája az átalakítási vagy ismételt hozzáigazítási időszakért járó pénzügyi kompenzáció, amely legfeljebb négy éven át fizethető;
 - hogy az épületek fogyatékos dolgozók funkcionális igényeinek megfelelő átalakítása során eltávolítsák az épületszerkezeti akadályokat;
 - hogy olyan fogyatékos személyeket vegyenek fel, akik az integrációs időszak alatt egyéni felügyeletre és segítségre szorulnak.
- A védett foglalkoztatási program (*Programa sobre emprego protegido*) tartós és fizetett munkahelyet biztosít, munkavégzés közbeni képzéssel, és ha lehetséges, akkor a rendes foglalkoztatásba történő átmenettel.
- Az integrációs vállalkozások (*Empresas de inserção*) célja a szegénység és a társadalmi kirekesztődés leküzdése, szakmai (re)integrációs intézkedésekkel, a fizetett állásban való elhelyezkedéshez szükséges egyéni, szociális és szakmai készségek megszerzésének és fejlesztésének támogatásával, valamint a szokásos munkaerőpiac által ki nem elégített igényeknek megfelelő munkahelyek teremtésével. E vállalkozások tehát nem kizárólag a fogyatékosok számára jöttek létre.
- Egyéb specializált képzési és rehabilitációs programok (*Reabilitação Profissional*).

Intézményi feladatok és kapcsolódások

A Foglalkoztatási és Képzési Intézet (*Instituto do Emprego e Formação Profissional* – IEFP) a programokat a *Centros de Emprego*-kon (munkaügyi központokban), és szakosított rehabilitációs intézetekben koordinálja.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

Nem áll rendelkezésünkre információ.

Felmérések

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

A *Centros de Emprego*-kon által koordinált intézkedéseket bármely fogyatékos személy igénybe veheti, fogyatékoságának jellegétől és mértékétől függetlenül. A védett foglalkoztatási programot azok a fogyatékos személyek vehetik igénybe, akiknek közvetlen munkaerő-piaci integrációja csökkent munkaképességük miatt nem lehetséges.

A (legfeljebb 4 évig fizethető) pénzügyi támogatások addig esedékesek, amíg a fogyatékos személy csökkent munkaképessége fennáll.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A döntéseket az IEPF tisztviselői hozzák.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Általában a fogyatékosok országos listája (lásd 1. függelék) használatos.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A pénzügyi támogatási intézkedések keretében igényelhető támogatások esetenkénti megegyezés alapján fizethetők.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Nem áll rendelkezésünkre információ.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A munkaadók előrelátó cselekvésének előmozdítására egyebek mellett a *prémio de mérito* elnevezésű díj szolgál, amellyel szimbolikusan elismerik azoknak a vállalkozásoknak az érdemeit, amelyek aktív szerepet vállalnak a fogyatékos emberek foglalkoztatásának előmozdításában.

SPANYOLORSZÁG

Intézkedések

A csökkent munkaképességű dolgozók foglalkoztatására kvóta van érvényben, amely arra kötelezi a tartósan 50 főnél többet foglalkoztató munkaadókat, hogy munkahelyeik 2%-át csökkent képességű dolgozóknak tartsák fenn (27/2000 sz. királyi rendelet, január 14., 22 sz. B.O.E., 2000. 01. 26.). A kvótát a közelmúltban csökkentették, de annak betartatása szigorodott azáltal, hogy a kvótát nem teljesítő vállalkozásoknak járulékot kell fizetniük olyan szervezetek számára, amelyek állást vagy képzést biztosítanak a fogyatékos embereknek, vagy a különleges foglalkoztatási szolgálatok szolgáltatásait közvetítik.

A csökkent munkaképességű dolgozókat alkalmazó cégek ösztönzésként engedményt kapnak a társadalombiztosítási járulékokból. Támogatások és adó- illetve járulékkedvezmények adhatók annak a cégnek, amely a csökkent képességűek számára védett foglalkoztatási központok létrehozását is magában foglaló programot indít.

Intézményi feladatok és kapcsolódások

A kvótareform a Munka- és Szociálisügyi Minisztérium (*Trabajo y Asuntos Sociales*, MTAS) és a Fogyatékos Emberek Képviselőinek Spanyol Bizottsága (CERMI) közötti megegyezés eredménye.

A védett műhelyek (*Centros Especiales de Empleo*), rehabilitációs központok és munkaügyi szolgálatok működtetésében intézmények igen széles köre vesz részt.

Ezeket az intézkedéseket az autonóm tartományok szociális szolgálatai koordinálják.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

A csökkent munkaképesség mértékének felmérését követően az érintett személy számára számos különböző intézkedés válik elérhetővé, például a nem járulékalapú társadalombiztosítási juttatás.

Felmérések

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

A kvóták betöltésére azok jogosultak, akik esetében a munkaképesség csökkenésének mértéke legalább 33%-os. Ehhez általános fogyatékosági besorolás használatos, a munkában tapasztalható korlátozottságokra és a fogyatékoság foglalkoztatást befolyásoló egyéb nézőpontokra vonatkozóan nincsenek érvényben különleges intézkedések.

Spanyolország a fogyatékos emberekről adatbázist vezet (*La Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad*), amelynek célja egyrészt az, hogy információt adjon a fogyatékosokra vonatkozó feladatokat ellátó intézményekről, másrészt az, hogy magában foglalja mindazokat, akikről az állam illetékes közigazgatási szervezeti egysége elismeri, hogy valamilyen fogyatékosággal élnek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A felmérést multidiszciplináris munkacsoportok végzik.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A felmérések a *Valoración de las situaciones de minusvalía* (VM, Fogyatékosági helyzetek felmérése) útmutatóban ismertetett sémát alkalmazzák.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A fogyatékoság mértékének általános felmérése szempontjából nem értelmezhető.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Nem értelmezhető.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

Egy-egy bizonyos személy fogyatékosága mértékének meghatározásában nincs szerepe.

SVÉDORSZÁG

Intézkedések

Az országos jelentésben tárgyalt foglalkoztatási intézkedések a következők:

Társadalombiztosítási intézkedések:

1. Rehabilitációs juttatások és szolgáltatások.
2. Munkahelyi segélyek és segédeszközök – a társadalombiztosítási hivatalnál kezelt munkahelyi segélyek a rehabilitációs eljárás részeként adhatók, vö. a munkaadónak fizethető AMS-intézkedésekkel (lásd alább).
3. Fogyatékosági segély.

A munkaerő-piaci bizottság (AMS) intézkedései:

A fogyatékos álláskereső az AMS-től egyebek mellett az alábbi speciális, adaptációs intézkedéseket és segélyeket vehetik igénybe:

- Pénzügyi támogatás a munkahelyi segélyekhez – pénzügyi támogatás a költségeket viselő személynek (például a munkaadónak).
- Különleges intézkedések a látási vagy hallási képességcsökkenéssel rendelkezők számára, például személyi segítő képzése, írásos anyagok kinyomtatása Braille-írással stb.
- Támogatás személyi segítséghez – anyagi támogatás a munkaadó vagy más olyan személy számára, aki annak a költségeit viseli, hogy a csökkent munkaképességű egyén személyi segítőre szorul alkalmazotti, önfoglalkoztatott stb. szerepköréből következő teendői elvégzéséhez.

- Támogatott foglalkoztatás – a regionális munkaerő-piaci bizottság különleges támogató személyt jelöl ki a további képzésre és a foglalkoztatási időszak kezdetén támogatásra szoruló csökkent munkaképességű személy mellé.
- Szubvencionált foglalkoztatás: a fogyatékos személy munkaadója szubvencióban részesülhet, ha ez a támogatás a feltétele a szóban forgó személy felvételének, vagy állása megtartásának.
- Védett foglalkoztatás: a) foglalkoztatás a Samhall vállalatnál, vagy bármelyik leányvállalatánál; vagy b) foglalkoztatás a közsférában (állami, megyei, vagy önkormányzati szinten).

Ha a munkaadó fogyatékos dolgozó felvétele érdekében pénzügyi segítségben részesül (átalakítási támogatás, szubvenciók), a szóban forgó dolgozót „különleges szerződés” alapján foglalkoztatottnak kell tekinteni, aki a foglalkoztatásvédelmi törvény értelmében az elbocsátás ellen különleges védelemben részesül.

A munkakörnyezetről szóló törvény: a törvény intézkedéseinek általános adminisztrációját a Munkakörnyezeti Hatóság (www.av.se) végzi. A törvény intézkedéseit a fogyatékos emberek is igénybe vehetik (lásd a fő tanulmány 5. fejezetét).

Intézményi feladatok és kapcsolódások

Látható, hogy némi átfedés van a társadalombiztosítási hivatal és az állami foglalkoztatási hivatal (PEO) feladatköre között. Ezen túlmenően az önkormányzatok is adnak szociális ellátást, különleges önkormányzati állásokat és egyéb intézkedéseket olyan, nehezen foglalkoztatható személyek számára, mint például a szociális egészségügyi fogyatékossgal élők (alkoholisták, drogfüggők), az LSS hatálya alá tartozó személyek, vagy súlyos pszichiátriai problémákkal küzdő tartósan munkanélküliek.

A svédországi jelentés a következő módon elemzi az érintett intézmények különböző nézőpontjait:

„A társadalombiztosítási hivatal munkaképtelenségre vonatkozó felfogása individuális, más szóval az (orvosi igazolásban leírt) egészségi állapothoz, a funkcionális és a munkahelyi tesztek eredményéhez, és az egyén feltevéseihez kötődik. A munkaerő-piaci hatóságok ezt a kérdést ugyanakkor a foglalkoztathatóság szempontjából vizsgálják, ami azt jelenti, hogy az állásban való elhelyezkedés valódi esélyeit latolgatják. A munkaerő-piaci hatóságok gyakran megkövetelik, hogy a személy készen álljon a munkaerő-piaci belépésre, azaz egészséges legyen és ösztönzött (ami a munkanélküli, betegeskedő emberek esetében általában nem áll fenn)” (svédországi jelentés, 17. o.).

Ha a PEO valakit foglalkoztathatónak minősít, akkor az illetőt visszaküldhetik a társadalombiztosítási hivatalhoz. Ha azonban az objektív orvosi eredmények nem támasztják alá kellőképpen a biztosítási juttatásokra való jogosultságot (lásd 1. függelék), akkor az illetőnek az önkormányzati szociális jóléti irodánál kell ellátást vagy szolgáltatást igényelnie. A jelentés szerint elképzelhető, hogy a személy a „(végtelenségig) bolyong a jóléti hivatalok között” (svédországi jelentés 18. o.).

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

A fogyatékossgai juttatási kérelmek elbírálásában alkalmazott „lépésről lépésre” eljárás során meg kell vizsgálni a rehabilitáció és a munkába való visszatérés lehetőségét, esetleg valamely fentebb említett juttatás támogatásával. A társadalombiztosítási hivatalok igen széles mozgástérrel rendelkeznek az egyes esetekben megfelelő szakmai rehabilitációs intézkedés megválasztása terén. A fentebb tárgyalt juttatások célja a jövedelem-fenntartás, de a rehabilitációs tevékenységek tartalma sokféle lehet: képzés a korábbi munkahelyen, másik munkahelyen, szakmai oktatás stb. A juttatások csak a többi tevékenység vázát alkotják. A munkaadóknak a beteg dolgozókkal kapcsolatban bizonyos kötelességeik vannak, amelyek arra ösztönzik őket, hogy a felsorolt intézkedéseket végrehajtsák.

Azok a PEO-nál regisztrált személyek, akik nem fogadják el az őket a munkába visszasegítő intézkedéseket, azt kockáztatják, hogy foglalkoztathatatlanak minősítik őket, és a fent leírt módon a szociális jóléti irodák útvesztőjébe kerülnek.

Felmérések

Fogyatékosági segély

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

Annak fizethető, akinek a funkcionális képessége „jelentős időre olyan mértékben lecsökkent, hogy a személy ...b) csak egy másik személy folyamatos segítségével képes jövedelmező munkát végezni...”. A tanulás (állami oktatási támogatás mellett) ebben az összefüggésben szintén jövedelmező munkának tekintendő.

(Megjegyezzük, hogy ezt a segélyt azok is igénybe vehetik, akik 1) mindennapos tevékenységeik során egy másik személy időigényes segítségére szorulnak; vagy 2) jelentős megélhetési többletköltségekkel néznek szembe. Mi itt csak a jövedelmező munka fenntartásához adott segítséget tárgyaljuk.)

Ugyanakkor, a diagnózis vagy a képességcsökkenés nem jelent jogosultságot.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Orvosi igazolásra általában szükség van, de az orvosok szerepe nem jelentős. A kulcsszerepet a társadalombiztosítási hivatal személyi állománya játssza.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A vakok vagy siketek (illetve a súlyos halláskárosodással élő személyek) minden további nélkül jogosultak a fogyatékosági segélyre.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A valódi élethelyzetekben történő megfigyelés nagy jelentőségű. Az Országos Társadalombiztosítási Bizottság ajánlása szerint a társadalombiztosítási irodának információt kell gyűjtenie a munkaadóról, a munkafeladatokról, a munkaidőről, arról, hogy milyen fajta segítséggel képes a fogyatékos személy a munkahelyre utazni, az utazás módjáról és időtartamáról, a munkafeladatok (egy részének) elvégzéséhez szükséges segítségről, a segítséghez szükséges időről és a segítség gyakoriságáról, a munkahelyen belüli mozgáshoz szükséges segítségről, arról, hogy ki segít, és hogy az illető a fogyatékoson kívül kap-e valakitől ezért pénzt, továbbá az effajta segítség mennyibe kerül a fogyatékos személy számára.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Egyet kell értenie.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

A munkaadó nincs kifejezetten kötelezve arra, hogy hozzájáruljon a fogyatékosági segély által fedezett költségekhez. Vannak azonban rehabilitációval kapcsolatos kötelezettségei (hozzá kell járulnia saját alkalmazottai rehabilitációs költségeihez), és más, a foglalkoztatott fogyatékos személyek diszkriminációját tiltó törvény által előírt kötelezettségei is. A jelentés megemlíti, hogy „a társadalombiztosítási tisztviselők gyakran keverednek fáradságos vitákba a munkaadókkal arról, hogy melyikük nem képes megfelelni a tartósan beteg alkalmazottak ellátásával kapcsolatos elvárásoknak” (svédországi jelentés, 17. o.).

Munkaerő-piaci szolgálati intézkedések

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

Az intézkedések mindegyike esetében a következő fogyatékoságdefiníciót alkalmazzák: „az a személy él munkával kapcsolatos fogyatékossgal, akinek funkcionális korlátozottságok miatt lecsökkent a

munkaképessége, és ezért a szokásos foglalkoztatásba való belépése vagy bennmaradása nehézségekbe ütközik, vagy várhatóan nehézségekbe fog ütközni”.

A személynek regisztráltatnia kell magát az Állami Foglalkoztatási Hivatalnál (PEO). Ha a felmérés alapján az illető nem minősül azonnal foglalkoztathatónak, a PEO-hivatalnak funkcionális vagy munkatesztet írhat elő a munkaerő-piaci intézetnél (ennek neve 2001. óta *AF-Rehabilitering*, a munkaerő-piaci közigazgatás egyik speciális egysége). A leginkább fogyatékos álláskeresőket ezekhez az intézetekhez kerülnek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A döntést a PEO-tisztviselő hozza, aki széles mérlegelési jogkörrel rendelkezik.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A személyt a PEO-tisztviselő egy fogyatékosági kategóriákat tartalmazó lista (*handikappkoder*) alapján minősíti fogyatékosnak. E kategóriákat diagnosztikai (például szív- és érrendszeri és/vagy tüdőbetegségek) és képességcsökkenés-központú (például mozgáskorlátozottság, kerekesszék-használat) elemek alkotják.

Az *AF-Rehabilitering* számos munkatesztet, pszichológiai képességtesztet és gyakorlati képzést kínál. Ezek a rehabilitációs eszközök azonban elsődlegesen nem arra szolgálnak, hogy megállapítsák a személy fogyatékosná nyilvánításának feltételeit.

E formálisan rögzített, fogyatékosághoz kapcsolódó kategóriák és eszközök ellenére a jelentés azt sugallja, hogy a fogyatékoság és az alacsony szintű foglalkoztathatóság között elmosódik a határ. A Svéd Nemzeti Ellenőrző Hivatal jelentése arra a következtetésre jutott, hogy a PEO-k egyre inkább hajlamosak a nehezen foglalkoztatható személyeket szakmailag fogyatékosnak minősíteni (svédországi jelentés 18. o.). Ez a besorolás foglalkoztatási szubvenciókra és Samhall-munkahelyekre jogosít.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A rehabilitációs eljárás bizonyos mértékig lehetővé teszi a környezetben történő megfigyelést.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A fogyatékos személynek mindig el kell fogadnia a besorolást.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

Nincs.

EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

Intézkedések

Az országos jelentésben említett intézkedések között számos olyan program szerepel, amelyeket a munkaerő-piaci szolgálat (állásközpontok, jelenleg állásközpont plusz irodák – lásd alább) fogyatékos-foglalkoztatói tanácsadói (DEA-k) koordinálnak.

Egyes programok, különösen a New Deal a fogyatékos emberekért (NDDP) elérhetők a New Deal munkaközvetítők révén is (akiknek az állásközpont plusz irodákban is van székhelyük). Az intézkedések a következőket foglalhatják magukba:

- Foglalkoztatási felmérés és képzési, elhelyezési tanácsadás stb.
- Munkahelyi bevezető program, aminek keretében a munkaadó hat hétig heti rendszerességgel támogatást kap azért, hogy a fogyatékos személyt az új állásban kipróbálja.
- New Deal a fogyatékos emberekért (NDDP), amely sokféle, munkaerő-piaci szolgálattal szerződött ügynökségek által lebonyolított, „innovatív programot” tartalmaz az állások közvetítésére, a munkakezdő személyeknek szóló tanácsadásra és támogatásra vonatkozóan.

- Munkaelőkészítés, amely hasonlít a New Deal programokhoz.
- Otthoni képzés, különösen a fogyatékos személyek számára.
- Munkaalapú tanulás felnőtteknek, amit a tartósan munkanélküliek is igénybe vehetnek.
- Workstep, amely támogatott foglalkoztatási program. A fogyatékos emberek vagy állásban dolgoznak, vagy támogatott üzemekben. Az alkalmazott megkapja bérét a munkáért, a szolgáltató pedig támogatást kap. (A szolgáltató lehet munkaadó, de gyakran csak közvetítő, például önkéntes szervezet vagy helyi önkormányzat, amely támogatja a fogyatékos emberek főáramú foglalkoztatását. A munkaadó nem feltétlenül részesül szubvencióban.)

A már foglalkoztatott emberek, vagy az állásajánlattal rendelkezők számára a Hozzáférés a munkához (AtW) program fizeti a közvetítőket, a támogatómunkások díját, az utazást a munkahelyre, a speciális felszerelést és a helyiség átalakítását. Az ügyintézkést az AtW-tanácsadók végzik.

A foglalkoztatott fogyatékosok jövedelemkiegészítést is igénybe vehetnek. Ez jelenleg adójóváírás formájában működik, ez az úgynevezett fogyatékosági adójóváírás (DPTC).

Intézményi feladatok és kapcsolódások

A kormány több lépést is tett a munkaerő-piaci szolgáltatások (állásközpontokban történő) biztosítása és a társadalombiztosítási juttatások (a juttatásokat folyósító irodáknál történő) igénylésének folyamata közötti kapcsolat erősítésére. 2002 áprilisában a munkaerő-piaci szolgálat irodáit összeolvasztották a juttatást folyósító szervezetek irodáival, létrehozva ezáltal a állásközpont plusz irodákat.

Egy közelmúltbeli újítás értelmében a munkaképtelenségi segélyt igénylő személy felmérését végző jóváhagyott orvosoknak (lásd 1. függelék) munkaképességi jelentést kell készíteniük, amely megnevezi azokat a munkával kapcsolatos tevékenységeket, amelyeket a szóban forgó személy fogyatékosága ellenére is el tud végezni. A munkaképességi jelentésben foglalt eredmények (jelenleg) nem befolyásolják a fogyatékoság megállapítását a munkaképtelenségi segélyre vonatkozóan.

Számos ügynökség szolgáltató a fogyatékosoknak, a munkaerő-piaci szolgálattal kötött szerződés alapján. Ezek a szerződések általában teljesítménybeli célkitűzéseket is rögzítenek, ami feltehetően azzal jár, hogy a szolgáltatók a kevésbé fogyatékos dolgozókat részesítik előnyben. Például a Workstep keretében támogatott munkahelyeket biztosító szolgáltatóknak a nem támogatott foglalkoztatás felé kell irányítaniuk az érintetteket, és ezt olyan politikával kívánják ösztönözni, mely szerint az egy dolgozó miatt esedékes támogatás úgy csökken, ahogy a támogatott foglalkoztatás időtartama nő.

Az intézkedésekben való részvétel ösztönzői és követelményei

A DEA-k révén lebonyolított intézkedések egyike sem feltételez juttatásokra való jogosultságot.

Hagyományosan, ha egy IB-ben részesedő személy dolgozik, akkor az felveti a kérdést, hogy valóban olyan mértékben csökkent-e munkaképessége, hogy továbbra is jogosult a juttatásra. Vannak azonban bizonyos felmentést élvező és jóváhagyott kategóriák, és az „engedélyezett munka” lehetősége a közelmúltban kiszélesedett.

Ezen kívül az NDDP, az állásközpont pluszok létrehozása, és a munkaképességi jelentés bevezetése mind annak a hagyományos gyakorlatnak a megváltoztatását segítik elő, amely kizárta az IB kedvezményezettjeit a foglalkoztatási programokból. Az NDDP-intézkedések igénybevétele érdekében a fogyatékos személynek nem kell elhagynia az IB-t, és nem kell (kisebb összegű) álláskeresői segélyt igényelnie. Ezen kívül, ha az igénylő olyan területen él, ahol munkára vonatkozó interjúkat kell készíteni (ONE kísérleti terület), akkor kötelező részt vennie az interjúkon, különben fennáll az a veszély, hogy elveszíti segélyjogosultságát.

A DPTC szándéka szerint lehetőséget teremt azoknak az embereknek a foglalkoztatásba történő bevonására, akik munkán kívüli fogyatékosági juttatásokat kapnak. Ezt segítik elő az „átlépésre” irányuló intézkedések, amelyek lehetővé teszik a juttatásban részesülők számára, hogy automatikusan DPTC-jogosultakká váljanak.

Felmérések

Workstep

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

Két fő szempont van:

- az illetőnek meg kell felelnie a fogyatékos személyek diszkriminációja elleni törvényben (DDA) foglalt fogyatékoságdefiníciónak, azaz olyan testi vagy szellemi képesség-csökkenéssel kell rendelkeznie, amely lényegesen és tartósan, hátrányosan befolyásolja mindennapos tevékenységeinek elvégzésére irányuló képességét;
- az illetőnek legalább hat hónapja kell segélyen élnie, vagy ha dolgozik, állásának veszélyben kell lennie, vagy ha éppen most kerül ki az oktatásból, akkor bizonyítottan segítségre kell szorulnia a munkában.

2001 áprilisát megelőzően az első szempont az volt, hogy a személy ne tudjon álláshoz jutni, vagy ne tudja meglévő állását megtartani a nyílt munkaerőpiacon, és hogy termelékenysége a szokásos termelékenység 30 és 80%-a között legyen.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A DEA igazolja, hogy a személy megfelel a DDA-definíciónak, és a többi jogosultsági feltétel közül legalább egy teljesül. Kétes esetben az illető orvosától további bizonyítékok kérhetők.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A DEA-nak útmutató áll rendelkezésére a DDA-ban szereplő definícióról.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Technikailag a felmérés nem a környezetben történő megfigyelésen alapul. A gyakorlatban azonban a jogosultság meghatározásának folyamata megfelelő elhelyezés biztosításával is kezdhető, s ezt követően lehet ellenőrizni a szempontokat.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A felülvizsgált programban nagyobb hangsúlyt kap az intézkedésnek az alkalmazott igényeihez történő igazítása, és a fogyatékos személy munkára való felkészítésben és tanácsadásban is részese.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

2001 áprilisa óta a Workstep helyek fenntartóinak (amik, mint fentebb már utaltunk rá, lehetnek közvetítő szervezetek vagy munkaadók is) a dolgozók nem támogatott foglalkoztatás felé terelését mint kitűzött célt szigorúbban kell követniük, mint korábban.

A várakozások szerint az ilyen célok a szolgáltatókat arra ösztönzik, hogy tudatosabb és előre-látóbb munkával meghatározzák a fogyatékos személy erősségeit, és fejlesszék foglalkoztathatóságát.

Fogyatékosági adókedvezmény

DÖNTÉSEK, SZEMPONTOK

A szempontok két fő csoportból állnak:

Új igénylés esetén a személynek részesednie kell, vagy a közelmúltban részesednie kellett egy vagy több olyan társadalombiztosítási juttatásban, amely automatikus jogosultságot jelent („átlépés”).

Átlépésre az igénylés meghosszabbításakor is van lehetőség, különösen az ellátási és a mobilitási juttatások felől kiindulva (például a fogyatékosági életjáradék magasabb szintjeihez). Ha nincs átlépést lehetővé tévő jogosultság, akkor „fogyatékoságtesztre” kerülhet sor.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az átlépés feltételeit hivatali tisztviselők ellenőrzik, és a „fogytékosságtesztről” is ők döntenek az igénylő saját orvosa által biztosított információk alapján. A SEMA-k (a fő társadalombiztosítási juttatásokhoz szükséges vizsgálatokat végrehajtó egészségügyi szolgálatok) igénybe vétele lehetséges, de ritka.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Az átlépési feltételeket és a fogytékosságteszt elemeit döntéshozói útmutató rögzíti. A fogytékosságteszt esetében a 21 alkalmatlansági feltétel egyikének kell megfelelni, ezek például az állás, a járás képességére, a karok és a kezek használatára, a látás, a hallás korlátozottságára, a beszéd értettségére, az öntudatra, vagy a teljes 40 órás munkahét ledolgozására való képesség stb. korlátozottságára vonatkoznak. A feltételek hasonlóak a munkaképtelenségi segély ügyintézése során alkalmazott egyéni képességfelmérésben (PCA) használt feltételekhez, a DPTC azonban sokkal alacsonyabb munkaképtelenségi szintet követel meg, hiszen csupán egyetlen feltételnek kell megfelelni (vö. a PCA-ban a pontok összesítésével).

Az útmutató részletesen leírja a teszt alkalmazásának módját, például azt is, hogy mit kell érteni „járas” alatt.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Nincs, de meg kell említenünk, hogy a fogytékosság értékelése figyelembe veszi a foglalkoztatás konkrét körülményeit (lásd lejjebb, a munkaadó szerepénél).

A FOGYTÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A juttatást az érintett személynek kell igényelnie.

A MUNKAADÓ(K) SZEREPE

Annak tesztelése során, hogy a személy képes-e végigdolgozni a munkahetet, az a fő kérdés, hogy a munkaadó tett-e különleges engedményeket a szóban forgó személy számára. Aki állítása szerint kimerül egy szokásos munkahéttől, nem válik jogosulttá, ha továbbra is végigdolgozza a normális munkahetet anélkül, hogy a munkaadó megfelelő átalakításokat hajtana végre. Ha a munkaadó több pihenőidőt, különleges szüneteket engedélyez, vagy eltekint bizonyos feladatok elvégzésétől, akkor a teszt eredménye pozitívnak tekinthető (Döntéshozói útmutató DMG13040).

3. függelék: A mindennapos tevékenységek támogatásában és a független életvitel előmozdításában alkalmazott definíciók

A mindennapos tevékenységek során segítségre szoruló vagy többletkiadásokkal szembenező emberek támogatására a tagállamokban olyan intézkedések szolgálnak, mint amilyenek a hosszú távú gondozás, a készpénz-juttatások a közlekedési költségekre, speciális diétákra és egyéb szükségletekre, valamint a fogyatékosokat megillető engedmények, például a tömegközlekedés ingyenes vagy kedvezményes igénybevétele, más eszközök használatára adott engedmények (tévélőfizetés, telefonköltség stb.), és adókedvezmények. Az országokénti összefoglalók a háttérinformációkat az alábbi alcímek szerint rendezik:

Intézkedések

Intézményi feladatok

A kielégítendő szükségletek jellege

(orvosi ellátás, személyi ellátás, otthoni segítség, mozgás, társadalmi érintkezés, fogyasztási többletköltségek)

Az intézkedés jellege

(szolgáltatás vagy készpénz; ha készpénz: szabványos összegek, a folyó költségek megtérítése; ha szolgáltatás: milyen erősek a jogosultság feltételei)

Kapcsolat a fogyatékoság más definícióival

Korhatárok

Jövedelemtesztelés, saját erőből történő részfinanszírozás

A **Felmérési eljárásokat** az alábbiak szerint írjuk le:

Általános definíció:

Ha van ilyen, itt szerepel annak általános leírása, hogy a szóban forgó intézkedés szempontjából ki minősül fogyatékosnak. Egyes leírások kikötik, hogy az érintett személy szükségleteinek valamilyen rendellenes állapotból kell következnie, míg más leírások nem. Az ausztriai ellátási biztosítás esetében például a leírás szerint a jogosultság feltétele „a testi, szellemi, érzelmi vagy érzékszervi fogyatékoság miatti, tartós ellátási és támogatási szükséglet”. A svédországi LSS leírása szerint azonban az a személy fogyatékos, aki „a mindennapi életvitelben jelentős és tartós nehézségekkel néz szembe”.

Kiemelt képességcsökkenések:

Itt teszünk említést arról, vannak-e olyan konkrét képességcsökkenések, amelyek egy bizonyos támogatásra kifejezetten feljogosítanak, vagy amelyekre különleges intézkedések vonatkoznak. Egy-egy képességcsökkenés kiemelt lehet történelmi okokból, de rövidített eljárásra is feljogosíthat, szükségtelenné téve ezáltal a részletekbe menő felmérést.

Személyi állomány:

A személyi állomány orvosokból, ápolókból, szociális munkásokból, multidiszciplináris munkacsoportokból, vagy a társadalombiztosítási rendszer köztisztviselőiből állhat.

Szabályok és eszközök:

Megfigyelés a környezetben:

Ezen a ponton némi betekintést nyerhetünk abba, hogy a fogyatékoságot a szóban forgó intézkedés milyen mértékben tekinti bizonyos szociális és környezeti feltételek függvényének.

A fogyatékos személy szerepe:

Ez az alcím elsősorban a természetbeni intézkedéseket és a nem helyettesíthető készpénz-juttatásokat érinti, mivel egyes tagországokban az érvényben lévő intézkedések lehetővé teszik a fogyatékos személy számára, hogy meghatározza saját szükségleteit, illetve beleszóljon szükségletei kielégítésének módjába. Egyes országokban például lehetővé teszik a fogyatékos személy számára, hogy ő legyen a gondozó munkaadója, és nem kell elfogadnia a gondozókat foglalkoztató intézmény ellátási szolgáltatásait.

Minden információ 2001-re vonatkozik, az országos jelentések elkészítésének időszakára. A 2002. január 1-jét megelőző változásokra felhívjuk a figyelmet, ahol ilyen előfordul.

AUSZTRIA

Intézkedések

Az országos jelentésben szereplő legfontosabb, független életvitelre irányuló intézkedés a szövetségi ápolási segélyről szóló törvény (BPGG) (1993). A törvény részben felváltotta a megyei szociális segítésre vonatkozó jogszabályok rendelkezéseit, de a régi tartományi szintű intézkedések továbbra is hatályban maradtak.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A BPGG ápolási segélyeket ad a nyugdíjasoknak (főleg az öregségi és a fogyatékosági nyugdíj esetén). A BPGG mellett kilenc olyan további megyei törvény van érvényben, amelyek (ugyanolyan alapon) ápolási segélyt adnak azoknak, akiknek a fő jövedelemforrásai a kiegészítő juttatások, vagy akik dolgoznak stb.

A nyugdíjasok esetében a segélyek adminisztrációja a nyugdíjintézetek feladata. A kifizetéseket a központi kormányzat bevételei fedezik. A nem nyugdíjasoknak fizetett segélyeket a tartományok hangolják össze, a finanszírozásuk a központból történik.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

Különbséget kell tenni a személyi ellátás (*Betreuung*) és támogatás (*Hilfe*) között. A személyi ellátás a személyi higiénéjára, a mosakodásra, az étel elkészítésére és elfogyasztására, a gyógyszerek bevitelére, és a szűken értelmezett mozgás segítésére, például felkelésre, lefekvésre irányul. Támogatás alatt az étel és a gyógyszerek kiszállítása, a takarítás, a ruhák mosása és egyéb otthoni tevékenységek, valamint a „szélesebb értelemben vett” mozgás elősegítése értendő.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

A segélyt készpénzben fizetik ki. Az intézkedés hét szintet különböztet meg aszerint, hogy az igényelt ellátás egy hónapban hány órát vesz igénybe (1. szint: 50 óra, 4. szint 160 óra), és hogy a személy állapota mennyire súlyos, illetve mennyire intenzív ellátást igényel (5–7. szintek, amelyek mindegyike legalább 180 órányi ellátást foglal magában).

