

FOGYATÉKOSSÁGTUDOMÁNYI TANULMÁNYOK XI.
DISABILITY STUDIES



A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ MAGYARORSZÁGON: A SZABÁLYOZÁS MÚLTJA, JELENE, JÖVŐJE

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



FOGYATÉKOSSÁGTUDOMÁNYI 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

Kötetünknek ez a kiadása 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.

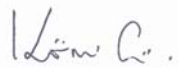
We provide this book only in digitalized format and exclusively for our students at ELTE GYK under the agreement with the copyright holder. Any further reproduction (printing or copying etc.) prohibited without permission.

A sorozatszerkesztő előszava

Digitális kötetsorozatunk XI. kötete ismét a széles értelemben vett, gazdag ismeretháttér megteremtésének szerepét igyekszik betölteni. Nem arra törekszik tehát, hogy a legfrissebb információkat adja közre, hanem hogy szemléleti és elemzési eszköztárul szolgáljon a Magyarországon, a fogyatékkal élő és megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási helyzetéhez az ezredforduló óta eltelt néhány év során. A benne foglalt tanulmányok, rendszerelemzések, hatáselemzések és reformjavaslatok döntő többségét Gere Ilona, illetve az általa vezetett szakértői csoport készítette.

Abban a reményben bocsátom útjára a kötetet, hogy az értékes, jól használható forrásként szolgál mindazoknak, akik a jelenleg működő rendszer megértését az annak közvetlen előzményét szolgáló évek tapasztalatainak felhasználásával szeretnék elvégezni.

Budapest, 2009. október



Könczei György
sorozatszerkesztő

Tartalom

A megváltozott munkaképességű és a rokkant személyek társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerének átalakításáról – Elemzés és reformjavaslat a 90-es évek gyakorlata alapján a 2000-rel kezdődő tíz évre	6
Rehabilitációs tevékenység a munkaügyi kirendeltségeknél – Egy empirikus vizsgálat tapasztalatai, Dr. Gere Ilona	55
A megváltozott munkaképességű emberek bekapcsolása a munka világába, Dr. Gere Ilona	77
Beszámoló a foglalkoztatási rehabilitációs feladatok 2003. évi megyei teljesítéséről – Dr. Gere Ilona	98
A megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci esélyeinek javítása a nonprofit szektor foglalkoztatóképességének megerősítésével, az ehhez szükséges feltételek kialakításával című támogatási program eredményeiről – Kutatási összefoglaló, készítette: Dr. Gere Ilona	116
Foglalkozási rehabilitációt támogató állami dotációk hatékonyságvizsgálata	131
A foglalkozási rehabilitáció magyarországi helyzete, program az állami foglalkoztatási szolgálat foglalkozási rehabilitációs szolgálatának fejlesztésére	183
Tájékoztató a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásával összefüggő munkaadói kötelezettségekről és a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához a munkaadó által igényelhető állami támogatásról – Készítette: Lechnerné Vadász Judit	191
A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatását elősegítő bértámogatás támogatási mértékei 2006-ban (A 177/2005 (IX. 2.) kormányrendelet 4–6. §-ai)	196
A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához adható költségvetési támogatás mértéke	199
A foglalkozási rehabilitáció fejlesztésének lehetőségeiről – Készítette: Dr. Gere Ilona	202

Munkacsoport

A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ ÉS A ROKKANT SZEMÉLYEK TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERÉNEK ÁTALAKÍTÁSÁRÓL

Elemzés és reformjavaslat
a 90-es évek gyakorlata alapján
a 2000-rel kezdődő tíz évre

Budapest, 1998

Tartalom

BEVEZETŐ	9
1. RÉSZ: A JELENLEGI ELLÁTÓRENDSZER	11
1.1. A rokkantak, a megváltozott munkaképességűek ellátórendszere	11
1.1.1. Az ellátottak körének meghatározása, az e körbe történő besorolás alapvető szempontjai	11
1.1.2. Szabályozási alapelvek	11
1.1.3. Ellátási és szolgáltatási struktúra	12
1.1.3.1. Kategorizálás	12
1.1.3.2. Az ellátások	12
1.1.4. A minősítési rendszer	13
1.1.5. A rokkantak, a megváltozott munkaképességűek ellátórendszerének kapcsolata az egészségügyi ellátórendszerrel	15
1.1.6. Az ellátórendszer finanszírozása	15
1.1.7. Nyilvántartási, informatikai, monitoring rendszer	15
1.1.8. Ellenőrzési, szankcionálási rendszer	16
1.2. A foglalkozási rehabilitáció	16
1.2.1. Jogi szabályozás	16
1.2.2. A szakmai rehabilitáció és a foglalkoztatás helyzete	17
1.2.3. Az érdekeltségi rendszer	18
1.2.4. Intézményi háttér, finanszírozási rendszer	19
2. RÉSZ: AZ ELLÁTÓRENDSZER ÁTALAKÍTÁSÁNAK FŐ ELVEI	20
2.1. Az új ellátórendszer fő vonásai	20
3. RÉSZ: AZ ÉRINTETT KÖR, TÁRSADALMI RÉTEG	22
3.1. Fogalommeghatározások	22
4. RÉSZ: ELLÁTÁSOK	23
4.1. Ellátási kategóriák képzése	23
4.1.1. A korlátozott munkaképesség kategorizálására a következők javasolhatók	23
4.1.2. A rehabilitálhatók kategorizálására a következők javasolhatók	24
4.2. Az új ellátórendszer elemei	24
4.2.1. Társadalombiztosítási forrásból finanszírozott ellátások	24
4.2.2. A Munkaerő-piaci Alapból finanszírozott ellátások	27
4.2.2.1. Munkanélküli járadékra jogot szerzett rehabilitálható személyek ellátása	27
4.2.2.2. Munkanélküli járadékra jogot nem szerzett rehabilitálható személyek ellátása	28
4.2.2.3. Munkaerő-piaci ellátások finanszírozása	28
4.2.3. A szociális ellátórendszerből finanszírozott ellátások	28
4.2.4. Az ellátórendszer elemeinek összefoglalása	29
4.3. Az ellátórendszerre gyakorolt hatások összefoglalása	29
4.3.1. Társadalmi hatások	29
4.3.2. A társadalombiztosítási alapokra gyakorolt hatások	30
4.4. Az ellátások fedezete, járulékkalkuláció	30
4.5. Az egyes ellátórendszerek közötti átmenetek	31

5. RÉSZ: A MUNKAKÉPESSÉG MINŐSÍTÉSE	32
5.1. A minősítés eljárási rendje	33
5.2. A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatások szerepe a munkaképesség minősítésében	35
5.3. Az Országos Orvosszakértői Intézet eljárása a minősítésben	35
6. RÉSZ: AZ ORVOSI REHABILITÁCIÓ SZEREPE A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰEK ELLÁTÓRENDSZERÉBEN	37
7. RÉSZ: A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ CÉLJA, FELADATAI, FELTÉTELEI ÉS AZOK BIZTOSÍTÁSA	38
7.1. A foglalkozási rehabilitáció struktúrája	38
7.1.1. Munkahelyi rehabilitáció	38
7.1.2. Önrehabilitáció	39
7.1.3. Munkahellyel nem rendelkező, intézményes segítséget igénylő személyek rehabilitációja	39
7.1.4. A foglalkozási rehabilitáció finanszírozása és forrásai	41
8. RÉSZ: AZ INTÉZMÉNYRENDSZER ÁTALAKÍTÁSA, A FELADATOK ÁTRENDÉZÉSE, FELTÉTELEK	42
8.1. Az orvosszakértői hálózat korszerűsítése	42
8.2. Az orvosi rehabilitáció hálózatának fejlesztése	42
8.3. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok fejlesztése	44
8.3.1. A szerződések szakmai feltételei	44
8.4. A foglalkozási rehabilitáció megvalósításához szükséges feltételek	45
9. RÉSZ: AZ ÁTMENET SZABÁLYAI, ÜTEMEZÉSE	46
10. RÉSZ: AZ ELLÁTÓRENDSZER MŰKÖDTETÉSÉNEK TÁGABB FELTÉTELRENDSZERE	47
10.1. Önkormányzatok	47
10.2. Szakképzés	47
10.3. Életvitelt segítő támogatások, szolgáltatások	47
10.4. Érdekvédelmi szervezetek	48
10.5. Tudati, szemléleti fejlesztés	48
10.6. A balesetbiztosítási ágazat	48
10.6.1. Javaslatok a módosuló baleseti ellátórendszer alapelveire	52
10.6.2. Az Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott egészségbiztosítási ellátások feltételrendszere – javasolt eltérések az általános szabályrendszerhez képest	52
10.6.2.1. A balesetirokkantsági nyugdíjasok	53
10.6.2.2. Baleseti hozzátartozói nyugellátások	54
10.7. Családi, hozzátartozói juttatások	54

Bevezető

Az Országgyűlés 75/1997. (VII. 18.) OGY-határozata rendelkezik a megváltozott munkaképességű és rokkant személyek társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerének átalakításáról.

A kormány a szükséges munkálatok ütemezéseként elfogadta, hogy:

- a szakmai előkészítő munkát 1998. március 31-éig be kell fejezni;
- a szakmai és a társadalmi vitákat 1998. június 30-áig le kell folytatni;
- a szükséges törvényjavaslatokat 1998. II. felében az Országgyűlés elé kell terjeszteni.

A végrehajtás felelősei: a Népjóléti Minisztérium
a Munkaügyi Minisztérium
a Pénzügyminisztérium
az Igazságügyi Minisztérium

A rendszer átalakítására vonatkozó előkészítő munka támogatására a Miniszterelnöki Hivatal (MeH) Gazdasági Koordinációs Titkárságának (GKT) koordinálásában szakmai team alakult. A team az értékelemzés eljárását és módszerét alkalmazva tekintette át az elvégzendő feladatokat, elemezte és értékelte a jelenlegi szabályozás és gyakorlati alkalmazás jellemzőit, javaslatot tett az átalakítás legfontosabb területeire, és a megvalósítás módjára.