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

Az „Intézményi feladatok” címszó alatt már említettük, hogy a segélyeket a nyugdíjasok számára a nyugdíj-biztosító intézetek fizetik, a nem nyugdíjasok esetében pedig a tartományi kormányzatok szociális hivatalai. Ha a személy jövedelme és/vagy foglalkoztatási helyzete megváltozik, akkor a felelősség átszállhat egyik intézményről a másikra, és ekkor új felmérésre kerül sor. A közelmúltban például vitás helyzet alakult ki Andrea Mielke ügyével kapcsolatban, amikor nem tudta folytatni rész munkaidős állását, és jogosulttá vált a fogyatékosági nyugdíjra. A biztosítási intézet felmérése szerint szükségletei alacsonyabb szintre kerültek, mint a salzburgi hivatal értékelése szerint, és ügyére egy parlamenti felszólalás is kitért. (Lásd http://www.parlament.gv.at/pd/pm/XXI/J/texte/018/J01819_.html).

Az ellátási segélyekben részesülők mentesülnek a telefon illetve a rádió/televízió előfizetési díjai alól.

KORHATÁROK

Nincsenek – az intézkedések minden korosztályra vonatkoznak (egy közelmúltbeli reform nyomán még a legfiatalabbakra is).

JÖVEDELEMTESZTELÉS, SAJÁT ERŐBŐL TÖRTÉNŐ RÉSZFINANSZÍROZÁS

A nyugdíjasok esetében nincs jövedelemteszt. A tartományi rendszerek kínálnak olyan szolgáltatásokat, amelyek díja jövedelemfüggő.

Felmérés

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

A BPGG 4. szakasza kimondja, hogy a jogosultság feltétele „a testi, szellemi, érzelmi vagy érzékszervi fogyatékoság miatti, tartós ellátási és támogatási szükséglet, amely előreláthatólag legalább hat hónapig fennmarad”.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Négy kiemelt képességcsökkenés jogosít fel rögzített szintű ápolási segélyre, például a siketség és a vakság, amelyek az 5. szintnek felelnek meg.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A szövetségi törvény értelmében, amelynek működését a nyugdíjintézetek felügyelik, a részt vevő személyi állományt orvosok alkotják, akik a fő nyugdíjrendszerhez hasonló struktúrában dolgoznak. A szerződött orvos egészségügyi jelentését egy intézeti orvos, majd egy bizottság vizsgálja felül. Egy további bizottság hozza meg a végső döntést.

Andrea Mielke esete (lásd feljebb) azt sugallja, hogy a nyugdíjintézetek a felmérések során erősebben technikai/orvosi megközelítést alkalmaznak, mint a megyei szociális hivatalok. A különféle hatóságok ugyanakkor törekednek megközelítéseik összehangolására, és tanulmányokkal alátámasztható, hogy az egyes tartományokban hasonló az odaítélt segélyek eloszlása (ausztriai jelentés, 40. o.).

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Egy 1999-es rendelet rögzítette az egyes ellátási tevékenységek időszükségletét. A rendelet olyan felmérési szabályokat tartalmaz, amelyek a felmérés lebonyolítójának lehetővé teszik az egyes tevékenységekhez rendelt hónaponkénti óraszámok összegzését az ellátási szint megállapítása érdekében (*Stufe* 1–5, 50–180 óra havonként). A legmagasabb ellátási szintek esetében (*Stufe* 5–7) az orvosi jelentésnek le kell írnia a különleges ellátási igény jellegét, például ha éjjel-nappali ápolásra van szükség (*Stufe* 6), vagy az illető teljesen mozgásképtelen (*Stufe* 7).

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Az útmutató szerint ajánlott a vizsgálatokat a személy otthonában elvégezni, de ez nem kötelező.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE:

A fogyatékos személynek az igénylés során információt kell adnia azokról a juttatásokról, amelyekben részesül, illetve más intézményi adatokról. A személy szükségleteivel kapcsolatos saját beszámolóra nincs hivatalosan szükség.

BELGIUM

Intézkedések

Az országos jelentésben tárgyalt intézkedések a szövetségi integrációs segély és a Flamand Alap a Fogyatékos Személyek Integrációjáért közvetlen kifizetési intézkedései.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

Az integrációs segély finanszírozása szövetségi szinten történik, az adminisztrációt az Egészségügyi Minisztérium látja el.

A helyi önkormányzatok további, független életvitellel kapcsolatos szükségleteket célzó intézkedéseket is hoznak. A közvetlen kifizetési rendszer kifejezetten a Flamand Alap kezdeményezése, és csak Flandriában működik.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

Az integrációs segély a funkcionális képességcsökkenések miatti többletkiadások támogatására szolgál. A jogosultság meghatározásában az alábbi területeken tapasztalható korlátozottságok bírnak jelentőséggel:

- mozgás (ideértve az otthon elhagyását),
- étel elkészítése és elfogyasztása,
- személyi ellátás és higiénia,
- háztartási teendők,
- felügyelet nélküli életvitel,
- kommunikáció és társadalmi érintkezés.

A közvetlen kifizetési rendszer kifejezetten a személyi ápolók alkalmazásához kapcsolódik. A rendszer szabályai nem korlátozzák a személyi ápolók tevékenységeit, adhatnak ellátást, otthoni segítséget, támogatást a mozgásban stb. Lejjebb részletesebben kifejtjük, hogy a fogyatékos személynek mekkora a mozgástere azoknak a tevékenységeknek a megnevezésében, amelyekkel kapcsolatban segítségre szorul.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

Az integrációs segélyt készpénzben fizetik ki, a korlátozottság mértékétől függően négyféle összegben. A közvetlen kifizetési rendszer esetében a személynek költségkeretet bocsátanak a rendelkezésére mindennapos tevékenységeinek elvégzése során tapasztalható korlátozottságainak megfelelően. Ideális esetben a költségkeret megfelel a fogyatékos személy által benyújtott kiadási tervnek, ha nem, akkor a költségkeret megemelhető. A kiadásoknak összhangban kell lenniük a beadott kiadási tervvel, amely leírja a finanszírozandó személyi ellátás szintjét és a megfelelő tevékenységeket.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

Az integrációs segély intézményi szinten kapcsolódik a fogyatékosok jövedelemhelyettesítő segélyéhez, és a két juttatásra való jogosultságot ugyanazon bizonyítékok alapján, együttesen mérik fel.

A közvetlen kifizetési rendszer a fogyatékoság ugyanazon általános definícióját használja, mint a flamand alap összes intézkedése (ideértve például a foglalkoztatási intézkedéseket is) – lásd alább: Általános definíció.

KORHATÁROK

Az integrációs segély a 21 és 65 év közötti személyeknek fizethető. A 65 évnél idősebb emberekre egy másik intézkedés vonatkozik, az *Allocation pour l'aide aux personnes âgées (Időskorú személyek segélyezése)*, amely némileg alacsonyabb összegűjuttatásokat kínál.

Flamand Alap – Az alap csak a 65 év alattiak kérelmeit fogadja el, de ha azt már jóváhagyta, akkor a kifizetések 65 éves életkoron túl is folytatódhatnak.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

Integrációs segély: ha a kedvezményezett dolgozik, akkor keresetének a garantált minimális jövedelemszintet meghaladó részét levonják a segélyből, ezen kívül általános jövedelemküszöb is van.

Felmérés

Integrációs segély

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

A segély azokra irányul, akik csak korlátozottan képesek a független életvitelre.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Nincsenek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az első felmérést az Egészségügyi Minisztériumnál dolgozó orvosok végzik el. Habár a multidiszciplináris felmérést rendelkezés írja elő, a gyakorlatban erre csak a bírósághoz történő fellebbezés esetén kerül sor.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A jogszabályok skálát rögzítenek a személy mindennapos tevékenységeinek elvégzésére vonatkozó képességeit korlátozó tényezők felmérésére. Habár a skálát a jogszabályi céloknak megfelelően alakították ki, az hasonlít a mindennapos tevékenységek más skáláira, például a Barthel és Katz féle, valamint az IADL-skálákra (lásd a fő jelentés 3. fejezetének tárgyalását).

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A személyt általában otthonában vizsgálják meg.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Nincs meghatározva.

A Flamand Alap közvetlen kifizetései

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Általánosságban a Flamand Alap intézkedéseire az a személy jogosult, aki valamilyen fogyatékossággal él, amely a definíció szerint „a szociális integráció lehetőségeinek elhúzódó és lényeges, csökkent értelmi, pszichológiai, testi vagy érzékszervi képességekre visszavezethető korlátozottsága”.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Nincsenek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A személy fogyatékosságára vonatkozó kezdeti felmérést multidiszciplináris munkacsoportok végzik. A közvetlen kifizetésekre való jogosultság megállapításában szintén részt vesznek multidiszciplináris munkacsoportok. A végső döntést bizottság hozza meg, amely (testileg) fogyatékos emberekből, a fogyatékos személy szüleiből és a Flamand Alap szakértőiből és tisztviselőiből áll.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

1. A személy fogyatékosági fokának felmérése a Barthel-féle és az Elinda-féle, mindennapos tevékenységre vonatkozó skálái, valamint a képességcsökkenéssel kapcsolatos további információk alapján történik. Az igénylőt ezek alapján az információk alapján valamely költségkategóriába sorolják.
2. A szóban forgó személy ellátási szükségleteit a személyi ápoló tervezett alkalmazásának részletes leírása (egy teljes hétig, naponként, óránként) mutatja. A leírást a multidiszciplináris munkacsoport és a fogyatékos személy együtt készíti el, két különböző javaslat beadására is sor kerülhet azonban, ha a felek nem értenek egyet.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A személyi ellátás igénybe vételének részletes leírása figyelembe veszi a személy életfeltételeit, környezetét stb.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A közvetlen kifizetési rendszer fontos sajátossága a következő: Az ellátási terv elkészítésének a mechanizmusa lehetővé teszi a fogyatékos személy számára, hogy kinyilvánítsa, miként kívánja megszervezni életét. Az országos jelentés ugyanakkor megemlíti, hogy az önmeghatározás a szükségletek felmérésében érvényesül, nem pedig abban, hogy a személy fogyatékosnak minősül-e a Flamand Alap intézkedéseire való jogosultság tekintetében.

DÁNIA

Intézkedések

A szociális szolgáltatásokról szóló törvény (LSS) konkrétan rendelkezik a fogyatékos gyermekek és felnőttek (továbbá más csoportok – általában a gyermekek, a halálos betegek stb.) ellátásáról.

A szociális nyugdíjról szóló törvény (LSP) az otthonukon kívül fogyatékoság miatt folyamatos segítséget igénylő emberek számára „otthonon kívüli ellátási segélyt” biztosít, azok számára pedig, akik állandó ellátást vagy felügyeletet igényelnek, „állandó ellátási segélyt” ad.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A legtöbb intézkedést adminisztrálják a helyi önkormányzatok.

Az LSS értelmében a megyéknek is vannak feladataik, különösen a súlyosabban fogyatékos emberekkel, az orvosi ellátáshoz szorosan kapcsolódó támogatásokkal és az intézményekkel kapcsolatban.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

Az LSS kimondott céljai közé tartozik az egyén életében adódó lehetőségek kiszélesítése kapcsolat-teremtés, társadalmi és más tevékenység, kezelés, ellátás és ápolás által. Az intézkedések az alábbi területekre irányulnak:

- tanácsadás,
- személyi ellátás és segítség,
- segítség vagy támogatás a szükséges otthoni gyakorlati teendők elvégzésében,
- a testi és szellemi készségek fenntartásának támogatása.

Az egyes intézkedések az alábbiakat foglalják magukban:

- a megélhetésre fordított többletköltségek fedezése (ez a szociális nyugdíjban részesülőknek nem fizethető, csak a legsúlyosabb esetekben), ha a többletköltségek a képességcsökkenésre vezethetők vissza,
- technikai támogatások, tartós fogyasztási cikkek, gépkocsihozzájárulás stb. biztosítása.

Az LSP-segélyek a más személy által adott ellátással kapcsolatos többletköltségek fedezésére szolgálnak (az egyéb költségfajtákat a szociális nyugdíj alapösszegei közvetetten már fedezik).

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

LSS: Az intézkedés szintjét az egyéni szükségletek határozzák meg. Vannak azonban speciális esetek. „Azok a 67 év alatti személyek, akiknek a mozgásszabadsága lényeges és tartós, testi vagy mentális képességcsökkenés miatt korlátozott”, és akik nem részesülnek másfajta ellátásban, havi 15 óra ápolást vehetnek igénybe, amit hat hónapon át lehet görgetni.

Az LSS számos cikkelye az ellátás megszervezésének rugalmasságát hivatott biztosítani, többek között az alábbi módokon:

- az ellátásban részesülő személy kijelölhet valakit a szükséges teendők elvégzésére. A kijelölt személyt az önkormányzatnak jóvá kell hagynia, ezután írásban meg kell vele egyeznie a feladatok köréről és mértékéről, a fizetésről stb.;
- a gondviselő házastárs, szülők vagy más közeli hozzátartozók által adott ellátás részleges vagy teljes helyettesítése;
- az önkormányzat támogatást fizethet a személy által igénybe vett minden olyan segítség miatt, amit saját maga nem képes nyújtani;
- egyes kedvezményezetteknek (lényeges és tartós képességcsökkenéssel élő, 67 év alatti személyek) lehetőségük van arra, hogy a szolgáltatás helyett az anyagi támogatást válasszák, ezt a választást azonban az önkormányzat felülbíráhatja, és dönthet úgy is, hogy közvetlenül a gondozónak fizet.

A támogatások fizetése „rögzített összegekben történik, a becsült költségek alapján” (76(4) szakasz). Az LSS részletesen rendelkezik annak feltételeiről is, hogy a személy milyen esetben vásárolhat meg egy technikai támogatást olyan szolgáltatótól, amely nem az önkormányzat vagy a megye szerződéses partnere.

LSP: meghatározott pénzösszegek fizethetők (az állandó ellátási segély az otthonon kívüli ellátási segély körülbelül kétszerese).

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

Az LSS nem ad általános definíciót, de a szociális nyugdíjban részesülőket kizárja a hatálya alól. Az LSP-segélyek csak nyugdíjasoknak járnak.

KORHATÁROK

Az LSS egyes intézkedései csak a 67 éven aluliakra irányulnak.

Az LSP segélyek csak a 18 és 65 év közötti nyugdíjasoknak fizethetők.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

LSS: A felmérések figyelembe vehetik a házastárs pénzügyi forrásait, de más hozzátartozóit nem. Az 1990-es évek költségvetési reformjai során a dániai önkormányzatok hatásköre jelentősen kiszélesedett az ellátás miatti díjak bevezetésének terén. Néhány önkormányzat be is vezetett ilyen díjakat az ellátási szolgáltatások, különösen az otthoni segítséget kínáló intézkedések körében.

LSP: A segélyek nem jövedelemteszteltek.

Felmérés

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Az LSS bizonyos rendelkezései „a testi vagy szellemi működés átmeneti vagy tartós képességcsökkenésével” élő személyekre irányulnak, egyes intézkedések azonban szűkebben definiált csoportot céloznak, az alábbiak szerint:

A „képességfejlesztés” területén a célcsoportot „a testi vagy szellemi működés lényeges képességcsökkenése, vagy valamilyen szociális probléma következtében speciális szükségletekkel rendelkező személyek” alkotják.

Az otthoni segítségre irányuló készpénz-támogatás azoknak az embereknek jár, akik „67 év alattiak, testi vagy szellemi működésük terén lényeges képességcsökkenéssel élnek, és egyéni segítségre illetve ellátásra, valamint a szükséges otthoni gyakorlati teendők alóli mentesülés érdekében támogatásra szorulnak”.

A gondozók, felügyelők és ápolók igénybevételének költségeit fedező támogatások célcsoportját „a lényegesen és tartósan sérült testi vagy szellemi működéssel, illetve speciális támogatást igénylő aktivitási szinttel élő személyek” alkotják. Bizonyos rendelkezések a siketvak személyek számára különleges kapcsolattartó személyt biztosítanak.

A megélhetés többletköltségei megtéríthetők az olyan „fizikai vagy szellemi működés lényeges és tartós képességcsökkenésével élő személyek” számára, akik nem részesülnek szociális nyugdíjban.

LSP: Az otthonon kívüli ellátási segélyben a vakok, a súlyosan károsodott látással rendelkezők és a más formában, fogyatékoság miatt folyamatos otthonon kívüli segítséget igénylő személyek részesülhetnek.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

LSS: a sietvak személyekről külön rendelkezik (lásd feljebb). A Szociálisügyi Minisztérium LSS-ről szóló útmutatója számos olyan fogyatékoságot előidéző állapotot említ, amelyek hatással vannak például a légzésre, a beszédre, az eszméletre (például epilepszia esetén) stb. Az országos jelentés arra a következtetésre jut, hogy az útmutató a példák között olyan sok és sokféle problémát említ, hogy azokat a fogyatékoság értelmezésének illusztrációjaként kell tekinteni, nem pedig a jogosultság korlátozásaként.

LSP: Külön említi a vakságot, a csökkent látást (lásd feljebb).

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A felmérést egy felügyelő ápoló és egy szociális munkás végzi. A GP vagy a kórház döntése alapján otthoni ápolás is adható.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

LSS: A fogyatékoságot előidéző egészségügyi problémákról részletes útmutató áll rendelkezésre. Miután megtörtént a személy fogyatékosá minősítése, az ügyel foglalkozó dolgozó felméri az illető képességeit az otthoni és/vagy személyi ellátási feladatok elvégzésére, társadalmi kapcsolatok kialakítására, otthonán kívüli mozgásra stb. Ehhez különféle ellenőrző listákat és felmérési szabályokat alkalmaz, de ezek szerkezete nyitott, hiszen a szükségletek széles köre ismerhető el és vehető figyelembe.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

LSS: A felmérés általában a vizsgált személy otthonában történik, és az egyéni szükségletek kiértékelése során a speciális körülményeket is figyelembe veszik.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Az LSS hatálya alá tartozó támogatások „abban az esetben fizethetők, ha a kedvezményezett képes az ellátással kapcsolatos dolgok intézésére, például a megfelelő segítség megszervezésére, és a teendők egyik napról a másikra történő megtervezésére” (77(2) szakasz). Általánosabban, az ellátás módjának megválasztása (lásd feljebb az „Intézkedés jellege” alcím alatt) azt célozza, hogy a fogyatékos személy a szükségleteinek legmegfelelőbb szolgáltatásban részesülhessen.

FINNORSZÁG

Intézkedések

Az országos jelentésben tárgyalt fő, független életvitelre irányuló intézkedéseket a fogyatékosoknak kínált szolgáltatásokról szóló törvény, illetve annak vonatkozó rendelkezései vezették be.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

Az önkormányzatoknak fel kell deríteniük és javítaniuk kell a fogyatékos emberek életkörülményeit. A szolgáltatásokra vonatkozó jogosultságok és elvárható szolgáltatási szintek meghatározásával az állam olyan kötelességeket rótt az önkormányzatokra, amelyeket az egyének bíróság előtt kényszeríthetnek ki. Számos ügy a Legfelsőbb Közigazgatási Bírósághoz is eljutott, és kezd kiépülni a törvényben rögzített jogszabályok esetjogi háttere (finnországi jelentés 24. o.).

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

A megnevezett szükségletek közé tartozik

- a mozgás,
- a kommunikáció,
- az otthoni élet,
- igény valaki segítségére (órán kifejezve).

Figyelembe vett többletköltségek:

- élelmiszerre fordított többletkiadások,
- azok költségei, akik nem képesek készen kapható ruhákat hordani.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

A törvény meghatározza a szolgáltatásokra vonatkozó jogosultságokat és elvárható szolgáltatási szinteket. A közlekedési támogatásra való jogosultság esetében például a definíció szerint az számít „súlyosan fogyatékos személynek, aki számára a mozgás különleges nehézségeket jelent, és aki képességcsökkenése vagy betegsége következtében a tömegközlekedési eszközöket csak jelentős nehézségek árán képes használni” (31.1.1995/102). Ezen kívül a törvény azt is kimondja, hogy a súlyosan fogyatékos személynek havonta legalább 18 utat (csak oda) kell tudnia megtenni, a munkához és a tanuláshoz szükséges közlekedésen túl.

Az intézkedés módját az önkormányzat határozza meg, például a személyt felsegítik a buszra, hogy lehetővé tegyék számára a közlekedési szolgáltatások igénybevételét, vagy visszatérítik a taxiköltséget.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

Nincs – az intézkedés nem kapcsolódik intézményesen más juttatásokhoz.

KORHATÁROK

Nincsenek – az idősök a szolgáltatások jelentős használói.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

A törvényben rögzített szolgáltatások esetében nincs.

Felmérés

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Fogyatékos az az ember, akinek képességcsökkenés vagy betegség következtében hosszú távon különös nehézséget jelent az élet megszokott műveleteinek elvégzése (fogyatékosoknak adott szolgáltatásokról szóló törvény, 2. szakasz).

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Általában nincsenek kiemelt képességcsökkenések, de a törvény említést tesz a következőkről:

- olyan, mozgással kapcsolatos képességcsökkenések, amelyek „jelentős nehézségekhez” vezetnek a tömegközlekedési eszközök használata során;
- a beszéd súlyos képességcsökkenései.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Szükség van orvosi adatokra, de a szükségleteket szociális munkások mérik fel.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A törvényen és a rendeleten kívül más eszközt nem alkalmaztak. Itt érdemes megemlíteni az esetjogi útmutató kidolgozását.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A szociális dolgozók általában meglátogatják az ügyfelet, és otthonukban vizsgálják meg őket.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Az illető személynek kérelmet kell benyújtania a szolgáltatásokra.

A szociális szolgáltatásokért felelős részlegnek a személlyel vagy annak gondviselőjével egyeztetve szolgáltatási tervet kell készítenie.

FRANCIAORSZÁG

Intézkedések

A társadalombiztosítási rendszer fogyatékosági nyugdíjasai Majoration pour Tierce Personne (MTP)-ben (harmadik személy igénybevétele utáni pótlékban) részesülhetnek.

Mások (például az AAH kedvezményezettjei – lásd 1. függelék) Allocation Compensatrice au titre de la Tierce Personne (ACTP-t, harmadik személy igénybevétele címén járó kompenzációt) vagy 2002. január 1-jétől az ACTP-t felváltó Allocation Départementale Personnealisée d'Autonomie (ADPA-t, önálló életvitel személyre szóló helyi támogatását) kaphatják.

Azok a nyugdíjasok, akiknek az MTP kérelmét elutasítják, ACTP/ADPA-t is igényelhetnek. Az öregségi nyugdíjasok Prestation Spécifique Dépendance-t (PSD-t, különleges függőségi juttatást) kérhetnek.

Az alábbi tárgyalás az ACTP/ADPA-ra helyezi a hangsúlyt. Az ADPA bevezetésével érvénybe lépő fő változás, hogy a kifizetett összegek a kedvezményezettől nem követelhetők vissza, míg az ACTP általában visszakövetelhető volt.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

Az ACTP/ADPA iránti igényeket a COTOREP értékeli ki, de azokat elsősorban a helyi szociális akcióközpontokban (CCAS) szokták benyújtani. Az ACTP/ADPA mértékéről (40% és 80% között) a területi szintű egészségügyi és szociális kormányzat (Action Sanitaire du Département, DASS) dönt a COTOREP felmérése alapján.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

Az ACTP/ADPA az egyéni ellátási szükségletekre helyezi a hangsúlyt, de az ellátó személy teendőit a törvény nem határozza meg részletesen.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

Az ACTP/ADPA készpénzben fizetett támogatás. A legmagasabb összeg (az MTP 80%-ának) elnyeréséhez a kedvezményezettnek igazolnia kell, hogy gondozót alkalmaz, vagy a háztartás valamely tagja látja őt el. Az alacsonyabb összegű ACTP/ADPA (40–70%) esetében nem kell bizonyítani, hogy egy harmadik személy ellátást kínál.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

A kedvezményezettnek a COTOREP felmérése alapján 80%-os általános fogyatékosági besorolással kell rendelkeznie.

KORHATÁROK

Az utóbbi időben az ACTP/ADPA-igénylők életkorát 60 év alá korlátozták, jöllehet a jóváhagyott juttatások fizetése 60 éves kor felett is folytatódik. A 60 év felettiek PSD-t igényelhetnek.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

Az ACTP/ADPA csak azoknak fizethető, akiknek az anyagi forrásai a felmérés szerint nem érik el a szociális ellátási szintet. Egyes szabályok alapján a források felmérése során bizonyos keresetek figyelmen kívül hagyhatók.

Felmérés

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Az ACTP/ADPA azoknak a 16 és 60 év közötti személyeknek fizethető, akiknek a tartós fogyatékossági szintje (*taux d'incapacité permanente*) 80%-os, vagy annál magasabb, és egy másik személy segítségére szorulnak egy vagy több alapvető élettevékenység (*actes essentiels de l'existence*) elvégzésében. A legmagasabb összeg azoknak jár, akik az alapvető tevékenységek többségében segítségre szorulnak, és bizonyítani tudják, hogy az őket ellátó személynek fel kell adnia fizetett állását, vagy az ellátást térítés ellenében végzi. Az alacsonyabb összegekben azok részesülnek, akik egy vagy több alapvető tevékenységben segítségre szorulnak, illetve akik az alapvető tevékenységek többségében segítségre szorulnak, de nem tudják bizonyítani, hogy a fenti feltételeknek megfelelő gondozó látja el őket.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

A vakság minden további nélkül feljogosít az ACTP/ADPA-támogatásra.

Személyi Állomány: A COTOREP személyi állományának felépítését lásd az 1. függelékben.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A törvény nem sorolja fel részletesen, mit tekint az ACTP/ADPA szempontjából alapvető élettevékenységnek. A PSD felmérése azonban az országosszabvány-táblázatot, az AGGIR-t használja. A táblázat elemei megegyeznek a COTOREP által alkalmazott irányadó százaléktáblázat önállósági területeivel (lásd 1. függelék), azaz

- Koherencia
- Tájékozódás
- Személyi higiénia
- Öltözködés
- Étkezés
- Kontinencia
- Helyzetváltoztatás
- Lakhelyen belüli mozgás
- Lakhelyen kívüli mozgás
- Kommunikáció

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Erről nem áll rendelkezésünkre információ.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Az ADPA-jelentkezési lapon az igénylőnek ismertetnie kell, milyen segítséget kap családtagjaitól, barátaitól, szomszédjaitól és segélyszervezetektől. Az igénylőnek azt is jeleznie kell, ha nem kapja meg a szükséges segítséget. Ebben az esetben az igénylő leírja, milyen segítségre van szüksége a mindennapi élettel kapcsolatos problémák megoldásához.

NÉMETORSZÁG

Intézkedések

Németországban az egyik legfontosabb, független életvitelre irányuló intézkedés az ellátási biztosítás (Pflegeversicherung), amely 1995-től otthoni és 1996-tól intézményi ellátást ad. Az ellátási biztosítás járulékalapú, de 1997. január 1-jétől a szociális ellátást igénylők is a törvényben szabályozott ellátási biztosítási rendszer hatálya alá kerültek, míg korábban ugyanazokat a juttatásokat a szociális ellátás keretében a helyi önkormányzatok finanszírozták.

A szociális ellátás a független életvitelt megkönnyítő intézkedéseket is biztosít. A különleges élethelyzetben lévő emberekre külön rendelkezések irányulnak (*Hilfe in besonderen Lebenslagen*). A fogyatékos emberek számára a fő intézkedéseket az integrációs támogatási szabályok tartalmazzák (*Eingliederungshilfe*).

INTÉZMÉNYI FELADATOK

Az ellátási biztosítás háttéréül az egészségbiztosítási alapok szolgálnak („A *Pflegeversicherung* követi a *Krankenversicherung*ot”), és az alapok tanácsadó orvosai végzik a felmérést. Az ellátási biztosítás finanszírozása azonban az egészségbiztosítástól teljes mértékben elkülönül, és időnként vita tárgyát képezi, hogy melyik rendszernek milyen esetekben kell fizetnie, például az otthoni orvosi ellátást az egészségbiztosító kínálja.

A szociális ellátás a *Sozialamt* feladata.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

Ellátási biztosítás: A személy „ellátási függőségének” mértéke attól függ, hogy a mindennapos tevékenységek elvégzése során hány órnyi segítségre van szüksége. A mindennapos tevékenységek körébe például a személyi higiénia, az étkezés és a mozgás (szűkebb értelemben a felkelés és az otthonon belüli mozgás) tartozik. Az otthoni és a háztartási munkákat is figyelembe kell venni, de a függőség mértékét meghatározó összesített időben ezek kisebb súllyal esnek latba.

Megemlíjtük, hogy a házon kívüli mozgást nem kell figyelembe venni; önmagában azért, mert valaki nem képes elhagyni otthonát, még nem jár ellátási biztosítás.

Integrációs támogatás: magában foglalja az ellátást, az utazás többletköltségeit, és az utazás során igénybevett kísérettel kapcsolatos kiadásokat, a gondozó képzését (*Betreuungsperson*) stb.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

Ellátási biztosítás: Az ellátás mértékének megfelelő költség szintig az ellátási biztosítási rendszer keretében szerződött szervezetek szolgáltatnak, vagy az igénylő ehelyett készpénztámogatást választhat. Az ellátási költségekre adott támogatások alig több mint fele készpénztámogatás, jöllehet az utóbbi népszerűbb.

A tanácsadó orvosnak meg kell vizsgálnia, hogy az igényelt ellátás biztosítható-e készpénztámogatás esetén, és a szerződött szervezetek által adott ellátást is ellenőrzi.

Szociális ellátás: Ez is adható készpénzben, például a gondozónak fizetett pénzügyi kompenzáció, vagy a fogyatékosnak fizetett segély formájában.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

Gyakorlatilag nincs kapcsolat. Az ellátási biztosítás területén a „fogyatékoság” kifejezés nem használatos, és más területeken alkalmazott fogalmak (*Schwerbehinderte*, *Erwerbsminderung* stb.) sem jelennek meg.

Habár egyes szociális ellátási intézkedések kifejezetten a fogyatékos emberekre irányulnak, automatikusan senki sem válik jogosulttá, például a fogyatékosná minősített (GdB > 50%) személy sem.

KORHATÁROK

Nincsenek.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

Az ellátási biztosítás esetében nincs. A szociális ellátás minden formája jövedelemtesztől függő.

Felmérés (Ellátási biztosítás)

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Ki kell emelnünk, hogy az ellátási juttatásokra való jogosultságot a személy ellátási igényei, nem pedig egészségi állapota határozza meg.

Az ellátási függőség három fokozata a következő:

- I. Erheblich Pflegebedürftige – naponta legalább két mindennapos tevékenység elvégzéséhez van szükség segítségre, és hetente többször van szükség otthoni segítségre. Az egy napra jutó igény összességében legalább 1,5 óra kell, hogy legyen, amiből minimum 46 percet kell kitennie az alapvető ellátási tevékenységeknek (higiénia, étkezés és mozgás).
- II. *Schwerpflegebedürftige* – naponta háromszor van szükség segítségre a mindennapos tevékenységek elvégzése során, hetente többször van szükség otthoni segítségre. Az egy napra jutó igény összességében legalább 3,0 óra kell, hogy legyen, amiből minimum 2,0 órát kell kitennie az alapvető ellátási tevékenységeknek.
- III. *Schwerstpflegebedürftige* – a mindennapos tevékenységekben a nap 24 órájában van szükség segítségre, hetente többször van szükség otthoni segítségre. Az egy napra jutó igény összességében legalább 5,0 óra kell, hogy legyen, amiből minimum 4,0 órát kell kitennie az alapvető ellátási tevékenységeknek.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Nincsenek. Az ellátási biztosítás keretében adandó szolgáltatások köréről folytatott viták azonban bizonyos egészségügyi problémákkal kiemelten foglalkoztak. Szerteágazó vita folyt például azoknak az elmebetegségben szenvedő embereknek a gondozásáról, akik az ellátási biztosítás felmérései alapján jelentős kirekesztődéssel néznek szembe, mert a felmérésben elvégzendő feladatokhoz szükséges képességeik nem feltétlenül csökkentek. E csoport átfogóbb gondozására új szabályokat vezettek be.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A felmérést az egészségbiztosítási alapoknál alkalmazott ápolók végzik.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A lehetséges ellátási tevékenységek pontosan meg vannak határozva, és a felmérést végzők az egyes tevékenységekhez naponta szükséges időt táblázatok alapján határozzák meg.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A felmérésekre a személy otthonában kerül sor.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Igen szigorú szabályok vonatkoznak arra, hogy mi számít ellátásnak, és ez korlátozza a személy lehetőségeit szükségletei meghatározásában. Ebből következik, hogy a készpénztámogatások népszerűségének egyik oka éppen az, hogy a lehetséges ellátásokkal kapcsolatos korlátozottságok (például társadalmi érintkezés és kíséret) a nem hivatalos gondozókra nem vonatkoznak.