A fejlesztő munkában részt vevők köre:

A teamet Buzási János (MeH GKT, közigazgatási főtanácsadó, közgazda) vezette. A munkát módszertanilag Fodor Valéria (MeH GKT, értékelemző, közgazda, pszichológus) irányította. A munka koordinálásában részt vett dr. Magasi Ildikó (MeH GKT, kormányfőtanácsadó, jogász).

A teamet – az érintett minisztériumok kijelölt munkatársain kívül – a központi társadalombiztosítási igazgatási szervek (ONYF, OEP), az ÉT munkaadói, munkavállalói oldalának, továbbá a civil szervezeteknek (Down Egyesület, Lánc Szövetség Mozgáskorlátozottak Egyesületének Országos Szövetsége) a képviselői alkották.

A team munkáját mindvégig figyelemmel kísérte dr. Kakuszi István, a Népjóléti Minisztérium helyettes államtitkára.

A teamet a következő szakemberek alkották:

Dr. Kakuszi István	Népjóléti Minisztérium
Forgó Györgyné	Népjóléti Minisztérium
Dr. Kórodi Mária	Pénzügyminisztérium
Lechnerné Vadász Judit	Munkaügyi Minisztérium
Dr. Nagy Ferencné	Igazságügyi Minisztérium
Dr. Dabóczi Magda	Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság
Dr. Juhász Ferenc	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Rézmovits Ádám	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Dr. Nosztrai Judit	ÉT munkaadói oldal
Mihályi László	ÉT munkavállalói oldal
Csató Zsuzsa	Down Egyesület, Lánc Szövetség
Fekete Árpád	Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége
Fodor Valéria	Miniszterelnöki Hivatal
Dr. Magasi Ildikó	Miniszterelnöki Hivatal
Buzási János	Miniszterelnöki Hivatal

A teambe delegált és meghívott munkatársak döntő része folyamatosan és aktívan részt vett a munkában, véleményével, szakértésével hozzájárult a javaslat kimunkálásához.

A fejlesztő munka keretei:

A szakértő team 1997. december 20-án jött létre. A közös munkát 1998. január 13-án kezdte el és március 11-ig dolgozott munkaterv szerint. Öt alkalommal tartott teamülést, amelynek során összesen 11 munkanapot dolgozott közösen.

Már a munka kezdetén világos volt, hogy rendkívül kevés idő áll a team rendelkezésére, és ez menet közben tovább csökkent. Ezért egyrészt az anyag elkészülésében nagy jelentősége volt az aktívan részt vevők elismerésre méltó munkateljesítményének, másrészt a munkát megkönnyítette volna, ha az eredeti tervnek megfelelően, valamennyi teamtag mindvégig teljesen részt vett volna az együttműködésben.

A teammunka előkészítése során széles körből szereztünk be információkat, eddigi szakmai összefoglaló anyagokat, kormányzati és minisztériumi előterjesztéseket, nemzetközi tanulmányokat és jelentéseket. Már az előkészítés során találkozót tartottunk a fogyatékkal élő emberek egészségkárosodással élő emberek érdekvédelmi szervezeteinek képviselőivel, annak érdekében, hogy az általuk legfontosabbnak tartott problémákat, gondokat és igényeket megismerjük.

Témahatár:

A team a vizsgálat témahatárait a megváltozott munkaképességű és a rokkant személyek pénzügyi és természetbeni ellátásainak rendszerére, az érdekeltségek megteremtésére, a minősítés rendjére és a segítő szolgáltatásokra terjesztette ki.

Kapcsolódó, de témahatáron kívül esőnek minősítette a közoktatási feladatokkal, az önkormányzati foglalkoztatási kötelezettséggel, a fogyatékosokhoz kapcsolódó speciális ellátásokkal, a megelőzéssel és az önálló balesetbiztosítással összefüggő kérdésköröket.

Célkitűzés:

A team a maga számára azt a célt tűzte ki, hogy a jelenlegi rendszer átfogó vizsgálata alapján olyan komplex ellátórendszerre tegyen javaslatot, amely

- egyértelmű, átlátható;
- a rászorultak számára biztonságot és állapotuknak megfelelő ellátást, támogatást kínál;
- az átalakítás időszakában is stabilitást biztosít;
- a nemzetgazdaság teherbíró-képességét figyelembe veszi.

Elvégzett feladatok:

Az értékelemzés során megállapítottuk a témahatárokat, felkutattuk az ellátórendszerrel kapcsolatban igényt támasztókat, a jelenlegi intézményrendszer tagjait, résztvevőit, az ellátások fajtáit, a funkciót ellátókat, az abban részt vevőket (1. tábla).

A team által támogathatónak tartott igények alapján meghatároztuk:

- a rokkant és a megváltozott munkaképességű személyek ellátórendszerének átalakításával kapcsolatos funkciókat, továbbá
- a majdani társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerben elvégzendő feladatokat.

A team a szükségesnek ítélt funkciók megoldási irányára, módjára és feltételrendszerére vonatkozóan dolgozta ki javaslatát. A végső anyagban – tekintve, hogy képviselőik csak a munka elején vettek részt a teamüléseken – nem jelenhetett meg az Igazságügyi Minisztérium és a Pénzügyminisztérium véleménye.

A tervezett modellrendszer alapján tekintettük át a jelenlegi ellátórendszer működését.

A JELENLEGI ELLÁTÓRENDSZER

1.1. A rokkant, a megváltozott munkaképességű személyeket ellátó rendszer

1.1.1. Az ellátottak körének meghatározása, az e körbe történő besorolás alapvető szempontjai

A rokkantságinyugdíj-ellátásokat jelenleg a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény szabályozza.

A törvény értelmében rokkantsági nyugdíjra az jogosult, aki egészségromlás, vagy szellemi fogyatékoság következtében munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette és ebben az állapotában javulás egy évig nem várható, a szükséges szolgálati időt megszerezte és rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkánás előtti keresetnél. A rokkantsági nyugdíj mértéke a megrokkánás időpontjában betöltött életkortól, a nyugdíj megállapításáig szerzett szolgálati időtől és a rokkantsági foktól függ. A rokkantsági nyugdíj összege nem lehet kevesebb a havi átlagkereset 33–43%-nál.

Baleseti rokkantsági nyugdíj jár – szolgálati időtől függetlenül – a biztosítottaknak, ha munkaképesség-csökkenése üzemi baleset (foglalkozási betegség) miatt következett be. A baleseti rokkantsági nyugdíj összege magasabb: a havi átlagkereset 60–70%-a.

A baleseti ellátások sajátossága ugyancsak, hogy járadékot kapnak azok is, akiknek munkaképesség-csökkenése meghaladja a 15, de nem éri el a nyugdíjhoz szükséges 67%-ot.

Különböző jellegű szociális ellátást kaphatnak azok a személyek, akiknek munkaképesség-csökkenése rokkantsági nyugdíjra jogosítana, de megfelelő szolgálati idővel nem rendelkeznek:

- a 25. életévük betöltése előtt teljesen munkaképtelenné válók rokkantsági járadékot;
- a rokkantsági nyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel, és legalább 50%-os vagy annál nagyobb munkaképesség-csökkenéssel élők rendszeres szociális járadékot;
- az öregségi nyugdíjhoz szükséges szolgálati idő felével, és 50%-os munkaképesség-csökkenéssel élők, akik legfeljebb öt évvel fiatalabbak az irányadó öregséginyugdíj-korhatárnál átmeneti járadékot.

Az 1993. évi III. szociális törvényben szabályozott szociális juttatás mellett a megváltozott munkaképességűek részére számos egyéb szociális támogatás létezik (a vak emberek személyi járadéka, a cukorbeteg támogatása, ápolási pótlék stb.)

A megnövekedett igények következtében – annak ellenére, hogy az elutasítások aránya jelentősen nőtt – a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok száma igen magas: több mint 400 ezer aktív korú részesül rokkantsági nyugdíjban, 200 ezernél többen kapnak szociális, vagy egyéb járadékot.

1.1.2. Szabályozási alapelvek

A szabályozás elveiből adódóan az ellátórendszer a következő problémákat veti fel:

- a létbiztonságot csak pénzbeli eszközökkel támogatja, nem ad segítséget az ellátottak társadalmi visszailleszkedéséhez;
- bizonyos szintű – olykor indokolatlan – pénzbeli ellátásokra összpontosítva, nem a munkavállalásra ösztönöz, a probléma „társadalmi” kezelésére nem ad módot (ezért nem felel meg más, fejlettebb országok gyakorlatának);

- c) a rokkantsági kérdés kezelését döntő módon a társadalombiztosítás feladatává teszi. Ezáltal egyrészt indokolatlanul túlterhelt az egészségbiztosítási ág, másrészt diszfunkcionálissá vált a rendszer: az ellátottak köre olyan személyekkel bővült, akik az egészségkárosodás mellett (vagy meghatározó módon) szociális, vagy munkaerő-piaci hátrányokkal küzdenek; (A jogi szabályozást a 2. táblázat foglalja össze.)

1.1.3. Ellátási és szolgáltatási struktúra

1.1.3.1. KATEGORIZÁLÁS

A rokkantság fokának megfelelően a rokkantsági nyugdíjasok három csoportot alkotnak:

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

Az 50–67% közötti munkaképesség-vesztés esetén a munkaviszonyban állók megváltozott munkaképességéhez speciális járadékrendszer kapcsolódik.

A biztosítással nem rendelkező, 67%-os és azt meghaladó mértékben megváltozott munkaképességű ember, rászorultsága esetén szociális ellátásra jogosult.

A 40% munkaképesség-változással élő személy foglalkoztatása esetén munkaadói érdekeltségi rendszer működik.

1.1.3.2. AZ ELLÁTÁSOK

A pénzügyi támogatások bonyolult, szinte áttekinthetetlen rendszere évtizedek alatt alakult ki, és számos aránytalanságot, idejemúlt elemet tartalmaz.

Az ellátási rendszerben aránytalanul magas a pénzbeli (passzív) ellátások aránya (3–5. tábla).

A rokkantsági nyugdíjak szabályozása ellentmondásos. Az egészségi állapot alapján igazán rászorulóknak számára csak minimális létbiztonságot, más igénybevevők részére viszont indokolatlanul magas, a legális munkaerőpiac igénybevételeire nem ösztönző ellátást ad.

A 90-es évek elején a rokkantsági nyugdíj iránti igény csaknem megkétszereződött, s az igénylők nagy száma azóta is magas szinten stabilizálódott.

A természetbeni ellátások közül az orvosi rehabilitáció az általános egészségügyi ellátás keretein belül valósul meg.

A jelenlegi szabályozás szerint az ellátottak rendszeres, folyamatos orvosi rehabilitációja kiemelt módon nem része az ellátórendszernek. E felfogás következménye is, hogy nem fordítunk kellő figyelmet ezen intézményrendszer fejlesztésére és működtetésére. Mindezek eredményeképpen az ellátottak egészségi állapota romlik, stagnál, az ellátórendszerből való kikerülésük lehetősége kicsi.

A hazai betegeknek a társadalomba való visszailleszkedése rossz. Ennek egyik oka az orvosi rehabilitáció kedvezőtlen helyzete: pontatlanul körvonalazott célkitűzések, nem egyöntetűen alkalmazott módszerek, ambuláns rehabilitációs programok és a betegek célzott irányításának hiánya. A betegeknek elenyésző része kerül aktív rehabilitációs programba.

Más országok s a hazánkban jól működő rehabilitációs intézmények tapasztalatai viszont egyaránt arról tanúskodnak, hogy teljes értékű rehabilitációval a betegek nagy része visszavezethető a normális életbe, a munkába.

Jelenleg sajnos még a meglévő rehabilitációs lehetőségek sincsenek kihasználva, s az akut, illetve a krónikus kezelési szakasz után a rehabilitációra nem fordítanak figyelmet. Ennek tudható be például, hogy Magyarországon a szívbetegeknek csak 30%-a lesz munkaképes. Fejlettebb európai országokban 60-90% ez az arány. (A munkaerőpiac a rehabilitált beteggel szemben előítéletes, elutasító. Ennek hatása a rokkantságnyugdíj-kiadásokban, járulék- és adóvesztésben több milliárdos nagyságrendű.)

Gyakran hiányzik a rehabilitáció iránti igény a betegek részéről is. Rokkantsági nyugdíjba lehet kerülni anélkül is, hogy rehabilitációs programban részt vett volna az igénylő. A betegek nem motiváltak a munkába való visszatérésre, mivel a szűk munkaerőpiac korlátozott lehetőségeket kínál.

1.1.4. A minősítési rendszer

A minősítés rendszere a rokkanttá, megváltozott munkaképességűvé való minősítés

- intézményrendszerének
- eljárási rendjének
- szakmai irányelveinek

komplex egységet jelent.

A biztosítottak számára két lehetőség létezik a rokkantsági nyugellátás igénylésére:

1. A keresőképtelen állományban lévő biztosított esetén a keresőképtelenség 180. napján a kifizetőhely kezdeményezi a munkaképesség előzetes véleményezését. Az ún. előzetes véleményezés célja, hogy mind a beteg, mind munkahelye időben értesüljön munkaképessége várható alakulásáról, s időben meg tudják tenni a szükséges intézkedéseket mind a rehabilitáció, mind pedig a rokkantsági nyugdíj folyósíttatása szempontjából. A keresőképtelen állományban lévő „igénylő” esetén a megfelelő kivizsgálás és gyógykezelés lehetősége biztosított. A háziorvost segíti az előkészítő munkában a táppénz-ellenőrző főorvos. A 67%-os, és azt meghaladó munkaképesség-veszteség esetén a biztosított igénybe veheti a rokkantsági nyugdíjat. Az érdekeltek többsége kitölti a táppénzes idejét, és ezután veszi igénybe a rokkantsági nyugdíjat.
2. A biztosítottak számára állampolgári jog, hogy bármikor igényt nyújthatnak be a rokkantsági ellátás megállapítására. Így indulnak az ún. „saját jogon kezdeményezett” minősítések. A kérelmet a Nyugdíjbiztosítási Igazgatósághoz kell benyújtani. A nyugdíjbiztosító – miután felhívja a figyelmet arra, hogy az igénylőnek háziorvosától állapota igazolására beutalót kell kérnie – gondoskodik az illető orvosszakértői bizottsághoz történő behívásáról. A tapasztalat azt mutatja, hogy a „saját jogon” kezdeményezett igénylők gyakran kivizsgálatlanul, megfelelő gyógykezelés hiányában, egészségügyi dokumentáció nélkül kerülnek a véleményező bizottságok elé. A rosszul felszerelt, túlterhelt bizottságok a minősítés ilyen előkészítettsége mellett nem képesek az igénylő sorsát, s az ellátórendszer működését kedvezően befolyásoló, színvonalas véleményeket alkotni.

Az orvosszakértői véleményezés, minősítés harmadik formája az ellátásban részesülők felülvizsgálata. A felülvizsgálat, az újraminősítés célja elsősorban az ellátott egészségi állapotában, munkaképességében beállott változások és a rehabilitációs tevékenység értékelése. A felülvizsgálatra az ellátást megállapító határozat alapján, meghatározott idő elteltével kerül sor. Ezek az ún. „soros” felülvizsgálatok. Az ellátások átjárhatósága jelenleg e „soros” felülvizsgálatok alapján hozott határozatok által valósul meg.

Az orvosszakértői hálózat működését az 1/1967. (Eü.K.1.) EüM-utasítás szabályozta. Az azóta eltelt időszakban számos jogszabály-módosítás érintette az intézet munkáját. Jelenleg a szinte áttekinthetetlen, ellentmondásos, olykor hiányos jogi háttér kedvezőtlenül befolyásolja az intézet működését.

A munkaképesség véleményezése az orvosszakértői bizottságokban történik. A rossz feltételek között dolgozó, szakmailag sem mindig kompetens, kis létszámú bizottságoknak 20-30 perc leforgása alatt kell dönteniük a hiányosan kivizsgált igénylők sorsáról. A bizottság feladata a különböző szakvélemények összehangolt értékelése, az egészségkárosodás tényét, jellegét, fokát, a munkaképesség változását magába foglaló szakvélemény készítése.

A minősítésben – az orvosszakértői intézet túlzott munkaterhelése, esetenként létszámhiány miatt is – túl sok az esetlegesség, az igénylők részéről a jogos fellebbezés.

Az orvosszakértői hálózat mai formájában és terjedelmében lényegében 1967. óta működik. Az eltelt csaknem 30 év alatt a hálózat feladatai jelentősen kibővültek, a vizsgálatok száma megkétszereződött. Annak ellenére, hogy a rokkantság megállapításának feltételei szigorodtak – az elutasítottak aránya az 1976-os 35%-ról 51%-ra nőtt –, az utóbbi 5 évben évi 55-70 ezer új rokkantsági nyugdíjat ítéltek meg.

Az orvosszakértői hálózat jelenleg évente kb. 300 000 vizsgálatot végez. E vizsgálatok 2/3-a a társadalombiztosítási törvényből adódó kötelezettség, 1/3-a más szervezetek (települési önkormányzatok, MEOSZ stb.) számára végzett egyéb vizsgálat. A hálózat felszereltsége elavult. Az ügyvitel gépesítése nem történt meg, az informatikai hálózat kezdetleges.

Az orvosszakértői tevékenység presztízse alacsony. A köztisztviselői törvény korlátozásai és az alacsony jövedelmek mellett ez is hozzájárul ahhoz, hogy az állomány személyi összetétele kedvezőtlen. Sok a nyugdíjkorhatárban lévő szakember, akiknek – mivel már évekkel korábban kikerültek az orvosi gyakorlatból – a korszerű orvostudomány eszközeinek alkalmazhatóságáról kevés tapasztalatuk van.

A munkaképesség-veszteség véleményezése jelenleg az 1989-ben kiadott szakmai irányelvek alapján történik. Az orvostudomány haladása szükségessé teszi a szakmaikritérium-rendszer folyamatos korszerűsítését.

A minősítő rendszer szerves elemét képezik a jogorvoslati mechanizmusok. Eljárásrendileg minden rokkantsági nyugdíjat igénylő számára biztosított a jogorvoslat lehetősége.

Az általános államigazgatási szabályokból adódóan lehetőség van bírósági eljárás igénybevételére is. A bíróságok szakértői szervezete az igazságügyi orvosszakértői hálózat. Az igazságügyi orvosi szakértésnek nincs saját, szakmai fórumai által elfogadott, egységesen alkalmazott szakmai kritérium-rendszere a munkaképesség minősítésére. A hálózat szakemberei sokrétű, a munkaképesség megítélésétől gyakran lényegesen eltérő szakmai tevékenységet folytatnak. A munkaképesség megítélését elősegítő technikai, műszeres feltételekkel nem rendelkeznek. A tapasztalat, a feltételek, a szakmai vezérfonal hiánya is okozza a kívánatosnál gyakrabban előforduló jelentős különbségeket a munkaképesség-minősítésében az orvos- és az igazságügyi szakértők között.

A rokkantsági nyugdíjasok egy része az állapotának javulását elősegítő egészségügyi szolgáltatásokhoz nem jut hozzá, más részük nem veszi azokat igénybe, a szakszerű újrávéleményezéséhez szükséges dokumentumokkal nem rendelkezik. A megfelelő gyógykezelés hiánya és az elégtelen orvosi rehabilitáció következtében az orvosilag indokoltnál kevesebben kerülnek ki állapotjavulás miatt az ellátási rendszerből. Arányuk nem haladja meg a 12-15%-ot.