GÖRÖGORSZÁG

Intézkedések

A nyugdíjasok és a valamely társadalombiztosítási intézményhez csatlakozott személyek készpénztámogatást kaphatnak, ha ellátásra szorulnak.

A szociális ellátásban részesülő fogyatékos személyek szintén kaphatnak ellátással/mindennapos tevékenységgel kapcsolatos támogatást.

Más ellátásra szorulóknak (különösen az idősebbeknek) többféle, helyszíni természetbeni szolgáltatásban részesülhetnek.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A nyugdíjasok felmérése és kifizetése az illetékes biztosító (a fő biztosító az IKA) feladata (lásd 1. függelék).

A nem nyugdíjas személyek fogyatékoság-felmérését az Országos Egészségügy Szolgálat regionális szervezetei által létrehozott és finanszírozott egészségügyi bizottságok végzik. A szociális ellátás keretébe tartozó fogyatékosági segélyeket, támogatásokat és szolgáltatásokat a helyi önkormányzatok biztosítják.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

A készpénzfizetésekkel fedezni kívánt szükségletek nincsenek pontosan meghatározva, de a hangsúly az ellátás biztosításán van.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

A készpénzkifizetések a nyugdíjasoknak és a szociális ellátás kedvezményezettjeit illetik meg, mások természetbeni szolgáltatásban részesülnek.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

A főbb ellátási kiegészítések csak a nyugdíjasoknak fizethetők, azaz a munkaképteleneknek és az időskorúaknak.

A fogyatékosigazolvány, amit jelenleg tesztelnek, a szándékok szerint egységes belépőt jelent a fogyatékos emberekre irányuló számos intézkedéshez. Az igazolvány elsősorban azoknak kíván segítséget nyújtani, akik fiatal koruktól fogva fogyatékosok, ennek megfelelően nem nyugdíjasok.

KORHATÁROK

Erről nem áll rendelkezésünkre információ.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

A nyugdíjat kiegészítő ellátási támogatáshoz és a fogyatékosokat megillető szociális ellátást kiegészítő támogatásokhoz nincs szükség jövedelemtesztre. A természetbeni ellátási szolgáltatások általában jövedelemtesztől függőek vagy részben saját erőből fizetendők.

Felmérés

Általános definíció

A nyugdíjasok közül azok részesülhetnek ellátási támogatásban, akiknek kettő vagy négy végtagjuk megbénult, illetve akiknek szüksége az állandó felügyelet, gondozás, támogatás.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

A nyugdíjasok esetében a végtagok bénultsága különös súllyal esik latba, a fenti definíciónak megfelelően.

A szociális ellátáson belül különleges intézkedések vonatkoznak vakság, bénulással járó encephalopathia (agykárosodás), thalassemia vagy AIDS, Hansen-kór, siketnémaság, paraplegia és tetraplegia, súlyos szellemi visszamaradottság (30-nál alacsonyabb IQ) stb. esetén.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY:

A felmérést orvosok végzik. Az elsőfokú egészségügyi bizottságok szakterületek köré szerveződnek, a három fő terület a patológia, a sebészet és a pszichiátria, illetve ezek részterületei. A másodfokú bizottságok (amelyek a fellebbezésekkel foglalkoznak) a három fő szakterület képviselőiből állnak.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Az egészségügyi és igazoló bizottságok az Útmutató a fogyatékosági fok kiértékeléséhez (1993) alapján járnak el.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A felmérés elsősorban a személy egészségi állapotára fekteti a hangsúlyt, nem pedig életfeltételeire és más egyéni és szociális körülményekre.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Nincs meghatározva.

ÍRORSZÁG

Intézkedések

Állandó ápolási segély: ez a segély csak a munkahelyi baleseti (fogyatékosági) juttatások kedvezményezettjeinek fizethető.

Az egészségügyi bizottság számos segélyt hangol össze, például ezeket:
mobilitási segély,
közlekedésszükséglet-használati támogatás,
vaksági jóléti segély.

A vak emberek számára számos más juttatás és kedvezmény is rendelkezésre áll, többek között utazási kedvezmények, villany-, gáz- és telefontámogatások, illetve ingyenes tévéelőfizetés.

Adójóváírásra is van lehetőség: a regisztrált vakoknak további egyéni adókedvezmény jár. Adókedvezményre jogosít továbbá a vakvezető kutya használata, és egy ellátó személy foglalkoztatása.

Az egészségügyi bizottságok otthoni segítséget nyújtanak.

Az ellátó személyek többféle segélyben részesülhetnek: gondozói segély (jövedelemtesztől függő), gondozói juttatás (járulék alapú) és otthoni ellátási segély (a fogyatékos gyermek szüleinek), de az ellátás kifizetését támogató további segélyek nem léteznek. A gondozói segély elődje az előírt rokoni segély. Kérdéses, hogy a szóban forgó segély fogyatékosággal kapcsolatos juttatásnak tekinthető-e, nemcsak azért, mert azt a fogyatékos személy helyett a gondozó kapja, hanem azért is, mert a segélyhez kapcsolódó szempontok inkább a gondozó személy anyagi helyzetére fektetik a hangsúlyt, nem pedig az ellátásra szoruló személy szükségleteire.

Az ellátásról szóló viták nagy része Írországbán a gondozónak fizetett juttatások körül forog. A viták résztvevőinek egyik fő célja, hogy a gondozói segély esetében csökkentsék a jövedelemteszt jelentőségét, vagy megszüntessék azt. Számos jelentés és vita hozta kapcsolatba a jövedelemteszt megszüntetését és az ellátásra szoruló személyek kiválasztására vonatkozó világosabb szempontok kidolgozását. Egy közelmúltbeli vizsgálóbizottsági vitán (család-, közösség- és szociálisügyi vizsgálóbizottság, 2001. december 12.) a miniszter ismételten felhívta a figyelmet a jövedelemteszt eltörlése és az

egészségügyi ellenőrző-eljárások bevezetése közötti összefüggésre. Érvelése szerint a minisztériumnak (DSCFA) nincsenek meg a megfelelő eszközei a részletes egyéni szükséglet-felmérés elvégzéséhez, és megfelelőbb lenne azt az egészségügyi bizottságokra bízni. Fenntartotta továbbá azt az álláspontot, hogy a társadalombiztosítási juttatások elsődleges célja a jövedelemtámogatás kell, hogy legyen, nem pedig az ellátórendszer finanszírozása.

1998-ban az Évezred akcióprogramjának részeként a közösségen belüli ellátás előmozdítása érdekében egy, a Pénzügyminisztérium által létrehozott munkacsoport megvizsgálta egyebek mellett a segélyek hozzáférhetőségét. Megállapították, hogy ha az ellátásban részesülők körét az ellátói segélyre vonatkozó jövedelemteszt megszüntetésével kívánnák kiszélesíteni, biztosítani kellene a különbségtételt azok között, akik „egyszerűen csak idősek (és esetleg egy kicsit el vannak gyengülve)”, valamint akik teljesen munkaképtelenek (Munkaügyi Minisztérium, TSG 98/45 Ellátás a közösségben). Ezt követően a Co Mayo-i nyugati egészségügyi bizottság egy kísérleti szükségletfelmérési programot hajtott végre.

A gondozói juttatás vagy segély elnyerésének jelenlegi (2002-es) feltételei között szerepel, hogy az ellátásban részesülő személynek „olyan mértékben kell fogyatékosnak lennie, hogy állandó ellátást és figyelmet igényeljen”. E követelmény betartását azonban nem veszik nagyon szigorúan. A jelentkezési lap külön szakaszt tartalmaz az ellátásban részesülő személyről szóló orvosi diagnózis számára. Az orvos leírja a diagnózist és a munkaképtelenség várható időtartamát, továbbá megemlíti a szóban forgó személy funkcionális képességeit az MRA-rendszerben (a rokkantsági nyugdíjakhoz stb.) alkalmazott lista alapján. Közvetlenül az ellátási szükségletre vonatkozó kérdések nincsenek.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

Az állandó ápolási segély adminisztrációját a Szociális, Községi- és Családügyi Minisztérium (DSCFA) látja el.

A mobilitási segély, a közlekedésszükséglet-támogatás és a vaksági jóléti segély adminisztrációját a regionális egészségügyi bizottságok végzik.

A gondozó alkalmazása miatt esedékes adókedvezményt az Írországi Államkincstár koordinálja.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

A CAA ellátást/ápolást kínál az életszükségletek kielégítésében például az evésben, az alvásban stb.

A vaksági jóléti segély olyan segélynek tekinthető, amely a vakságból következő többletkiadások fedezésére szolgál, jóllehet ezek a kiadások nincsenek közelebbről meghatározva.

A mobilitási segély az otthonon kívüli mozgás költségeinek fedezéséhez járul hozzá. A gondozó alkalmazása miatt esedékes adókedvezmény nem fizethető a csak házvezetőként alkalmazott személy után.

A fogyatékosági juttatásban vagy az egészségügyi bizottsági juttatásban részesülő igénylők a kiegészítő jóléti segély-program (a fennmaradó szociális ellátórendszer) keretében saját egészségügyi bizottságuktól kiegészítő juttatásokat kérhetnek különleges szükségleteik kielégítésére, például a fűtésre és az étrendre.

Az egészségügyi bizottságok intézkedhetnek arról (de ez számukra nem kötelező), hogy otthoni ellátásban részesülhessenek olyan emberek, akik egyébként intézményi ellátásra szorulnának. A megszokott gyakorlat szerint a személy otthoni ápolásban és segítségben részesül, mind az orvosi mind pedig a nem orvosi jellegű teendők terén.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

A CAA készpénzben fizetendő, az „egyszerű”, „súlyos” és „kivételesen súlyos” fogyatékoságok esetén más-más összegben. Más segélyeket is szabványos összegekben fizetnek.

Adókedvezményt adóköteles jövedelem alapján lehet csak igényelni. Az ellátónak hivatalosan foglalkoztatottnak kell lennie (valamely bejelentett munkaadónál, PATE-adókedvezményekkel) vagy közvetlenül, vagy egy ügynökség révén.

Az egészségügyi bizottságok az ellátási szolgáltatásokat mindig természetben adják (munka szolgáltatások) egyéni szükségletfelmérés alapján.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

A CAA csak azoknak a személyeknek fizethető, akik munkahelyi baleset vagy betegség következtében 100%-os fogyatékosná váltak.

A BWA a vaksági nyugdíj, a fogyatékosági nyugdíj vagy az öregségi nyugdíj mellett igényelhető.

KORHATÁROK

A CAA és a BWA a 18 évesnél idősebbeknek fizethető.

A mobilitási segély 16 és 66 év közöttieknek fizethető.

Az adókedvezmény esetében nincs korhatár.

JÖVEDELEMTESTEZÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

A CAA nem jövedelemtestezttől függő.

A BWA, a mobilitási segély stb. jövedelemtestezttől függő. Az egészségügyi bizottsági juttatások kifizetése szabványosított összegekben történik, de az alkalmazott jövedelemtesteztek bizottságról bizottságra különböznek.

Az adókedvezményt csak azok vehetik igénybe, akiknek elegendő jövedelemforrásuk van ahhoz, hogy gondozót alkalmazzanak. Az otthoni gondozási szolgáltatások jövedelemtesteztek és azokat részben önerőből kell fizetni.

Felmérés

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

A mobilitási segély azt az igénylőt illeti meg „aki még művétagokkal, vagy más alkalmas segéd-eszközökkel sem képes járni, vagy akinek az egészségi állapotából következően a járás veszélyesen megerősítő lenne”.

Az adókedvezmény a „munkaképtelen személy” ellátása esetén vehető igénybe, az igénylőlapra a kérelmezőnek le kell írnia a „fogyatékoság jellegét”.

A CAA esetén a személynek az életszükségletek tekintetében ápolásra kell szorulnia.

Az ellátói segélyre vonatkozó érvényben lévő intézkedés megköveteli, hogy az ellátásra szoruló személynek „állandó ellátásra és figyelemre” legyen szüksége, ami azt jelenti, hogy az ellátásban részesülő személy olyan mértékben fogyatékos, hogy folyamatos felügyeletet igényel a rá leselkedő veszélyek elkerülése érdekében, vagy egész nap folyamatos felügyeletet és gyakori segítséget igényel egyéni szükségleteivel, például a járással, az otthonában történő mozgással, az evéssel és az ivással, a mosással, a mosakodással, az öltözködéssel stb. kapcsolatban. A gyakorlatban e követelményekkel kapcsolatban számos engedményt szokás tenni, például az „állandóan” nem azt jelenti, hogy a nap 24 órájában és a „gyakran” nem azt jelenti, hogy „folyamatosan”. Ennek egyik fontos következménye, hogy a gondozónak nem szükséges az ellátásra szoruló személlyel együtt élnie.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

A felsorolásból kitűnik, hogy számos intézkedés irányul kifejezetten a vakokra és a gyengén látókra.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A CAA-ról egy, a DSCFA-nál dolgozó tisztviselő dönt, a fogyatékosági juttatási igény kapcsán készített orvosi jelentés, és esetleg egy (nem orvos) tisztviselő környezettanulmánya alapján.

A mobilitási segély igényléséhez mellékelni kell a személy orvosának nyilatkozatát, amely igazolja az illető egészségi állapotát és járásképtelenségét. A végső döntést az orvosi szempontok alapján az egészségügyi bizottság területi egészségügyi elöljárója hozza.

A gondozói juttatások és segélyek esetében az ellátásra szoruló személyre vonatkozó orvosi igazolást az illető saját orvosa készíti el, akinek egy jelentésben le kell írnia a diagnózist, a várható időtartamot, és össze kell foglalnia a szóban forgó személy képességeit a jövedelemfenntartó juttatások esetében is alkalmazott lista alapján.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A CAA-ra vonatkozó útmutató igen korlátozott. Példaként felsorol néhány alapvető mindennapos tevékenységet, de az esettel foglalkozó tisztviselő szabadon értelmezheti az „életszükségleteket”. Az igénylésben a kérelmezőnek a következőket kell leírnia:

- mi az, amit fogyatékosága miatt nem képes megtenni;
- mi az, amiben a gondozója vagy ápolója segít neki;
- hogy az ápolásra naponta, éjjel-nappal stb. van-e szüksége.

A CAA kifizetett összege attól függ, hogy az ellátásra csak részidőben vagy folyamatosan, illetve csak nappal, vagy éjjel-nappal van-e szükség. A mobilitási segélyre négy szabály vonatkozik: 1. járás-képtelenség; 2. az állapot legalább egy évig fenn fog állni; 3. az igénylő egészségügyi okokból nem lehet eltiltva a mozgástól; 4. az igénylő számára kedvezőnek kell lennie a környezetváltozásnak.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A CAA esetében sor kerülhet látogatásra, és ebben az esetben a látogató feljegyzi

- hogy a vizsgált személy hogyan tölti az idejét,
- milyen segítségre van szüksége nappal és éjjel.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A CAA-útmutató kijelöli az alapvető tevékenységek („szükségletek”) szabványos feltételezett körét, amelyet a személy mindennapi élete során végez.

Az országos konzultatív fórum minőségi alcsoportja a 2001-es nemzeti egészségügyi stratégia irányító csoportjához intézett beadványában bírálta az egészségügyi bizottságok által végzett egyéni szükségletfelméréseket. A csoport a páciensek és a pártfogók jelentősebb, intézményi szintű szerepvállalása, valamint az egyéneket az ellátási csomag összeállításában segítő pártfogók szükségessége mellett érvelt.

OLASZORSZÁG

Intézkedések

Az ellátási szükségletek miatti támogatások mind a biztosítási rendszer, mind a nem biztosításalapú rendszerek keretében fizethetők. A társadalombiztosítási rendszeren belül a nyugdíj mellett további segélyt kapnak azok a személyek, akik csak segítséggel képesek mozogni, vagy akik állandó segítségre szorulnak alapvető mindennapos tevékenységeik elvégzése során. A nem biztosításalapú „civil rokkantsági” rendszer legfontosabb juttatása a *l'indennità di accompagnamento* (kísérő személy támogatás), amelyet az 1980. évi 18. törvény vezetett be.

Jelenleg olyan reformtervek kidolgozása folyik, amelyek célja egységesebb juttatási rendszer kialakítása, és önálló életet és kommunikációt támogató juttatás (*indennità per favorire la vita autonoma e la comunicazione*), egy további, a legsúlyosabban hátrányos helyzetűekre irányuló juttatás, valamint a teljes mértékben segítségre szoruló idős (65 év feletti) emberek gondozóinak járó juttatás bevezetése.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A társadalombiztosítási rendszer nyugdíjasainak járó kifizetéseket az INPS finanszírozza és adminisztrálja. Az *indennità di accompagnamento* a Belügyminisztérium felelősségi körébe tartozik.

Az *indennità di accompagnamento*hoz kapcsolódó felmérést az orvosi bizottságok végzik, amelyeket az országos egészségügyi szolgálat minden helyi igazgatósága mellett létrehoznak.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

Az *indennità di accompagnamento* azokra irányul, akik csak kísérő folyamatos segítségével képesek járni, vagy akik folyamatos ápolásra szorulnak, mert nem képesek mindennapos tevékenységeik elvégzésére.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

Az itt tárgyalt juttatások készpénz jellegűek.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

A társadalombiztosítási rendszeren belüli ellátás csak a rokkantsági és az öregségi nyugdíjban részesülő személyeknek adható. A nem járulékalapú rendszeren belüli ellátás azokat illeti meg, akiknek a civil rokkantsági foka technikailag 100%-os (mint a *pensione di inabilita* jövedelemtámogató juttatás esetében – lásd 1.függelék). Az orvosi bizottság megfelelő igazolása alapul szolgálhat a fogyatékos személy gondozója számára *permessi in favore di gestione gravemente handicappate* (súlyos fogyatékossgal élő személyek pénzügyi juttatásához való jogok) igényléséhez. A *permessi* különféle jogokat biztosít a különféle, munkából való fizetett távollét kapcsán.

KORHATÁROK

Az *indennità di accompagnamento*hoz nem tartozik korhatár.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, TÖRTÉNŐ RÉSZFINANSZÍROZÁS

Nincs jövedelemteszt.

Felmérés

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Az *indennità di accompagnamento* azt a személyt illeti meg, aki teljesen rokkantnak minősül (100%-os civil rokkantság), és ezen kívül nem képes kísérő segítségével járni, vagy mindennapos tevékenységeit elvégezni. Elképzelhető olyan eset, hogy valaki civil rokkantnak minősül, de mégis tud dolgozni; az *indennità di accompagnamento* állással rendelkező személyeknek is fizethető.

A Belügyminisztérium kísérletet tett arra, hogy a juttatás jogosultjainak körét a testi fogyatékossgal élő emberekre korlátozza, de ezt a *Corte di Cassazione (a Semmítőszék)* felülbírálta, mivel megítélése szerint a szellemi fogyatékossgal élő személyek szintén az 1980-as jogszabályok hatálya alá tartoznak.

A *permessi in favori di gestione gravemente handicappate* esetén a definíció szerint az a személy súlyosan fogyatékos, akinek a fogyatékossga olyan mértékben lecsökkentette önállóságát, hogy állandó, mindenre kiterjedő és folytonos segítségre van szüksége (a 104/1992 sz. törvény 3. cikkelye).

Az orvosi bizottságok a személy fogyatékossgát enyhének, közepesnek, erősnek és súlyosnak minősíthetik. A *permessi in favori di gestione gravemente handicappate* csak a súlyosan fogyatékos személyekre vonatkozik.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Nincsenek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az orvosi bizottságok határozzák meg a személy civil rokkantságának szintjét, továbbá igazolják, hogy az illető „olyan fogyatékos személy, aki kísérő állandó segítségével nem képes járni”, vagy folytonos ápolásra szorul, mert nem képes mindennapos tevékenységeinek elvégzésére, és/vagy a 104/1992 sz. törvény értelmében fogyatékosnak minősül. Az orvosi bizottságok két gyakorló orvos-

ból és egy egészségügyi ellenőrből állnak, akik közül az utóbbi a bizottság elnöke. A bizottság további orvosszakértőkkel bővíthet a képességsökkenés konkrét jellegétől függően.

Ezeket a szakértőket a megfelelő egyesület, például a Vakok Országos Egyesülete, a Fogytékossággal Élő Gyermek és Felnőttek Családjainak Egyesülete stb. nevezi ki. A bizottsághoz szociális dolgozók és egyéb szakértők is csatlakozhatnak, illetve a személy saját gyakorló orvosa is jelen lehet a felmérésen. Az orvosi bizottság ajánlása a helyi Rokkantsági és Háborús Nyugdíjak Orvosi Bizottságához kerül, amely a Kincstár, illetve a Belügy- és Védelmi Minisztérium által létrehozott közigazgatási testület. Ebben a bizottságban gyakorló orvosok is helyet foglalnak. Ha nem bírálják felül az orvosi bizottság ajánlását, akkor az orvosi Bizottság megerősíti a felmérést.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A veleszületett rendellenességekről és elváltozásokról táblázat áll rendelkezésre (*Decreto Ministeriale [miniszeri rendelet]* 5.2.1992). Ennek kiigazítására rendszeresen sor kerül, például kincstári köriratok formájában. A táblázatok az egyes diagnózisokhoz vagy százalékos minősítést rendelnek (például Alzheimer-kór = 100%), vagy egy intervallumot adnak meg (például Down-kór = 75%-tól 100%-ig az állapot súlyosságától függően, amely ugyanakkor az IQ segítségével mérhető, de a személy mindennapos tevékenységeinek elvégzésére irányuló képességét is tükrözheti).

Az orvosi bizottságoknak továbbá az ICIDH-ban rögzített fogalmakat is alkalmazniuk kell, de a táblázatok általában részletesebb útmutatást adnak, és azokra rendszeresen hivatkoznak.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Orvosi látogatásra kerül sor.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Egyre nagyobb hangsúly kerül a személy „fennmaradó egyéni képességének” felmérésére, és az integráció elősegítése érdekében a megfelelő juttatás és rehabilitációs intézkedés kiválasztására. Ugyanakkor nem alakultak ki olyan eljárások, amelyek bevonják a fogyatékos személyt az ellátási csomag kialakításába.

HOLLANDIA

Intézkedések

A független életvitelre és a kivételes szükségletekre irányuló intézkedések három fő intézkedéscsoportba sorolhatók:

WVG, amely a mozgásban való segítséget és az otthon átalakítását foglalja magában;

AWBZ, amely a különleges ellátási kiadások fedezésére szolgál;

ABW, az általános szociális ellátórendszer, amely magában foglalja többek között a fogyatékos-sággal kapcsolatos megélhetési többletköltségeket.

A WVG (1994) a korábbi, rokkantsági nyugdíjrendszerben érintett dolgozókra irányuló intézkedéseket az idős emberekre vonatkozó szociális ellátás körébe tartozó intézkedésekkel kapcsolja össze.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A WVG és az ABW adminisztrációját az önkormányzatok látják el. A WVG finanszírozása (gyakorlatilag) az általános bevételeiből történik, míg az ABW finanszírozásához a központi kormányzat is hozzájárul. Az AWBZ olyan országos egészségügyi rendszer, amely elkülönül a fő egészségbiztosítási rendszertől (a hosszú távú ellátás nem finanszírozható a megszokott szolgáltatók biztosításaiból). Az AWBZ adminisztrációja a regionális ellátási hatóságok feladata. A WVGZ-vel és az AWBZ-vel kapcsolatban összehangolási problémák adódtak, a köztük lévő kapcsolat fejlesztésére kísérleti projektek indultak.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

(orvosi ellátás, egyéni ellátás, otthoni segítség, mozgás, társadalmi érintkezés, fogyasztási többlet-költségek)

A mozgásproblémák és a lakókörnyezet átalakítása a WVG-intézkedések körébe tartozik.

Az ABW fedezi a fogyasztási többletkiadásokat a szociális minimum szintjének megfelelő jövedelemmel rendelkező személyek számára (azaz a szociális ellátásban részesülő vagy azzal megegyező jövedelemmel rendelkező emberek, például a AOW minimális szintjében részesülő öregségi nyugdíjasok számára).

A múltbeli adatok alapján az AWBZ-kiadások jó része ment el intézményi ellátás finanszírozására. Az AWBZ továbbá otthoni ápolói szolgáltatásokat is finanszíroz, és az egyéni költségkeretek bevezetése (lásd alább) szintén növelte az AWBZ-támogatások céljainak körét.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

(szolgáltatás vagy készpénz; ha készpénz: szabványos összegek, a folyó költségek megtérítése; ha szolgáltatás: milyen erősek a jogosultság feltételei)

A WVG esetében mind szolgáltatás mind készpénztámogatás adható. A készpénz jellegű intézkedések általában visszatérítés formájában valósulnak meg, tehát konkrét kiadásokhoz köthetők.

Az önkormányzatok egyesülete (VNG) által kiadott útmutató a mozgással kapcsolatos szükségleteket nem rögzíti, azokat a személy rendszeres szociális érintkezései és tevékenységei, valamint a tömegközlekedés esetleges használata alapján egyénileg mérik fel. Ehhez hasonlóan a lakókörnyezettel kapcsolatos minimális követelmények sincsenek meghatározva.

Az AWBZ keretében adható egyéni költségkereteket (PGB-k) az 1990-es évek közepén vezették be. Ezek a szolgáltatások a fogyatékossgal élő személy szükségleteihez megfelelően illeszkedő átalakítások megkönnyítését szolgálják. Folyamatban van egy, az AWBZ korszerűsítését célzó program, amely még inkább előmozdítja az intézményes keretek leépítését, és megold bizonyos kérdéseket a PGB-k kezelésével kapcsolatban. A PGB-k népszerűek, de a kiadási minták nagyban eltérnek a biztosított szolgáltatások mintájától, ami nem rendeltetésszerű használattal kapcsolatos aggályokat vet fel.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

Egyes önkormányzatok összekötik a WVG, az AWBZ és az ABW adminisztrációját (NL 19). A WVG-felmérés belépőként szolgálhat a munkaerő-piaci intézkedésekhez (REA) is. A fő jövedelembiztosító intézkedéssel azonban nincs összefüggés.

KORHATÁROK

Az WVG megszünteti a munkaképes korúakra vonatkozó (AAW keretében adott) intézkedések és az idősekre irányuló (a szociális ellátás keretében adott) intézkedések közötti különbségtételt.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

A WVG esetében az önkormányzatoknak meg kell alkotniuk az intézkedések kritériumaira vonatkozó szabályokat, és utána követniük kell azokat („nyílt végű” finanszírozási követelmény). A szabályok megkövetelhetik önrész fizetését és a jövedelemteszt elvégzését (általában inkább jóléti teszt, amely kizárja a jómódúakat).

Felmérés (WVG)

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Az 1.1. cikkely definíciója szerint fogyatékos „az a személy, aki betegség vagy gyengeség következtében az életvitel, illetve a lakáson belüli és kívüli mozgás terén kimutatható korlátozottságokkal néz szembe”.

Kiemelt képességcsökkenések

A nemzeti jog nem rendel kiemelt jogosultságokat konkrét képességcsökkenésekhez, és a hollandiai önkormányzatok egyesületének (VNG) útmutatója sem határoz meg egyes képességcsökkenésekből eredő jogosultságot, jóllehet a képességcsökkenéseket osztályozza (lásd alább).

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Kisebb önkormányzatokban a WVG-tanácsadók gyakran rendelkeznek szociális dolgozói háttérrel. A felmérések jó részének elvégzésére olyan szervezetekkel kötnek szerződést, amelyeknek a személyi állománya orvosi és pszichoterápiás háttérrel rendelkezik.

A nagyobb önkormányzatok inkább maguk alkalmazzák az ilyen ismeretekkel rendelkező személyeket, és a felmérések kiszervezése ritkább.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A legtöbb önkormányzat egy VNG által kifejlesztett „osztályozó protokollt” használ. Ez a protokoll az ICD és az ICIDH-1 osztályozó címszavait használja a felmérés kereteként. A személy egészségi állapotát az AMA-útmutatókban használt listákhoz hasonló – részben diagnosztikai, részben képességcsökkenési – alcímek alapján sorolják be (Lásd a WP1-t a függelékben).

Mindezt az igénylő számos területre vonatkozó korlátozottságainak elemzése követi.

A területek listája az ICIDH-1 fogyatékosági listáinak keveréke, és hasonlít a WHO Fogyatékosági felmérési jegyzékére (WHODAS II).

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Az esetek mintegy 40%-ában a felmérés az igénylő otthonában történik.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Elemzés készül azokról a tevékenységekről, amelyekben korlátozottságai miatt az igénylő akadályoztatva van. A megfelelő intézkedés kiválasztása az igénylővel egyetértésben történik.

NORVÉGIA

Intézkedések

Az idevonatkozó intézkedéseket a nemzeti biztosítási törvény (*Folketrygdløven*, NIA) és a szociális szolgáltatásokról szóló törvény (*Sosialtjenesteløven*, SSA) tartalmazza.

A NIA-ban szereplő intézkedések a fogyatékos személyek számára többek között anyagi támogatást adnak „a mindennapi életben való boldogulás elősegítésére” (10-6 és 10-7 szakasz), a fogyatékossgal kapcsolatos többletkiadások fedezésére (6-3 szakasz) és a magán (családi) közreműködéssel megvalósított különleges ellátásra (6-5 szakasz).

Az országos jelentés a hangsúlyt egy konkrét, SSA-ban szereplő intézkedésre, az önállóan irányított egyéni ellátásra (*brukerstyrt personlig assistanse*, BPA) helyezi.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

Az önkormányzatok az SSA keretében a nemzeti irányvonalaknak megfelelően kínálnak szolgáltatásokat.

A BPA rugalmas és alkalmazkodik a fogyatékos személy egyéni körülményeihez. Jórészt ez volt az oka annak, hogy a szóban forgó intézkedést az SSA-ba építették be, nem pedig az országos biztosítási rendszerbe (Ot.prp. nr. 8 [1999–2000]), amelynek adminisztrációját a biztosítóintézetek végzik.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

Ide tartozik a legtöbb szükséglet, amely a mindennapi életre vonatkozó gyakorlati segítséggel és tanítással kapcsolatos, ideértve a háztartási teendőkkel, illetve olyan egyéni ellátással kapcsolatos szük-

ségleteket, amilyen az öltözködés, a higiénia, az evés, a társadalmi érintkezés, a társadalmi és kulturális tevékenységekben való részvétel elősegítése stb. A BPA általában nem arra való, hogy azok szükségleteit fedezze, akik más szervezett tevékenységben, például munkában, vagy oktatásban vesznek részt.

A BPA keretében kielégíthető szükségletek köre nincs szabályozva, csak a fizetett ellátás időtartama. A BPA felhasználói által irányított együttműködésben kialakított irányvonalak a következőket említik a gondozó feladataiként: ablaktisztítás, egy üveg bor kinyitása, a hát megmosása a fürdőkádban, a gyermekek hazaszállítása az óvodából, bevásárlás, padlótisztítás vagy beágyazás, autóvezetés, a kerekesszék javítása, jegyzetelés találkozókon stb. Az együttműködés szerint egy személyi segítő e teendők elvégzésével tudja biztosítani, hogy az őt alkalmazó személynek elég ereje legyen mindennapi tevékenységeinek ellátáshoz.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

Az intézkedés megadott óranyi szolgáltatásra jogosít fel. Az önkormányzat dönt arról, hogy hetente hány órát biztosít az illető számára, a szolgáltatás heti egy óra és napi 24 óra között változhat.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

A BPA-val kapcsolatban használt definíciók hivatalosan nem kapcsolódnak más területeken alkalmazott definíciókhoz. Egyes kedvezményezettek esetében azonban előfordulhat, hogy a BPA-igénylés ötlete előtt otthoni ápolásban, otthoni segítségben vagy egyéb ellátási szolgáltatásban részesültek, és ez befolyásolhatja a felmérés gyakorlati megvalósításának módját.

KORHATÁROK

A Szociálisügyi Minisztérium erősen ajánlja, hogy a BPA felhasználói 18 évnél – a nagykorúság korhatáránál – idősebbek legyenek. Ennek oka, hogy a felhasználónak képesnek kell lennie arra, hogy saját szükségleteit meghatározza, a segítség módjára vonatkozóan irányítsa és vezesse a gondozót, kidolgozzon és kövessen egy munkatervet, és ellássa a felügyelői szerepkörrel járó egyéb teendőket. Különleges körülmények között az önkormányzatok 18 év alatti személyeknek is biztosíthat BPA-t. E döntéshez az igénylő környezetében élő személyeknek (szülőknek, egyéb rokonoknak vagy gondviselőknek) meg kell erősíteniük, hogy hajlandóak vállalni a gondozó felügyeletét és irányítását, legalább is kezdetben (Ot.prp. nr. 8, 4.2. bekezdés, SHD 2000: 2).

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

A BPA-hoz nincs szükség jövedelemtesztre, illetve saját erőre.

Felmérés

A BPA-felmérésnek kettős célja van: a felmérésnek egyrészt azt kell bizonyítania, hogy a szóban forgó személynek alapvető szüksége van a mindennapos tevékenységekkel kapcsolatos támogatásra, másrészt pedig azt, hogy az illetőnek megvannak a megfelelő képességei ahhoz, hogy hasznát tudja venni a kapott ellátási formának.