Sajátos csoportot képeznek a rokkantsági nyugdíjra nem jogosult, 50-67%-os mértékben megváltozott munkaképességű személyek. Az utóbbi évek során a véleményezésük során érvényesített enyhébb feltételek miatt számuk nagy, sok esetben a megállapítások szociális indítékkal terheltek.

A rendszeres szociális járadékosok és a III. csoportú rokkant személyek egy része megmaradt munkaképességét „önrehabilitáció” útján hasznosítja.

E kör foglalkoztatásáról, „önrehabilitációjáról” adatok nem állnak rendelkezésre, így az indokolatlan ellátások folyósítása nem szüntethető meg. E gyakorlatnak mind gazdasági (adó- és járulékkiesések), mind erkölcsi hatásai kedvezőtlenek. Mindezek – továbbá a véleményezésekkel, minősítésekkel kapcsolatban nyilvánosságra került anomáliák – hozzájárulnak a kérdés kedvezőtlen társadalmi megítéléséhez. Az egészségi állapothoz nem igazodó munkakörülmények az egészségi állapot további romlását idézik elő.

A foglalkoztatás atomizálódása, a nagyvállalati munkaszervezet lebontása, a foglalkozás-egészségügyi alapellátás finanszírozásának változása együttesen a munkahelyi megelőzés gyakorlati megszűnését eredményezték.

Az állásvesztés miatti félelem – összefüggésben a munkáltatónak a munkavállaló keresőképtelenségéhez kötődő tehernövekedésével – a betegség korai kezelésében való munkavállalói érdekeltséget is mérsékelte.

A megváltozott munkaképességűek körében jelentkező foglalkoztatási igények kielégíthetlensége alapvetően a munkaerőpiac átalakulásának következménye. Hozzájárul ehhez:

- a minősítési szemlélet és gyakorlat, amely csak a munkaképesség veszteséget mutatja ki;
- a foglalkozási rehabilitáció – a kedvezőtlen munkaerő-piaci helyzettel is szorosan összefüggő – intézményrendszerének gyakorlatilag teljes hiánya.

Az egyén konkrét munkavégző képességének egy adott munkakör követelményeihez, körülményeihez való megfelelését a foglalkozás-egészségügy hivatott elbírálni. A legutóbbi évek intézkedései, s a termelés struktúrájának átalakulása következtében a korábban kiépített foglalkozás-egészségügyi hálózat felbomlott. A hálózat újraépülése folyamatban van, működése ellentmondásokkal terhes.

A foglalkozás-egészségügyi alapellátás a munkáltatókhoz kötődik. A jogszabályok által a munkaadók számára előírt foglalkozás-egészségügyi ellátási kötelezettség formailag teljesül, tartalmilag még kívánnivalót hagy maga után. Ez a helyzet kedvezőtlenül befolyásolja a foglalkozás-egészségügyi alapellátásnak a foglalkoztatási rehabilitációban, a munkaképesség minősítésben betöltendő szerepét.

A szerveződés fázisában vannak a foglalkozás-egészségügyi szakellátóhelyek is (jelenleg 50 egységben).

1.1.5. A rokkant, a megváltozott munkaképességű személyek ellátórendszerének kapcsolata az egészségügyi ellátórendszerrel

A két ellátórendszer közötti kapcsolatot a következők jellemzik:

- az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a rokkant, a megváltozott munkaképességű személyek kivizsgálását és gyógykezelését;
- az egészségügyi ellátórendszer készíti elő szakmailag a minősítést;
- az orvosi minősítő szervezet bár önálló, de az egészségügyi ellátórendszer intézményeiben (az ún. háttérintézményekben) működik, igénybe véve annak szolgáltatásait;
- a megváltozott munkaképességű személyek természetbeni ellátásaihoz tartozó orvosi rehabilitációt az egészségügyi ellátórendszer valósítja meg.

Az egészségügyi ellátórendszer e feladatokat jelenleg is ellátja, de szabályozatlanul, a kötelezettségek, a felelősségek, a jogosítványok egyértelmű körülhatárolása nélkül, sokszor a megfelelő feltételek hiányában, sokszor pedig másodlagos tevékenységként. Emiatt a tevékenység hatékonysága alacsony.

Sajátos feladatot képez az egészségügyi ellátórendszer számára a megváltozott munkaképességű emberek orvosi rehabilitációja. Az orvosi rehabilitáció ez esetben a pénzbeni ellátásokkal és a foglalkoztatási rehabilitációval összefüggő egységes rendszert képez, meghatározza azok hatékonyságát.

A megváltozott munkaképességű emberek rehabilitációjában jelentős szerepet töltenek be a különböző gyógyászati segédeszközök. Az ezekre való jogosultság mértékének megállapításában az igénylő legális munkavállalása ma nem játszik szerepet.

1.1.6. Az ellátórendszer finanszírozása

A rokkantnyugdíj-rendszer, illetve annak finanszírozása a társadalombiztosítás egyik legneuralgikusabb területe. E rendszer kiadásai, a kieső járulékok mind arányaikban, mind pedig abszolút értékükben jelentős tételt képeznek. Az elbírálás és az ellenőrzés körül egyre inkább romlik a társadalmi közérzet. Mindezek alapján elemi érdek e kérdésnek az átalakult társadalmi-gazdasági viszonyoknak megfelelő rendezése.

A költségvetés számára is növekvő terhet jelentenek az egészségkárosodással összefüggő szociális ellátások.

Az ellátórendszer működéséhez a forrásokat jelenleg a társadalombiztosítási alapok, valamint a költségvetés szociális kasszája biztosítja. Ezen belül a kiadások jelentős része az Egészségbiztosítási Alapot terheli. A rokkantságin nyugdíj-rendszer korábban említett diszfunkcionális elemei is hozzájárulnak az alap rendszeres hiányához. Az alapon belül e kiadások kedvezőtlen és indokolatlan átrendeződést okoznak, s forrásokat vonnak el az egyébként is forráshiánnyal küszködő gyógyítókasszától. (Megjegyezzük, hogy a „teljes munkaképesség-veszteségűek” vonatkozásában (I-II. rokkantsági csoport) a forráscsere az Egészség- és Nyugdíjbiztosító között már megtörtént.)

A rokkantságin nyugdíj-kiadások összege rohamosan növekszik: az 1992. évi 36 milliárdról 1996-ban 79 milliárd, 1997-ben 98 milliárd forintra emelkedett. A különböző rokkantsági ellátásokra 1997-ben több mint 134 milliárd forintot fizettek ki.

A Népjóléti Minisztérium költségvetése szociális járadékokra 1997-ben 24 milliárd forintot tartalmazott.

A jelentős pénzbeli kiadások mellett az elmaradó adó- és járulékbévételek, valamint a kapcsolódó segély- és természetbeni ellátási jogosultságok teszik még jelentősebbé a rokkantság kérdésének gazdasági terheit.

1.1.7. Nyilvántartási, informatikai, monitoring rendszer

A minősítési-ellátási rendszer működtetésének alapfeltételei közé tartoznak az – adatvédelmi szabályok figyelembevételével – összehangolt nyilvántartások.

A sokféle ellátás különböző funkcióira (igénybejelentés, TAJ, eü.-dokumentáció, szakvélemények, jogosultság, határozatok, folyósítás, időszakos felülbírálat stb.) külön-külön léteznek nyilvántartások. A nyilvántartások között a gyakorlatban kapcsolat nincs, azok rendszerre nem szerveződnek. A nyilvántartások rendezetlensége, szétszórtsága, amellyel, hogy rontja a munka színvonalát, fölösleges terheket ró az igénylőkre és az ellátórendszerre egyaránt.

A nyugdíjasok egyéni járulékfizetésének megszüntetése óta nincs jogi lehetőség a rokkantsági nyugdíj melletti legális kereső tevékenység figyelemmel kísérésére, mivel megszűnt e munkavállalók bejelentési kötelezettsége.

A nyilvántartások iránt támasztott igény korszerű informatikai háttér nélkül nem valósítható meg.

Az orvosszakértői hálózatban informatikai támogatással még ügyvitelgépítési szinten sem rendelkeznek. Ha az egyes feladatok elvégzésére léteznek is informatikai eszközök, azok a többi rendszerektől elszigeteltek, közöttük átjárhatóság nincs.

A monitoringrendszerek stratégiai szerepük mellett operatív szereppel is bírnak: módot nyújtanak az általános vagy egyedi jelenségek célzott ellenőrzésére, a minőségbiztosítási követelmények megvalósítására. Jelenleg az ellátórendszerben a nyilvántartások szétszórtsága, az informatikai hálózat fejletlensége miatt monitorozás nem folyik. (Az OEP kidolgozta a keresőképtelenségi informatikai és monitoringrendszer koncepcióját, amelynek megvalósítását megkezdte.)

1.1.8. Ellenőrzési, szankcionálási rendszer

A rokkantsági ellátások egyes elkülönült elemei vonatkozásában működik csak ellenőrzés. Mindez azonban nem más, mint az önkorrekció mechanizmusa, kizárólag az adott feladatra vonatkozóan. A végrehajtásban részt vevők, az adatbázisok és a nyilvántartások széttagoltsága miatt nehéz az ellenőrzés (bizonyítják ezt a közelmúltban felderített visszaélések esetei).

Jelenleg a „szankcionálás” lehetőségeinek szabályozása átfogóan nem megoldott, az ellátottak illetve bizonyos értelemben a rendszer működtetői számára publikus szabályok hiányában bizonytalan a szabályszegés megítélése vagy elfogadása.

1.2. A foglalkozási rehabilitáció

1.2.1. Jogi szabályozás

A Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény (Alkotmány) rögzíti a munkához való jog, illetőleg a munkavállalók egyenlőségének elvét:

A Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény (továbbiakban: Mt) – összhangban az Alkotmány rendelkezéseivel – szintén tiltja a munkavállalók közti indokolatlan különbségtételt.

Az Mt. szerint azonban a munkavállalók meghatározott köréről – a munkaviszonnyal összefüggésben – azonos feltételek esetén előnyben részesítési kötelezettséget írhat elő.

A magyar jogrendszer a diszkrimináció tilalmát és a hátrányos helyzetűek többletjogosultságának lehetőségét kiterjeszti a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény (a továbbiakban Flt.) rendelkezései szerint.

Az általános elveken túl pozitív, a megváltozott munkaképességű munkavállalókat védő rendelkezések is vannak a munkajogban, illetve a foglalkoztatással kapcsolatos jogszabályokban.

Az Mt. szerint a munkáltató a munkaviszony alatt megváltozott munkaképességűvé vált munkavállalót köteles az állapotának megfelelő munkakörben tovább foglalkoztatni.

A foglalkozási rehabilitáció szabályozásában (1998. január 1-jétől, az Flt. módosítása keretében) megjelent egy korábban nem ismert elem: a megváltozott munkaképességű személy munkáltatójától független foglalkozási rehabilitációs intézményrendszer kialakítása.

A megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek foglalkozási rehabilitációjának irányítását az Flt. (1998. január 1-jétől) a munkaerő-piaci szervezet feladatává teszi. Egyidejűleg több területen kedvezőbb szabályokat állapít meg a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek munkaközvetítésének, foglalkoztatásának elősegítése terén.

A megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról a 8/1983. (VI. 21.) EüM—PM együttes rendelet rendelkezik. A nevezett munkavállalókra vonatkozóan az Mt-től részben eltérő szabályokat állapít meg. Definíálja a megváltozott munkaképességű dolgozók körét, a foglalkoztatásukkal kapcsolatos munkáltatói feladatokat és az érdekeltségi rendszert, az önkormányzati feladatokat, a rehabilitációs eljárást, az érintett munkavállalók munkajogi védelmét és szociális ellátását.

Az érintett munkavállalói kör számára speciális munkahely-teremtési támogatás rendszerét az Flt-ben szabályozott forrás, a Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs alaprésze biztosítja.

A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásával kapcsolatos jogszabályok betartásának ellenőrzését a munkaügyi ellenőrzésről szóló 1996. évi LXXV. törvény alapján a munkaügyi központok keretében működő megyei (fővárosi) munkabiztonsági és munkaügyi felügyelőségek végzik.

1.2.2. A szakmai rehabilitáció és a foglalkoztatás helyzete

Az 1989. előtt jellemzően állami tulajdonú nagyvállalatok a megváltozott munkaképességű munkavállalókat egyszerű betanított vagy segédmunkási, illetve egyszerű adminisztratív munkakörökben tovább foglalkoztatták. Erre az átlagbér-szabályozás gyakorlata ösztönzést is jelentett. Az állás elvesztése nem fenyegette az érintetteket, azonban érdemi, új egzisztencia teremtésére alkalmas rehabilitáció sem történt. Igény hiányában a foglalkozási rehabilitáció intézményi feltételei, módszertani háttere, finanszírozási bázisa sem alakultak ki.

A magyarországi gazdasági átalakulás mintegy 1,5 millió munkahely elvesztésével járt a foglalkoztatási szerkezet jelentős átalakulása mellett. A munkanélküliség elsőként és legnagyobb mértékben a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű munkavállalókat, köztük a megváltozott munkaképességű embereket érte el. Az 1989-es év után a rokkant, vagy az egészségkárosodott személyek alapvetően passzív ellátásra (szociális járadékra, illetve rokkantsági nyugdíjra) kényszerültek. A megváltozott munkaképességű munkavállalók tartósan kiszorultak a munkaerőpiacról.

Az inaktivitás drámai növekedését nem követte az intézmények rendszerszerű felülvizsgálata. Érdemi, a nyílt munkaerőpiacra is kiterjedő foglalkoztatási rehabilitációs intézményrendszer hiányában az állam növekvő szerepvállalásra kényszerül a passzív ellátás területén.

A foglalkozási rehabilitáció jelenlegi rendszere nem átfogó, nem öleli fel a rehabilitáció alanyának tekintendő teljes kört és a rehabilitációs tevékenység egészét, mert:

- csak a munkaviszonyban során szerzett egészségkárosodásra terjed ki, a más jogviszonyban állóra nem;
- az egészségkárosodás megállapítása csak olyan orvosszakértői, orvosi dokumentumokra támaszkodik, amelyekben nem kap megfelelő hangsúlyt a maradék munkaképesség vizsgálata, a minősítés nincs tekintettel az érintett foglalkozására, szakképzettségére, nem terjed ki arra, hogy a megfelelő rehabilitáció után az illető alkalmassá tehető-e majdan a normál körülmények között való foglalkoztatásra, vagy csak az úgynevezett védett körülmények között lesz foglalkoztatható;
- a munkáltatói érdekeltségi rendszer nincs tekintettel a foglalkoztatott személy állapotára, az ehhez kapcsolódó egyszeri, vagy folyamatos többletráfordításra;
- a szervezett foglalkozási rehabilitáció kiépítése 1998 januárjában megkezdődött, de csak a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek körében.

A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának szabályozása kvóta rendszer – támogatása elsősorban adórendszerbeli eszköz – segítségével történik. A kvóta mértéke az átlagos statisztikai létszám 5%-a. A kvóta foglalkoztatására a legalább 20 főt foglalkoztató valamennyi munkáltató kötelezett.

A támogatás ellenére a 30 ezer főt nem haladja meg a támogatott foglalkoztatott létszám, ebből a nyílt munkaerőpiacon támogatott foglalkoztatottak aránya kb. 25%.

A ténylegesen foglalkoztatott és a kvóta szerinti mérték létszámkülönbsége alapján az érintett munkáltatók 1998-ban évi 11 000 forint/fő rehabilitációs hozzájárulást kötelesek fizetni. 1999-től a nemzetgazdasági bruttó átlagkeresetet követő rehabilitációs hozzájárulást vezetnek be, ami elsősorban a munkahely teremtésére szolgáló források lassú bővülését eredményezi. A szolidaritás elemeként és szankcióként is felfogható hozzájárulási összeg érdemi rehabilitációra még mindig nem tekinthető ösztönzőnek.

A foglalkozási rehabilitáció többletterheinek kompenzálása érdekében, a kvóta felett foglalkoztatott megváltozott munkaképességű dolgozók létszáma alapján, a társasági törvény hatálya alá tartozó munkáltatók költségvetési dotációt igényelhetnek, amelynek mértéke a megváltozott munkaképességű személy részére kifizetett bér, de legfeljebb a minimálbér 45–150%-a, szociális foglalkoztatók esetében 50-150%-a. A megváltozott munkaképességű emberek eddigi foglalkoztatási adatai a nyílt

munkaerőpiacon a munkáltatói érdekeltség teljes hiányát tükrözik, ezért különös jelentőséggel bírnak a megváltozott munkaképességűeket jelentős arányban foglalkoztató védett munkahelyek. Ezek feladata a nyílt munkaerőpiacon nem alkalmazható, nem rehabilitálható megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása. A kifejezetten e célra létrehozott, vagy később azzá nyilvánított célszervezetek az általánostól eltérő normatív támogatásban részesülnek.

A fogyatékos személyek speciális foglalkoztatására hivatott célszervezetekben jelenleg egyaránt alkalmaznak – és egyforma módon támogatnak – olyanokat, akik a nyílt munkaerő-piaci körülmények között foglalkoztathatók és olyanokat, akik nyílt munkaerő-piaci körülmények között nem foglalkoztathatók. Jelenleg 47 célszervezet működik, 16 ezer foglalkoztatottal, közülük kb. 12 ezer a megváltozott – 6 ezer a súlyosan megváltozott – munkaképességű ember. E célszervezetek támogatásának költségei teszik ki a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására fordított összegek döntő részét. Ezeknek az összegeknek a szerepe a jelenlegi helyzetben hézagpótló, jelentőségük – a normál rehabilitációs foglalkoztatás csekély mértéke miatt – kényszerűen túlértékelt.

Önkormányzati tulajdonban is működnek megváltozott munkaképességű személyeket foglalkoztató nonprofit szervezetek, szociális foglalkoztatók (az országban mintegy 30). Szerepük nem kizárólag a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása, hanem a szociális szempontból arra rászoruló (idős személyek, ápolási díjon lévő személyek stb.) alkalmazása is. Az utóbbi években az önkormányzatok számos feladatuk mellett nem fordítanak elegendő figyelmet e foglalkoztatási formára. Többnyire hiányoznak az anyagi lehetőségeik is, ezért sok esetben e szervezeteik megszüntetésére törekcszenek, vagy a jól működő szociális foglalkoztatók – a nagyobb támogatás reményében – a célszervezeti körbe igyekeznek bejutni. Bizonytalanságukat fokozza, hogy a szociális foglalkoztatók működtetése nem önkormányzati alapfeladat, ezért csőd-, vagy csődközeli helyzetben a fenntartók leépítésükre kényszerülnek.

Az utóbbi években felerősödött az alternatív foglalkoztatás szerepe. A nonprofit (karitatív, alapítványi stb.) szervezetek – bár tevékenységük csak kis létszámot érint – kedvező eredményeket értek el a megváltozott munkaképességű személyek közvetítésében és foglalkoztatásában. E szervezetek helyzetében kedvező változást jelent a közhasznú szervezetekről szóló törvény által megteremtett közhasznú, vagy kiemelten közhasznú minősítés. Megteremti a lehetőségét annak, hogy bekapcsolódhassanak feladatátvállalás esetén a munkaügyi szervezetben folyó foglalkozási rehabilitációba, és ezért feladatfinanszírozásban részesüljenek. Segítségét jelenthet új rehabilitációs munkahelyek létrehozására a Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs alaprészének decentralizált keretéből, és az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány programjaiban nyerhető támogatás.

1.2.3. Az érdekeltségi rendszer

A jellemzően túlkínálatos, ma már 10% alatti, de jelentős területi eltéréseket mutató (4,5 és 19,3% közt szóródó, jellegében is eltérő) munkanélküliséggel küszködő munkaerőpiac jelenleg igen kevés esélyt ad az érdemi rehabilitációra. A foglalkozási rehabilitáció speciális intézményrendszere hiányzik.