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

A legáltalánosabb definíció szerint a BPA-ra az a személy jogosult, akinek „betegségből, fogyatékosságból, öregségből vagy más okból kifolyólag különleges ellátási szükségletei vannak (SSA 4-2 szakasza). Egy törvénytervezet (Ot.prp. nt.8 4.2. bekezdés), valamint a Szociálisügyi Minisztérium útmutatása szerint a BPA elsődleges célcsoportja az „összetett (komplex) és alapvető szolgáltatási szükségletekű felhasználók” köre (SHD 2000: 2). Ehhez hasonlóan mindkét dokumentum kiemeli, hogy a BPA súlyosan fogyatékos emberekre irányuló intézkedés (Ot.prp. nr.8, 1. bekezdés SHD 2000: 1).

Ezen kívül az is követelmény, hogy az igénylő be tudja tölteni a személyi gondozó felügyelőjének szerepét. Az illetőnek elegendő önismerettel és forrással kell rendelkeznie ahhoz, hogy mind otthonában, mind azon kívül aktív életet élhessen (Ot.prp. nr. 8, 4.2. bekezdés, SHD 2000: 2).

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

A törvényjavaslat (Ot.prp. nr. 8, 4.2. bekezdés) és az útmutató (SHD 2000: 2) kifejezetten kimondja, hogy a BPA-nak nem kell egyes konkrét fogyatékoságokra, diagnózisokra vagy képességcsökkenésekre szorítkoznia, feltéve, hogy a fogyatékoság nem akadályozza a felhasználói irányító szerep gyakorlását. A szóban forgó dokumentumokban az is szerepel, hogy különleges esetekben tanulási nehézségekkel rendelkező személy is részesülhet BPA-ban. Nincsenek tehát megadva lényeges, illetve kiemelt képességcsökkenések. Ugyanakkor a BPA 1990-es kísérleti bevezetését a testi képességcsökkenéssel rendelkezők fő szervezete kezdeményezte. Információs forrásaink és egyéb kutatások (Ashkem 2000: 210–213; Ashkem 2002: 6–7) szerint a BPA jelenlegi felhasználóinak a többsége lényeges fizikai képességcsökkenésekkel, elsősorban mobilitásiképesség-csökkenésekkel él.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az intézkedés adminisztrációját az önkormányzatok szociális és ellátási osztályának személyi állománya végzi, elsősorban az önkormányzatnál foglalkoztatott egészségügyi alkalmazottak (például ápolók) és esetenként szociális munkások.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A BPA-ra vonatkozó útmutatás igen korlátozott. A kimondott ajánlások általánosak és nem mennek bele a részletekbe. Így az önkormányzatok szociális és ellátási osztályánál alkalmazott szakértők számára tág teret hagynak a mérlegelésre. Az útmutató hangsúlyozza, hogy az önkormányzatoknak elérhetővé kell tenniük ezt az intézkedést azon lakosok számára, akik a BPA segítségével aktívabb és függetlenebb életet élhetnének. Azt ajánlja, hogy csak azok az igénylők kapjanak BPA-t, akik kellőképpen tisztában vannak saját szükségleteikkel, és képesek felügyelni a gondozójukat. Egyes ügyintézők szerint ez a feltétel kizárja a szellemi vagy szociális képességcsökkenéssel élő személyeket.

A BPA igényléséhez nincs szükség írásos jelentkezésre, de a legtöbb helyi tisztviselő írásos értékelő jelentést készít a vezető tisztviselő számára, és ajánlást tesz a szükséges BPA-óraszámra. A vezető tisztviselő ajánlást tesz arra, hogy mely szolgáltatásokat kellene a BPA keretében kínálni, és melyeket más formában (otthoni ellátás, otthoni ápolás, ergoterápia, pszichoterápia, és így tovább). Az önkormányzatok többségénél ezek mind részét képezik az egészségügyi és ellátási intézkedéseknek. A szolgáltatásért felelős adminisztratív testületnek ki kell dolgoznia egy átfogó „ellátási és szolgáltatási csomagot”, amely kielégíti a fogyatékos személy teljes szükségletét. Egyes helyeken a BPA-szolgáltatásokat az adminisztráció továbbra is „többlet ellátásnak” tekinti. Más önkormányzatok a BPA-t aktívan alkalmazzák, mint az átfogó ellátásra és szolgáltatásra szoruló személyeknek (így az időseknek és a súlyos betegeknek) járó ellátási szolgáltatást.

Egy félig magánjellegű ügynökség, a *Ressurscenter for omstilling i kommunene* (RO), amelyet a Szociálisügyi Minisztérium és a Norvégiai Önkormányzatok Egyesülete (*Kommunenes Sentralforbund*) alapított, információt és tanácsadást ad arról, hogy az önkormányzatoknak miként kell megtervezniük, bevezetniük és működtetniük a BPA-t.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A felelős egészségügyi, ellátási vagy szociális szolgálati dolgozó normális esetben ellátogat az igénylő otthonába, hogy felmérje az illető szükségleteit és képességeit, gyakorlati korlátozottságait és a szükséges BPA-órák számát. Ha az igénylő az önkormányzatnál korábban már vett igénybe ellátási szolgáltatást, akkor körülményei már ismertek lesznek az egészségügyi, ellátási vagy szociális szolgálat számára, így ebben az esetben nincs szükség megfigyelésre.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Az SSA 8-4 szakasza értelmében az önkormányzatnak tanácskoznia kell az igénylővel, azaz amennyire csak lehetséges, a szolgáltatási csomag kialakítása a felhasználóval együttműködésben történik, véleményének jelentős súlya van. Konkrétabban fogalmazva, ez az intézkedés kifejezetten felhatalmazza a fogyatékos személyt egyrészt arra, hogy a BPA igénylése során meghatározza saját szükségleteit, másrészt arra, hogy beleszóljon szükségletei kielégítésének a mikéntjébe. A BPA a mindennapos tevékenységekben, mind otthonukban mind azon kívül támogatásra szoruló, súlyosan fogyatékos személyek gyakorlati és egyéni segítségének egy alternatív módja. A felhasználó munkafelügyelői szerepet tölt be, és felelősséget vállal a szükségleteivel kapcsolatos ellátás megszervezéséért és lebonyolításáért. Az önkormányzat által megszabott óraszámokon belül a felhasználó alapvetően szabadon eldöntheti, kit (vagy kiket) szeretne segítőnek, milyen teendőket lásson (lássanak) el a gondozó(k), illetve hol és mikor tart igényt a segítségre.

A kulcsfontosságú követelmény az, hogy a fogyatékos személy képes legyen ellátni a gondozó felügyeletét, nem pedig az, hogy ő legyen a gondozó munkaadója. A foglalkoztatás megszervezésére vonatkozóan három különböző modell létezik: a gondozó(k) munkaadója lehet mind az önkormányzat, mind a felhasználók egyesülete (*andelslag*), mind pedig az egyéni felhasználó.

PORTUGÁLIA

Intézkedések

1999-ben bejelentettek egy fontos új intézkedést, a hosszútávú ellátási kiegészítő támogatást (*complemento por dependência*), amelynek bevezetése 2000-ben történt (309-A/2000 sz. november 30-i rendelet). A kiegészítő támogatás az öregségi, a fogyatékosági és az özvegyi nyugdíjasoknak fizethető, a járulékalapú és a nem járulékalapú rendszerben egyaránt. Korábban csak a járulékalapú rendszerhez tartozó, súlyosan fogyatékos (*grande invalidez*) személyek részesülhettek ebben a juttatásban.

További intézkedések:

Munkahelyi balesetek és foglalkozási betegségek (*Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais*) esetében:

Kiegészítő juttatás (*prestação suplementar por assistência de terceira pessoa*): Nyugdíj-kiegészítés azoknak a súlyosan fogyatékos személyeknek, akik állandó ápolásra szorulnak. A juttatás összegének felső korlátja a háztartási alkalmazottak minimálbére.

Szociális cselekvés:

Ez az intézkedés a mentális vagy szociális okokból ideiglenesen vagy állandóan, enyhén vagy erősen ellátásra szoruló embereknek szól.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A szakpolitikát a *Ministério do Trabalho e da Solidariedade* [Munkaügyi és Szolidaritási Minisztérium] felügyeli. A *complemento por dependencia* adminisztrációját a területi szolidaritási és társadalombiztosítási központok (*Centros Distritales de Solidariedade e Segurança Social*) végzik.

Az intézkedéseket a központi kormányzat és a megyék közösen finanszírozzák.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

A készpénztámogatás az egyéni ellátási szükségletekre helyezi a hangsúlyt. A higiénia és az étkezés kiemelt szerepet kap. A szociális cselekvés többek között társadalmi érintkezést jelent (például napközi otthonok).

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

A juttatási intézkedések készpénz jellegűek. Azok összege a függőség fokozatának (kétféle fokozat van) megfelelően rögzített. A járulékalapú nyugdíjban részesülők számára a juttatás a szociális nyugdíj

50 illetve 90%-a, a nem járulékalapú nyugdíjban részesülők esetében pedig ugyanannak a 45 illetve 75%-a. Az igénylésben meg kell nevezni a gondozó személyét. A szociális gondozás természetbeni.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

Nyugdíjjal kell rendelkezni, de az intézkedések az öregségi és a fogyatékosági nyugdíjasokra egyaránt vonatkoznak.

KORHATÁROK

Az ellátásra szoruló gyermekek számára külön intézkedések vannak érvényben. Felső korhatár nincs.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

A nem járulékalapú nyugdíj fő szabályai előírják a jövedelemtesztet, más esetben arra nincs szükség.

Felmérés

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

A függőségnek két szintje van:

1. szint: az egyén nem képes önállóan elvégezni a mindennapi élet alapvető szükségleteinek kielégítéséhez elengedhetetlen teendőket;
2. szint: az egyén az 1. szintnek megfelelő helyzetben van, és fekvőbeteg, vagy súlyos elmebetegség tünetei tapasztalhatók rajta.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Bizonyos képességcsökkenések, például a HIV-fertőzöttség, vagy a multiplex szklerózis azonnali jogosultságot eredményeznek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Az igénylőnek a kérelemhez orvosi jelentést is mellékelnie kell, amely igazolja a függőségi helyzetet. A döntést tisztviselők hozzák.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A széles körben elérhető ellátási kiegészítő támogatás új intézkedés, így az a tény, hogy csak két függőségi szintet különböztet meg, általános vélemény szerint a tapasztalat és a jogalkalmazás hiányát tükrözi.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Nincs meghatározva.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Nincs meghatározva.

SPANYOLORSZÁG

Intézkedések

Ellátási szükségletekre mind a járulékalapú, mind a nem járulékalapú jövedelemtámogató rendszeren belül fizethető többlettámogatás. Ezekről független ellátási szükségletekre irányuló intézkedés nem

létezik. A tömegközlekedés használatában nehézségekkel szembenézők számára számos elkülönült ad hoc intézkedés áll rendelkezésre.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A járulékalapú juttatásokat az INSS (Országos Társadalombiztosítási Intézet) fizeti. A nem járulékalapú juttatások felett a Migrációs és Szociális Szolgáltatások Intézete (IMSERSO) gyakorol szakpolitikai felügyeletet, a nem járulékalapú rokkantsági juttatások adminisztrációja és finanszírozása pedig az autonóm közösségek (tartományok) feladata.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

Az intézkedés az egyéni ellátási szükségletekre irányul.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

A juttatási intézkedések készpénz jellegűek.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

A társadalombiztosítási rendszeren belüli intézkedés megköveteli annak megállapítását, hogy az igénylő tartósan, teljesen munkaképtelen (*incapacidad permanente absoluta*), és ezen túlmenően fogyatékosága annyira súlyos, hogy egy másik személy segítségére van szüksége (*Gran invalidez*).

A nem járulékalapú rendszeren belüli intézkedést azok vehetik igénybe, akik esetében a fogyatékoság vagy a krónikus betegség fokozata 75%-os vagy annál nagyobb, és egy másik személy segítségére szorulnak.

KORHATÁROK

A biztosítási juttatások csak 65 éves korig adhatók, de a már odaítélt juttatás folyósítására nem vonatkozik korhatár. Az 50%-os, nem járulékalapú kiegészítő támogatást a 18 és 65 év közötti, legalább 75%-os fogyatékosok kaphatják. Az általános szociális ellátás keretében szélesebb körben adható, illetve természetbeni intézkedések állnak azon fogyatékos személyek és idős emberek rendelkezésére, akiknek a jövedelme nem kielégítő, valamint nehéz szociális és családi háttérrel rendelkeznek.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

Az általános szociális ellátási intézkedések jövedelemteszteltek.

Felmérés

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Mind a járulékalapú, mind pedig a nem járulékalapú rendszer megköveteli, hogy a személy anatómiai vagy működési rendellenességekre visszavezethető okokból az alapvető mindennapi teendők elvégzése során segísége szoruljon.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Nincsenek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A döntéseket a társadalombiztosítási rendszerben dolgozó orvosok (a járulékalapú juttatások esetében) vagy multidiszciplináris munkacsoportok (a nem járulékalapú juttatások esetében) hozzák.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A *Valoración de las situaciones de minusvalía* (VM) (fogyatékosági állapotfelmérési) útmutató egy ellátási szükségletekről szóló fejezetet tartalmaz (Baremo para determinar la necesidad de asistencia de otra persona = a más személy általi gondozási szükségletet meghatározó pontrendszer). A fejezet a következő szakaszokra bomlik: diszpozíció (ágyban kell-e maradnia), önellátás (felkelés, lefekvés, öltözködés, személyi higiénia, étkezés), kommunikáció, biztonság és tájékozódás, különleges szükségletek (például speciális orvosi felszerelés használata), valamint egyéni és társadalmi alkalmazkodás. Minden egyes szakasz meghatározásokat, és a meghatározásokhoz rendelt pontszámokat tartalmaz. Ahhoz, hogy valaki jogosult legyen az ellátásra, legalább 15 ponttal kell rendelkeznie.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A felmérés otthon történő elvégzése nem kötelező, de megszokott.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

Nincs meghatározva.

SVÉDORSZÁG

Intézkedések

Az országos jelentésben tárgyalt három fő független életvitelre irányuló intézkedéscsoport a következő:

1. az RFV (társadalombiztosítási intézkedés) keretei között működő fogyatékosági segély;
2. a bizonyos fogyatékos csoportokat megillető támogatásról és szolgáltatásról (LSS), illetve az ellátási visszatérítésről (LASS) szóló törvény;
3. a szociális szolgálatokról szóló törvény (SoL).

Ezeknek az adminisztrációja az önkormányzatok feladata.

1. A fogyatékosági segély
 - egy másik személy által a mindennapi életben nyújtott segítségért
 - jelentős megélhetési többletköltségek fedezésére fizethető.

A segély foglalkoztatott személyeket is támogathat (lásd a munkaerő-piaci intézkedéseknél).

Egy hasonló támogatás, az ellátási segély a fogyatékos gyermekek otthoni ápolásának az elősegítését szolgálja.

2. Az LSS számos intézkedést tartalmaz, mi itt a személyi gondozási intézkedésekkel foglalkozunk, amelyeket az LASS szabályoz.
3. Az SoL részben olyan szükségletekre irányul, amelyeket az LSS/LASS is érint. A SoL keretében kínált szolgáltatásokért azonban esetenként (a jövedelemteszt alapján) fizetni kell, és a jogosultság szintje szűkebben van meghatározva. A SoL több mérlegelési lehetőséget ad az önkormányzatok kezébe. Ennek megfelelően előnyösebb, ha valaki az LSS/LASS szerint minősül súlyosan fogyatékos személynek. A SoL lényege nem az, hogy különleges szolgáltatásokat biztosít a fogyatékosok számára, hanem az az alapelv, hogy mindenki „ésszerű életszínvonalat” érdemel.

A jogosultság feltétele az LSS/LASS és a SoL esetében alapvetően a fogyatékoság súlyosságában különbözik. Az országos jelentés következtetése szerint az orvosi jelentések használata egyre jelentősebb a határvonal meghúzása szempontjából.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A fogyatékosági segélyt és az ellátási segélyt a társadalombiztosítási bizottság (RFV) fizeti. Az LSS/LASS és a SoL adminisztrációját a helyi önkormányzatok látják el, finanszírozása pedig vegyes, központi, helyi finanszírozási modell alapján történik.

A KIELÉGÍTENDŐ SZÜKSÉGLETEK JELLEGE

(orvosi ellátás, egyéni ellátás, otthoni segítség, mozgás, társadalmi érintkezés, fogyasztási többletköltségek)

A fogyatékosági segély a lakhatáshoz, a diétához stb. kapcsolódó ellátási szükségleteket és költségeket fedezi. Ellátási szükségletnek kell tekinteni az egyéni ellátást (például fürdés), a házimunkát, például főzést, takarítást, mosást, ágyazást,

- a folyamatos figyelem beleszámít az ellátási időbe,
- az ellátás intenzitását és gyakoriságát is kiértékelik.