A munkaerő-piaci szervezetben 1998-ban kiépülő rehabilitációs szolgáltatás a jelenleg egészségi állapota miatt tartósan munkanélküli, illetve speciális segítség nélkül azzá váló munkanélküli emberek helyzetén tud javítani. A rehabilitáció iránt ennél szélesebb körben nyilvánul meg társadalmi elvárás, de ennek – a jelenlegi személyi, tárgyi és finanszírozási feltételek között – az intézményrendszer megfelelni nem tud.

A Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs alaprészében 1998-ban – minden eddiginél több – 1 milliárd forint áll rendelkezésre a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásának bővítésére, illetve a munkahelyek megőrzésére. Ezt az összeget pályázat keretében decentralizáltan, a megyei munkaügyi központok ítélik oda visszatérítendő, illetve vissza nem térítendő támogatásként.

A pályázati rendszer nem illeszthető a munkahelyen folyó rehabilitációhoz feltétlenül szükséges munkahely-átalakítási (adaptációs) költségek tervezhetetlenül jelentkező igényéhez.

A korlátlanul terhelhető munkavállaló iránti munkáltatói igény és szemlélet erősen diszkriminatív gyakorlatot szül, a nyílt munkaerőpiacon alig van munkahely-kínálat a megváltozott munkaképességű embereknek.

A munkáltatók ugyan kötelezettek a náluk megváltozott munkaképességű munkavállalók egészségi állapotának megfelelő további foglalkoztatására, de a jellemzően kis-, és közepes méretű vállal-

kozások homogén foglalkoztatási szerkezete miatt erre többnyire nincs lehetőség. Ez felmentést ad a 8/1983. EüM—PM együttes rendeletben foglalt felmondási tilalom alól.

1.2.4. Intézményi háttér, finanszírozási rendszer

A foglalkozási rehabilitáció jelenlegi törvényi szabályozása a Munkaügyi Minisztérium és a munkaügyi központok általános felelősségét fogalmazza meg a foglalkozási rehabilitáció működtetésében. Ez azt jelenti, hogy korábbi jogviszonyától, munkanélküli biztosításától, jelenlegi státusától függetlenül minden érintett rehabilitációját meg kellene kísérelni.

Ezért a foglalkozási rehabilitáció állampolgári jogon való biztosítása olyan állami feladatként fogalmazható meg, amelynek szakmai feladatait a munkaerő-piaci szervezet látja el, a biztosítási jogosultsággal rendelkezők számára passzív ellátást folyósít, de a feladat ellátásához folyamatos költségvetési támogatásra van szükség.

E munka feltételeinek minősítése közelítően az 1997-ben lefolytatott megyei kísérletek alapján határozható meg:

- a foglalkozási rehabilitációt szakmai koordináló megyei rehabilitációs csoport létszáma független a megyében rehabilitációra szoruló emberek létszámától;
- az egyes megyék a tanácsadási feladat ellátására a jelenlegi kiépítettségükben nem képesek;
- a kirendeltségi közvetítői és tanácsadói létszám – tekintettel arra, hogy az egy rehabilitációs esetre fordítandó idő mintegy négyszerese az egy átlagos munkanélküli személyre fordítható időének – egyetlen kirendeltségen sem elegendő;
- a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásához emelt szintű támogatások és elsősorban aktív eszközök szükségesek, ezért a rehabilitáció az aktív eszközök iránti igényt jelentősen – egyes eszközök esetében többszörösre – megemeli;
- a szolgáltatások igénybevétele az intézményhálózat építészeti adottságai miatt súlyosabb egészségkárosodás, fogyatékosság esetén nem biztosított.

A Munkaerő-piaci Alap a foglalkozási rehabilitáció kiépítéséhez, a nem biztosítottak rehabilitációjához állami hozzájárulást nem kapott, csekély mértékben igénybe vehette az alap zárolt szufficitjét.

Ezzel szemben a munkáltatói érdekeltség dotációs elemének fedezetét (7 milliárd forintot) 1998-ban a Munkaerő-piaci Alap köteles a költségvetésnek megtéríteni. (Tehát az európai, japán stb. gyakorlattal szemben az állami költségvetés nem vesz részt a rehabilitáció kiépítésében, hanem az erre alkalmas források egy részét jogszabályban állami feladatként definiált célra elvonja.)

A munkanélküli-biztosítás forrásai (a munkaadói és a munkavállalói járulék) az intézményrendszer kiépítésére és működtetésére elégtelenek. A biztosításon kívüli nagy létszámú rehabilitációs alany kiemelt aktív támogatása ebben a konstrukcióban a munkanélküliség mérséklésének érdemi akadályává válhat.

Figyelembe kell azt is venni, hogy az ÉT 1997. április 29-i megállapodása szerint az ellátórendszer átalakításával járó költségek közvetlen munkáltatóiteher-emelkedést nem eredményezhetnek.

A foglalkozási rehabilitáció finanszírozásában – szemben sok európai ország gyakorlatával – az ellátások leépítésében érdekelt Egészségbiztosítási Alap sem vesz részt.

A jelenlegi helyzet bemutatása alapján belátható, hogy a nyugdíj- és egészségbiztosítás terheinek mérséklése csak az aktivitást elősegítő intézmények és szolgáltatások kiépítésével érhető el. Ez nemcsak a nyugdíj-, és az egészségbiztosító, hanem az egész társadalom érdeke.

AZ ELLÁTÓRENDSZER ÁTALAKÍTÁSÁNAK FŐ ELVEI

A megváltozott munkaképességű emberek ellátórendszere korszerűsítésének célja a jelenlegi problémák kiküszöbölése, a valós társadalmi (egészségi, munkaerő-piaci, szociális) kockázatokhoz igazodó teherviselés és az ellátáshoz szükséges eszközökkel rendelkező megoldás kialakítása. Ennek megfelelően:

- minden rászoruló kapja meg a létbiztonsága megteremtéséhez szükséges ellátást;
- a társadalombiztosítási rendszerbe csak azok kerüljenek, akiknél az egészségi állapot romlása alapozza meg a rokkantsági ellátás iránti igényt;
- a munkaerő-piaci problémák kezelése foglalkoztatáspolitikai eszközökkel történjék;
- a megélhetés biztosításának társadalmi szintű terheit a társadalom megfelelő területei viseljék.

A szabályozás történjen összhangban a nemzetközi gyakorlattal, biztosítson rugalmas illeszkedést az Európai Unióban működő ellátási rendszerhez. A rendszer legyen stabil és hosszú távon kiszámítható mind az ellátók, mind az ellátottak számára egyaránt. A változó gazdasági, munkaerő-piaci feltételek ugyanakkor azt is igénylik, hogy a szabályozás, az ellátórendszer egyes elemei, időben akár eltolva is, ütemezhetőek, fokozatosan megvalósíthatóak legyenek.

Az új ellátórendszer hatékonyságának megítélése során a gazdasági és a pénzügyi szempontok mellett megfelelő súllyal érvényesíteni kell a társadalmi gondoskodás értékrendjét, többek között a hátrányos helyzetek „pozitív diszkrimináció” útján történő kezelésének elvét.

2.1. Az új ellátórendszer fő vonásai

1. A pénzbeli ellátások finanszírozását többszörösítéssé célszerű tenni: a társadalombiztosítás mellett részt venne abban a Munkaerő-piaci Alap, valamint az eddigiekhez képest más formákban a szociális költségvetés is. A társadalombiztosítás két ága az egészségi állapot romlásából adódó munkaképesség-vesztés miatti jövedelemcsökkenést kompenzálva jelentősen az alapellátást.

Mivel a megmaradt munkaképesség hasznosítása foglalkozáspolitikai feladat, ezért a foglalkozási rehabilitáció aktív fázisában a Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs szolgáltatást, meghatározott esetekben kiegészítő ellátást kínál.

A szociális támogatás vonatkozásában a szociális törvény szabályai az irányadóak. A megfelelő szolgálati idővel nem rendelkező, de a munkaképesség-korlátozottság foka alapján társadalombiztosítási ellátásra szoruló, valamint a számottevő korlátozottsággal élők számára új típusú, sajátos feltételekkel elérhető (rászorultság) szociális ellátási formát kell kialakítani.

2. A pénzbeli ellátások mellett növekedne a komplex rehabilitációs ellátások súlya. Az alapellátás – s nem kiegészítő, vagy társuló ellátás formájában – minden ellátott számára orvosi rehabilitációt, a jelentős megmaradt munkaképességgel rendelkezők számára foglalkoztatási rehabilitációt szolgáltatna. Az orvosi rehabilitáció az ellátások kötelező elemévé válna. Ez a követelmény az orvosi minősítést megelőző és az ellátási időszakokra egyaránt vonatkozik. A rokkantság, a megváltozott munkaképesség, s a fogyatékoság egymással szorosan összefüggő jelenségek. Kezelésük egymásra épülő, egymást kiegészítő, összehangolt intézményrendszerrel, támogatási forrással, új szemlélettel oldható meg, olyannal, amely a passzív, segélyre szoruló, kiszolgáltatott ember helyébe az aktív, önálló, munkájával a társadalomba integrálódó személyt helyezi.

A hasonló feladatok, a célok azonossága – minősítés, véleményezés, orvosi rehabilitáció, foglalkoztatás, egymást feltételező pénzellátások stb. – indokolják, hogy a fogyatékossgal és a rokkantsággal kapcsolatos szabályozás összhangba kerüljön, és egymást kiegészítve működjön.

A jogi szabályozás legyen egyértelmű. A követelmények, az eljárási rend nyerjenek jogszabályi megfogalmazást, s legyenek nyilvánosak.

AZ ÉRINTETT KÖR, TÁRSADALMI RÉTEG

Az ellátórendszer átalakítása a hozzátartozókkal együtt mintegy 2 millió embert érint valamilyen mértékben.

Rokkantsági nyugdíjat évente mintegy 100-120 ezer ember igényel. Az igénylők egy része teljes munkaképességét elvesztett rokkant, más részük korlátozott munkaképességű, bizonyos mértékű megmaradt munkaképességgel rendelkező személy.

A rehabilitációs igény a rehabilitálhatónak ítélték többségénél vélelmezhető, ezért évente mintegy 60 ezer olyan emberrel kell számolni, aki feltehetően igénybe fogja venni a foglalkozási rehabilitáció szolgáltatásait.

A jelenleg ellátásban részesülők több mint 90%-a 50–99% közötti mértékben megváltozott munkaképességű személy. Tapasztalatok szerint a szervezett munkavállalásra való hajlandóságuk általában gyenge. Ennek mértékéről nincsenek megbízható adatok, mivel az ellátás melletti legális munkavégzésről sincs egyéni nyilvántartás, a be nem jelentett foglalkoztatás aránya e körben pedig csak vélelmezhető.

A rokkant emberek létszáma, aránya területileg eltérő, nagy mértékben függ a régió gazdasági helyzetétől. Ez részben azt jelenti, hogy a jó gazdaságú megyékben kisebb volt a kényszer a passzív ellátásba menekülésre, másrészt e régiók gazdasági szerkezete kevésbé „termelte” a megváltozott munkaképességű munkavállalókat.

A foglalkoztatás növekedése minden makrogazdasági prognózis szerint elmarad a GDP növekedésétől, ezért az ellátórendszer átalakítása megfelelő foglalkozási rehabilitációval párosulva csupán esélyegyenlőséget teremthet a megváltozott munkaképességű embernek. Ez az ezredforduló utáni évekig a munkanélküliség emelkedését eredményezheti.

3.1. Fogalommeghatározások

Az átalakítással összefüggésben javasolt fogalmak a WHO fogalmaira épülnek.

Egészségkárosodás: időszakos vagy állandó anatómiai, élettani vagy pszichikai veszteség vagy rendellenesség.

Fogyatékoság: az ember szenzoros, motoros vagy mentális funkcióihoz szükséges képességek súlyos vagy tartós zavara.

Rokkantság: az egyén kora, neme és társadalmi szerepe szerint elvárható munkavégzési tevékenységének tartós akadályozottsága.

Megváltozott munkaképesség: olyan fogyatékoság, valamint olyan egészségkárosodás, amely csökkenti az érintett személy munkavállalási, illetve munkahely -megtartási esélyét.

ELLÁTÁSOK

4.1. Ellátási kategóriák

A rokkant, megváltozott munkaképességű emberek körét a munkaképesség korlátozottsága, valamint a rehabilitálhatóság szempontjából lehet csoportosítani. A munkaképesség-korlátozottság, valamint a rehabilitálhatóság együttes figyelembevételével alakíthatók ki az ellátási kategóriák, amelyek meghatározott ellátásokra jogosítanak.

Rehabilitálhatónak kell tekinteni azt a személyt, akinek az egészségi állapota szempontjából konkrét élethelyzetében (életkor, szakképzettség, iskolai végzettség, munkatapasztalat) érdemi esélye van a munkaerőpiacon való jövedelemszerzésre.

A megváltozott munkaképességű emberek ellátórendszerének körébe tartoznak azok a személyek, akiknek az egészségkárosodás miatt bekövetkezett teljes, súlyos, vagy jelentős munkaképesség-korlátozottságuk miatt csökkent a jövedelemszerző képességük, s akik a foglalkoztatás szempontjából nem, vagy csak aktív, társadalmi támogatással rehabilitálhatók.

A tapasztalat azt mutatja, hogy a munkaképesség korlátozottsága elsősorban minőségi mutatókkal jellemezhető, a veszteségek számszerű összegzése nem tükrözi a maga komplexitásában a munkavégző-képességben beállott változásokat. A %-os kifejezés helyett célszerűbb a minősítési csoportok kialakítása.

A munkaképesség elveszett és megmaradt elemei, a rehabilitálhatóság az új szemlélet szerint csak egységesen, egymást feltételezve és kiegészítve értelmezhetők. A munkaképesség minősítése során értékelendők azok a testi és szellemi képességek és fogyatékoságok, amelyek bizonyos tevékenységek végzését lehetővé teszik, vagy kizárják.

4.1.1. A korlátozott munkaképesség kategorizálására a következők javasolhatók:

- a) Teljes munkaképesség-vesztés esetén a rokkant személy olyan súlyos testi, vagy szellemi egészségkárosodást szenvedett, ami őt munkavégzésre teljes mértékben és/vagy életvitelszerűen alkalmatlanná teszi. (Életvitelszerű munkavégzésnek azt tekinthető, ha valaki rendszeresen, legalább 4 órás részmunkaidőben munkát tud végezni, akár úgy, hogy folyamatosan eljár a munkahelyre, akár úgy, hogy lakásán dolgozik.)

Ebben az állapotában a biztosított semmilyen keresőtevékenységet nem tud folytatni, munkaképtelen. Ilyen állapotot tudnak előidézni előrehaladott, visszafordíthatatlanul súlyos betegségek, súlyos érzékszervi zavarok (például vakság), súlyos mentális fogyatékoság, neurológiai betegségek, bénulások, jelentős mozgáskoordinációs zavarok, a teljesítőképességet folyamatosan és nagymértékben csökkentő légzési-keringési betegségek, valamint olyan fogyatékoságok vagy betegségek, amelyek az illető személy környezetének egészségét veszélyeztetnék. A teljes munkaképesség-vesztés természetesen más állapotokban is megállapítható, s ezekre a munkaképesség-minősítés szakmai irányelveinek fel kell hívniuk a figyelmet.

A munkaképességét teljesen elvesztett egyén az általánosan elvárható erőfeszítésekkel nem rehabilitálható.

Munkavégzése terápiás foglalkoztatás formájában, vagy különleges egyéni erőfeszítések árán valósítható csak meg.

- b) Súlyos a munkaképesség korlátozottsága, ha a biztosított személy a munkavégzéshez szükséges képességeinek nagy részét elveszítette, foglalkoztatása csak korlátozott számú munkakörben, átképzéssel, csökkent kereseti lehetőséggel valósítható meg.

- c) Jelentős a munkaképesség korlátozottsága, amikor a biztosított a munkavégzéshez szükséges képességei jelentős (2/3-ot meghaladó) részét elvesztette, de az orvosi és a foglalkozási rehabilitáció esélyei általában kedvezőek, és a rehabilitáció után az illető munkavégző képességének helyreállása várható.
- d) Számottevő a munkaképesség felét meghaladó korlátozottság, amikor a foglalkoztathatóság egyéni és a munkahely államilag ösztönzött erőfeszítéseivel, bizonyos esetekben aktív intézményes foglalkozási rehabilitációs intézkedésekkel megoldható.
- e) Közepes fokú a munkaképesség-korlátozottság a képességek több, mint 2/5-ének elvesztése esetén, amikor a foglalkoztathatóság egyéni, s államilag ösztönzött munkaadói erőfeszítésekkel biztosítható.
- f) A munkaképesség korlátozottságának további bontására (kis fokú, csekély) a foglalkozási rehabilitáció egyéb feladatai miatt, valamint a baleseti ellátások működtetése szempontjából van szükség.

4.1.2. A rehabilitálható emberek kategorizálására a következők javasolhatók:

- a) Teljes munkaképesség-veszteség esetén az egyén nem rehabilitálható, foglalkoztatása csak különleges feltételekkel, vagy terápiás munka formájában történhet.
- b) A nehezen rehabilitálható egyén rehabilitációja csak a munkakörök viszonylag szűk körében, jelentős egyéni erőfeszítéssel és aránylag nagy társadalmi ráfordítással valósítható meg. Bizonyos életkor felett a súlyos munkaképesség-korlátozottságú egyének a rehabilitálhatóság elvi lehetősége mellett gyakorlati szempontból nem rehabilitálandók.
- c) A rehabilitálható személyek egy része jelentős jövedelemveszteség nélkül, önerőből, vagy jelenlegi munkahelye támogatásával nem tud elhelyezkedni a munkaerőpiacon. Ez a csoport aktív rehabilitációs támogatást és munkáltatói ösztönzést igényel.

A munkaképesség-korlátozottság és a rehabilitálhatóság szempontrendszerének figyelembevételével három ellátási kategória kialakítása célszerű.

A károsodott személy egészségi állapota lehet végleges, tartós vagy átmeneti. Ennek megfelelően kell kialakítani az ellátási időtartamokat. Meghatározásuk alapvető szempontja az egészségi állapotromlás visszafordíthatósága, a rehabilitációs intézkedések várható eredményessége. Ezek hiányában az ellátásokat véglegesen vagy tartósan célszerű megítélni.

4.2. Az új ellátórendszer elemei

4.2.1. Társadalombiztosítási forrásból finanszírozott ellátások

1. A rokkantsági nyugdíjas emberek kategóriájába tartoznának a munkaképességüket teljesen elvesztett, nem rehabilitálható személyek. Ide kell sorolni azokat a súlyosan munkaképesség-korlátozott igénylőket is, akiknek a foglalkozási rehabilitációja nem megvalósítható.

Az e kategóriába tartozók szolgálati idejük és keresetük alapján meghatározott rokkantsági nyugdíjat kapnának. Ezt a pénzellátást a fogyatékos személyek esetében az esélyegyenlőségről szóló törvényben meghatározott ún. fogyatékosági járadék egészítené ki.

A munkaképességét teljesen elvesztett rokkantsági nyugdíjas személy az általában elvárható erőfeszítésekkel nem rehabilitálható. Terápiás foglalkoztatása a pénzbeli ellátás megváltoztatása nélkül megengedett.

Ha speciális élethelyzet és különleges erőfeszítések árán a foglalkozási rehabilitációja mindezek ellenére tartós munkajövedelmet realizál – és ennek mértéke egy, törvényben meghatározott szintet meghalad – akkor két megoldás kínálkozik:

- a) keresőtevékenysége mellett változatlanul továbbra is kapja a számára megítélt rokkantsági nyugellátást;

- b) saját kérésére, vagy a rehabilitációs szervezet kezdeményezésére átkerül az egészségkárosodási járadékosok csoportjába.