A megélhetési többletköltségek közé tartoznak az alábbiak:

- az otthon adaptációja,
- különleges berendezések,
- élelmiszer, ruhák és egyéb fogyasztási cikkek,
- orvosi többletköltség.

Az LSS/LASS által kínált szolgáltatásokra példa az otthoni és a pihenés közbeni ellátás, a napi tevékenységek és az egyéni ellátás biztosítása. A SoL fő szolgáltatásai közé tartozik a közlekedési segítségnyújtás, az otthoni segítség és egyéb ellátás, valamint a védett/ támogatott alkalmazkodás.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

A fogyatékosági segély készpénzben fizetendő. A segélynek háromféle szintje van: az alapmennyiség (a készpénzjuttatások referenciaösszege) 69, 53 illetve 36%-a.

Az ellátások működtetését az LSS irányítja. A törvény tíz különböző szolgáltatást nevez meg. A LASS a független életvitelre vonatkozó elképzeléseket az ellátási szolgáltatások működésének megfelelő módon vezeti be. A LASS értelmében a szolgáltatás felhasználója jogosult a gondozó foglalkoztatására, tehát az önkormányzat készpénztámogatást adhat a gondozó munkadíjának fedezésére. Ennek alternatívájaként az önkormányzat is foglalkoztathatja a gondozót.

SoL: A szociális szolgáltatásokról szóló törvény 1997-es módosítása a szociális ellátást két fő kategóriára osztja:

- a) (anyagi) támogatás a legalapvetőbb szükségletek (élelmiszer, ruha, lakás, fogyasztási cikkek stb.) kielégítésére;
- b) a szociális ellátás és szolgáltatások egyéb formái (mobilitási szolgáltatások, otthoni segítség, lakhatás és az időseknek és fogyatékosoknak biztosított speciális szolgáltatás és ellátás).

Míg az (a) kategóriába tartozó készpénztámogatásról országos irányelv rendelkezik, addig a (b)-be tartozó intézkedésekhez nincs irányvonal. „A szociális jóléti hivatal, illetve a helyi önkormányzat felelősségi körébe tartozik az a kérdés, hogy mennyi és milyen típusú szolgáltatást kell kínálni a fogyatékosoknak”. (Svédországi jelentés, 14. o.).

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

Fogyatékosági segély: az intézményi kapcsolat ellenére nincs összefüggés a fogyatékosági juttatási felméréssel. Meg kell említenünk, hogy ugyanez az intézkedés gondoskodik a foglalkoztatott emberek számára adott segítségről is.

Egyéb intézkedések: nincs kapcsolat.

A SoL szolgáltatásai intézményesen kapcsolódnak a készpénzben kínált szociális ellátáshoz, de számos idős korú kedvezményezett (és főként ők) csak az önkormányzatok által biztosított szociális ellátási szolgáltatásokat veszi igénybe.

KORHATÁROK

Fogyatékosági segély: 16 és 64 év között (emlékeztetünk a gyermekeknek járó ellátási segélyekre).

Az LSS/LASS csak a 65 év alatti emberekre vonatkozik.

SoL – minden korosztály.

JÖVEDELEMTESZTELÉS, RÉSZFINANSZÍROZÁS SAJÁT ERŐBŐL

Fogyatékosági segély: nincs jövedelemteszt, fizetés készpénzben
LSS/LASS: nincs jövedelemteszt, sem saját erő
SoL: jövedelemteszttől függő és szükség van saját erőre

Felmérés

Fogyatékoság segély

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

A vakok és a siketek (vagy súlyosan halláskárosultak) feltétel nélkül jogosultak a segélyre.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Szükség van egészségügyi adatokra, de a szükségleteket az RFV tisztviselője méri fel.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Számos RFV-ajánlás utal arra, hogy mit kell figyelembe venni, de ennek ellenére a használt megközelítés erősen alkalmazkodik az egyedi eset körülményeihez.

Az egyes ellátási szükségletek esetén a tisztviselő határozza meg a megfelelő óraszámot, de a különböző szükségletekhez nincsenek hozzárendelve szabványos időtartamok.

Az élelmiszerekkel, ruházkodással stb. kapcsolatos többletköltségek felméréséhez gyakran alkalmaznak a fogyasztói árakra vonatkozó adatokat (a *Konsumentverket* alapján).

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Vagy a vizsgált személy megy el a hivatalba, vagy a tisztviselő látogatja meg az ügyfelet, hogy otthonában figyelje őt meg. A látogatásokat általában hasznosnak tartják a felmérés elvégzésében.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A segélyt az érintett személynek kell igényelnie.

Egyéni ellátás az LSS/LASS keretében

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Fogyatékos az a személy, aki „a mindennapi életvitelben jelentős és tartós nehézségekkel néz szembe”.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

A törvény a súlyosan fogyatékos embereket három csoportra osztja:

- értelmi képesség-csökkenéssel élő személyek;
- erőszakos cselekedet vagy testi betegség által előidézett agykárosodás következtében tartós szellemi működési rendellenességgel élő személyek;
- egyéb, a természetes öregedéssel egyértelmű kapcsolatba nem hozható testi vagy szellemi fogyatékosággal élő személyek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Szükség van orvosi adatokra, de a szükségleteket szociális munkások mérik fel.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A megfelelő szakemberek általában meglátogatják az ügyfelet, és otthonában átbeszélnek vele az ellátásra vonatkozó tervet.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A fogyatékos személy szerepe a LASS keretein belül nagy jelentőséggel bír, mert az széles jogköröket biztosít a személynek. Konkrét rendelkezések rögzítik, hogy a felhasználónak joga van személyi gondozót foglalkoztatni, illetve ha a gondozót az önkormányzat alkalmazza, akkor joga van a gondozó kiválasztására. A fogyatékos személy továbbá arról is dönthet, hogy a gondozó hogyan és milyen fajta ellátást végezzen (Svédországi jelentés, 13. o.).

A SoL szociális szolgáltatásai

ÁLTALÁNOS DEFINÍCIÓ

Nincs.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Nincsenek.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

Szociális munkások. Nincs szükség orvosi adatokra.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

Nincsenek nemzeti irányvonalak.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

A szociális dolgozók általában otthonukban látogatják meg és figyelik meg az ügyfelet.

EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

Intézkedések

Az Egyesült Királyság országos jelentése a fogyatékosági életjáradékot (*Disability Living Allowance*, DLA) tárgyalja, amely készpénzben fizetett társadalombiztosítási juttatás. A független életvitelt elősegítő további intézkedés az otthoni ellátás, amelyet az NHS kínál, és az önkormányzatok által adminisztrált közösségi ellátási intézkedések. A közösségi ellátási intézkedések szükségletfelmérésen és jövedelemteszten alapulnak.

Az intézkedéseket korábban csak természetben lehetett igénybe venni, mert a helyi önkormányzatok nem fizethettek készpénzjuttatásokat. A közösségi ellátásról (közvetlen kifizetésekről) szóló 1996-os törvény azonban készpénzes kifizetéseket (úgynevezett „közvetlen kifizetéseket”) vezetett be, és a kormányzat jelenleg azok szélesebb körű használatára ösztönöz.

DLA-t bármely 65 évesnél fiatalabb személy igényelhet, akinek ellátási vagy mobilitási szükségletei vannak, és a segély más juttatásokkal együtt is fizethető, kivéve a munkahelyi baleseti, illetve háborús nyugdíjrendszerek DLA-val átfedő intézkedéseit. DLA-t azok az emberek is kaphatnak, akik dolgoznak, vagy akik semmilyen jogcímen sem részesülnek jövedelempótló juttatásban. Járulékfizetési kötelezettségek nincsenek.

További, kapcsolódó intézkedés a rokkantsági ellátási segély, amely a fogyatékos személyek (köztük a közepes vagy magas szintű DLA-ban részesülők) gondozóinak fizethető.

INTÉZMÉNYI FELADATOK

A DLA a Munka- és Nyugdíjügyi Minisztérium (korábban Társadalombiztosítási Minisztérium) felelősségi körébe tartozik. A felmérések elvégzése és a kifizetések a juttatási ügynökség (DWP-ügynökség) feladatai közé tartoznak. A kielégítendő szükségletek jellege (orvosi ellátás, személyes gondozás, otthoni segítség, mozgás, társadalmi érintkezés, fogyasztási többletköltségek). A DLA ellátási összetevői segítséget adnak a testi funkciókkal kapcsolatban, amilyen a mosás és a személyi higiénia, a felkelés, az öltözködés stb., továbbá a gyógyszerek bevétele, illetve a felügyelet és a figyelem (ha például a személy kárt okozhat magában). A DLA nem biztosít otthoni szakorvosi ellátást, ez az NHS feladata.

A mobilitási összetevők azoknak az embereknek fizethetők, akik „segítségre szorulnak a helyváltoztatásban”, ideértve azokat is, akik például tudnak járni, de vezetőre van szükségük. Ennek fordítottjaként az is igaz, hogy akinek a járási képessége korlátozott, az nem válik jogosulttá, ha nem tudja bizonyítani, hogy egy másik személy segítségére vagy felügyelete elősegíti otthonán kívüli mozgását.

AZ INTÉZKEDÉS JELLEGE

(szolgáltatás vagy készpénz; ha készpénz: szabványos összegek, a folyó költségek megtérítése; ha szolgáltatás: milyen erősek a jogosultság feltételei)

A DLA készpénz jellegű.

KAPCSOLAT A FOGYATÉKOSSÁG MÁS DEFINÍCIÓIVAL

A DLA esetében végzett felmérés nagymértékben elkülönül és eltér a munkaképtelenség felmérésétől (lásd 1. függelék). Ennek ellenére a DLA a dolgozó emberek számára belépőt jelent a fogyatékosági adójóváírás (*Disabled Persons Tax Credit*, DPTC) jogosultjainak körébe.

A DLA-jogosultság továbbá a jövedelemtámogatási rendszer (*Income Support*, IS jövedelemtesztől függő szociális ellátás) keretében kínált fogyatékosági prémium elnyerésének is egyik fő előfeltétele.

KORHATÁROK

A DLA-t azok a 65. életévüket még be nem töltött személyek vehetik igénybe, akik mobilitási segítségre szorulnak, de a jóváhagyott segély kifizetése 65 éves kor után is folytatódhat. Akik 65 évesnél idősebben adnak be először kérelmet, két különböző összegben fizethető ápolási segélyt igényelhetnek, amelyek durván megfeleltethetők a DLA két magas szintű összetevőjének. A 65 év felettiek tehát nem részesülhetnek mobilitási támogatásokban és a kevésbé súlyos fogyatékoság következtében adódó ellátási szükségletek esetén igénybe vehető intézkedésekben.

A DLA nem jövedelemtesztől függő.

Felmérés

Általános definíció

A DLA mobilitási összetevője olyan embereknek járó juttatás, akik „a helyváltoztatás során nehézségekkel néznek szembe”. A DLA ellátási összetevője azoknak az embereknek jár, akiknek „ellátási vagy felügyeleti szükségleteik vannak”.

KIEMELT KÉPESSÉGCSÖKKENÉSEK

Azok az emberek, akik siketek, vakok, vagy mindkét lábukat elvesztették, automatikusan jogosulttá válnak.

SZEMÉLYI ÁLLOMÁNY

A határozatot egy BA-döntéshozó hozza. Orvosi tanácsadás kérhető abban az esetben, ha a szóban forgó személy egészségi állapota és kinyilvánított szükségletei nincsenek egymással összhangban,

vagy ha az orvosi bizonyítékok értelmezésével kapcsolatban egyéb nehézség adódik. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy az orvosi szolgálat nem dönthet az igénylésekről, és közvetlenül nem adhat tanácsot azzal kapcsolatban, hogy a személy megfelel-e egy fogyatékosági tesztnek.

Csak kevés igénylőnek kell részt vennie az orvosi szolgálat vizsgálatán. A szóban forgó személy saját orvosa (GP) rövid nyilatkozatot csatolhat az igénylési dokumentumhoz a páciens állapotáról, és a döntéshozó felkérheti a GP-t vagy a kórházat egy jelentés készítésére.

SZABÁLYOK ÉS ESZKÖZÖK

A döntéshozók részletes útmutató alapján dolgoznak, amely definiálja a fogalmakat és meghatározza a szükséges figyelem szintjeit, például a legmagasabb ellátási szintre az a személy jogosult, aki éjjel-nappali figyelemre szorul.

Az ellátási összetevő legalacsonyabb szintjének elnyeréséhez a személynek vagy egy bizonyos szintű ellátási figyelemre kell szorulnia, vagy meg kell felelnie az ún. „főzőtesztnek”, vagy más néven „főételtesztnek”, amely azt vizsgálja, hogy a személy képes-e egy friss fogást hagyományos tűzhelyen elkészíteni. A teszt magában foglalja egyebek mellett a fogás megtervezését, a zöldségek előkészítését, a forró főzőedények kezelését, valamint annak felismerését, hogy az étel rendesen megfőtt. Ez a teszt kifejezetten a személy bonyolult feladatok elvégzésére irányuló testi és szellemi képességeinek mérésére szolgál.

MEGFIGYELÉS A KÖRNYEZETBEN

Nincs. A döntés a jelentkezési lap és a kiegészítő információk alapján születik. A döntéshozóknak nem szabad figyelembe venniük, hogy az érintett hol lakik, vagy milyen jellegű munkát végez.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLY SZEREPE

A kérelmező személynek ki kell töltenie egy kérdőívet, amelynek egyik szakaszában az igénylő kiértékeli, hogy állapota miként befolyásolja életét. Ez az „önfelmérés” lehetőséget ad arra, hogy a jelentkező saját maga számoljon be ellátási szükségleteiről. Ezt a beszámolót az elfogadható szükségletek körét meghatározó szabályok alapján értékelik. Bizonyos szabályok azonban nincsenek tekintettel a személy saját szükségleteire és preferenciáira, erre példa a főzőteszt. A teszt nem ad számot arról, hogy a személy szokott-e, vagy akar-e főzni, továbbá azt is feltételezi, hogy aki nem tud főzni, az meg akar tanulni. Ha egy általában mikrohullámú sütőben elkészíthető, előkészített ételeket fogyasztó személy nem tud elkészíteni egy főfogást, a főzőteszt azt fogja jelezni, hogy az illető ellátásra szorul.

FOGYATÉKOSSÁGTUDOMÁNYI TANULMÁNYOK

DISABILITY STUDIES

- I. Fogyatékosságtudományi fogalomtár (Első kiadás)
- II. Támogatott foglalkoztatás. Munkafüzet (Első kiadás)
- III. A fogyatékoság definíciói Európában (Második kiadás)
- IV. Gerard Quinn—Theresia Degener: Human Rights and Disability (the UN context) 2nd Edition
- V. Az intellektuális fogyatékosággal élő emberek helyzete Magyarországon (Tanulmánykötet) Első kiadás
- VI. A súlyos és halmozott fogyatékosággal élő emberek helyzete Magyarországon (Tanulmánykötet – első rész) Első kiadás
- VII. A súlyos és halmozott fogyatékosággal élő emberek helyzete Magyarországon (Tanulmánykötet – második rész) Első kiadás
- VIII. A háttérismeretek és a szemléletformálás szövegei (Szociológiai-szociálpolitikai gyűjtemény) Első kiadás
- IX. A fogyatékosággal élő személyek jogai (A legfontosabb nemzetközi egyezmények) Első kiadás
- X. Supported Employment – a Customer Driven Approach. 1st Edition
- XI. A foglalkozási rehabilitáció Magyarországon: a szabályozás múltja, jelene, jövője (Első kiadás)
- XII. Állami támogatások és célszervezetek: az ezredforduló rendszerének tanulságai (Első kiadás)
- XIII. A Motiváció Alapítvány módszertani kézikönyve
- XIV. A támogatott foglalkoztatási szolgáltatás (Gyakorlati ismeretek tára)
- XV. ENSZ: A kirekesztéstől az egyenlőségig (Kézikönyv parlamenti képviselők számára) Első kiadás
- XVI. Fogyatékoság és munkaerőpiac (Tanulmánygyűjtemény) Első kiadás
- XVII. Disability: Good Practices (Hungary) 1st Edition
- XVIII. 4M: Fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci esélyeinek növelése (Kézikönyv)
- XIX. A magyarországi foglalkoztatáspolitikai az Európai Unió kontextusában
- XX. A funkcióképesség és a fogyatékoság nemzetközi osztályozása