Az öregségnyugdíj-korhatár elérését követően az ellátott személy

a) öregségi nyugdíj formájában, vagy

b) továbbra is rokkantsági nyugdíj formájában az eddig folyósított nyugdíját kapná.

A rokkantsági nyugdíjat a Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság állapítja meg, s a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság folyósítja.

A rokkantsági nyugdíjat véglegesen, vagy tartós időre (5 évre) állapítanak meg. Az 5 évenkénti felülvizsgálat ez esetben nem elsősorban a munkaképesség-változást, hanem inkább az orvosi rehabilitációs tevékenységet hivatott értékelni, mivel az az egészségügy számára ellátási kötelezettségként jelentkezik.

A rokkantsági nyugellátás összegét az öregségi nyugellátás kiszámítására vonatkozó szabályok figyelembevételével állapítanak meg. A szolgálati idő figyelembevételére az alábbi alternatívák kínálóznak:

- a jelenlegi módszernek megfelelően, egyes életkori csoportokra vonatkozóan külön-külön mértékskála alkalmazása;
- az öregségnyugdíj-korhatár eléréséig tartó időszakra fiktív szolgálati idő beszámítása annak megfelelően, hogy a megrokkanas előtti életszakaszban a biztosított személy a maximálisan megszerezhető szolgálati időnek valójában mekkora részét szerezte meg. Ebben az esetben az öregségnyugdíj-skálát lehet használni.

2. Az egészségkárosodási járadékos személyek kategóriájába tartoznának a súlyos munkaképesség-korlátozottságú, nehezen rehabilitálható, valamint a munkaképességüket jelentős mértékben elvesztett, és nehezen rehabilitálhatónak minősített személyek. Egészségkárosodási járadékban részesülhetnek azok súlyos munkaképesség-korlátozottsággal élő biztosítottak is, akik már nem kapják tovább a részükre megállapított rehabilitációs járadékot.

Az egészségkárosodási járadékban részesülő személyek a fentiek alapján meghatározott rokkantsági nyugdíj 80%-át kapják járadék formájában. Az ellátás forrása az Egészségbiztosítási Alap.

Az ellátásban részesülők számára a járadék mellett az orvosi rehabilitáció biztosított, és az ellátott személy kérésének megfelelően a foglalkozási rehabilitáció is igénybe vehető.

Az egészségkárosodási járadékot tartósan (max. 5 évre) lehet megállapítani, indokolt esetben a megállapítás ezen időszak lejárta után megismételhető. Ha az ellátási időtartam lejárta közben nem történik állapotjavulás, akkor a folyósítási időszak lejárta után rokkantsági nyugellátás állapítható meg.

Az ismételt minősítések során az orvosi rehabilitáció eredményességének megítélése mellett értékelendő a munkaképesség-korlátozottság változása is.

Az egészségkárosodási járadékra szóló jogosultság megszűnik, ha:

- a munkaképesség-változás már nem éri el a súlyos mértéket, vagy ha az illető rehabilitálhatónak minősült;
- a munkaképesség-változás eléri a teljes mértéket, vagy az egészségi állapot úgy romlik, hogy az ellátásban részesülő személy már elvileg sem rehabilitálható (állapota alapján „nem rehabilitálható”);
- az ellátásban részesülő személy állapota ismételt felülvizsgálat lejárta után sem javult;
- az illető eléri az öregségnyugdíj-korhatárt;
- az ellátásban részesülő személy a minősítő bizottság előírásait önhibájából nem teljesíti.

A járadékellátás mellett folytatott keresőtevékenység szabályozásával kapcsolatban mind elvi, mind gyakorlati viszonylatban megoszlanak a vélemények:

- a járadék mellett elérhető kereset korlátozása ellentmond a munkavégzésre való ösztönzés elvének – már elvi szempontból is elvetendő;
- tartós keresőtevékenység esetén a szabályozás lehetséges alternatívái:
 - a) ha a keresettel szerzett jövedelem eléri az adott foglalkozásban elérhető átlagkereset-szintet, akkor az ellátás szüneteltetése;

- b) ha a kereset nem éri el az átlagkereset szintjét, akkor a járadék az átlagkereset szintjéig kiegészítheti a jövedelmet;
- c) sem járadék, sem kereset nem korlátozott.

Az ellátás szüneteltetése, illetve csökkentése elvileg megfelel a munkavégzésre való ösztönzés elvének, gyakorlatilag azonban a nyilvántartás, az ellenőrzés nehézségei miatt nehezen megvalósítható.

Az öregségnyugdíj-korhatár elérése után az egészségkárosodási járadékos a járadéka megállapításához figyelembe vett rokkantsági nyugdíjnak megfelelő ellátást kapja

a) öregségi nyugdíj vagy

b) korhatár feletti rokkantsági nyugdíj formájában.

A nyugellátás megállapításakor figyelembe kell venni a járadékellátás folyósítása közben megszerzett szolgálati időt is.

Az egészségkárosodási járadékra vonatkozó egyéb szabályok:

- az ellátás összegét a nyugellátások emelésére vonatkozó szabálynak megfelelően kell emelni;
- az egészségkárosodási járadékra jogosult személy aktív rehabilitációs ellátásra való jogosultságát a foglalkoztatási törvény szabályozza;
- az egészségkárosodási járadék folyósítási időtartama az öregségi és a rokkantsági nyugellátásra való jogosultság szempontjából szolgálati időt jelent, az ellátás miatt azonban – a társadalombiztosítási ellátásokra épülő járulékfizetési szabályokkal összhangban – járulékot nem kellene fizetni.

3. A jelentős és a súlyos munkaképesség-korlátozottságú, várhatóan eredményesen rehabilitálható egyének rehabilitációs járadékot kapnának a számukra megállapítható rokkantsági nyugdíj 60%-ának megfelelő összegben.

A rehabilitációs járadék az átmeneti (2 évre szóló) társadalombiztosítási ellátások közé tartozik, forrása az Egészségbiztosítási Alap. Indokolt esetben az ellátás újabb 2 éves időtartamra ismételt megállapítható.

A rehabilitációs járadékos emberek esetében az alapvető cél: komplex rehabilitációs intézkedések útján elősegíteni a biztosított személy társadalmi integrációját, és visszavezetni őt a munka világába. Az orvosi rehabilitáció mellett ezt szolgálja a foglalkozási rehabilitáció intézmény- és eszközrendszere.

A Munkaerő-piaci Alap által finanszírozott aktív eszközök (foglalkozási menedzselés, munkaközvetítés, átképzés stb.) mellett az ellátott a Munkaerő-piaci Alapból rehabilitációs járadék-kiegészítésben, átképzési támogatásban részesülhet.

A határozatban megjelölt folyósítási idő letelte után az ellátott személyek helyzetét újra véleményeznék. Az ellátott, a kezelőorvos, vagy a rehabilitációs szervek kezdeményezésére a felülvizsgálatra a megjelölt határidőnél korábban is sor kerülhet.

Az újrávéleményezés során ismét minősítenék az ellátott személy egészségi állapotát, munkaképességét. Az újrávéleményező bizottság egyúttal értékeli az ellátott számára nyújtott orvosi és foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokat, azok sikerét, a rehabilitáció eredményességét.

A rehabilitációs járadékra való jogosultság megszűnik ha

- az ellátásban részesülő személy munkaképesség-változása, rehabilitálhatósága, vagy életkora alapján
 - egészségkárosodási járadékra,
 - rokkantsági nyugellátásra, vagy
 - öregségi nyugellátásra
 szerez jogosultságot;
- az előírt rehabilitációs eljárás teljes sikerrel fejeződik be;
- a megállapított időtartam véget ér, és az ellátásban részesülő személy állapota nem változik;
- az ellátásban részesülő személy a minősítő bizottság előírásait önhibájából nem teljesíti.

A rehabilitációs járadék folyósítását az ellátás mellett megszerzett jövedelem nem befolyásolja.

A rehabilitációs járadékra vonatkozó egyéb szabályok:

- a) Az ellátás összege az első folyósítási időszakban nem nő, az esetleges ismételt megállapításkor az első megállapítás óta végrehajtott nyugdíjemelések mértékének megfelelően emelkedik, vagy
- b) az ellátás összege a folyósítás ideje alatti nyugdíjemelések mértékével emelkedik.
- A rehabilitációs járadék folyósítási időtartama az öregségi és a rokkantsági nyugellátásra jogosultság szempontjából szolgálati időt jelent. A társadalombiztosítási ellátások miatti járulékfizetési szabályokkal összhangban azonban az ellátás miatt járulékot nem kellene fizetni.
- A rehabilitációs járadékra jogosult személy aktív és passzív rehabilitációs ellátásra szóló jogosultságát a foglalkoztatási törvény szabályozza.
- A jelentős munkaképesség-változás kategóriájának alsó határa a munkaképesség-változás jelenlegi 67%-os mértékének felel meg.

A jelentősnél kisebb mértékben megváltozott munkaképességűek a társadalombiztosítástól tartós vagy átmeneti pénzbeli ellátásban csak üzemi balesetből eredő munkaképesség-változás esetén részesülhetnek. A hátramaradó hozzátartozókat a társadalombiztosítás általános szabályai szerint illetnék meg a hozzátartozói ellátások.

4.2.2. A Munkaerő-piaci Alapból finanszírozott ellátások

A foglalkozási rehabilitációban az vehet részt, akinek állapotát az orvosi rehabilitáció során sikerült stabilizálni. Enélkül a megmaradt képességek nem határozhatók meg, a munkaerőpiacra való visszatérés orvosilag megalapozatlan, mert valakit új pályára állítani csak kialakult állapot esetén lehet.

A foglalkozási rehabilitáció elsődleges színterét a megváltozott munkaképességű ember korábbi jogviszonyában kellene megteremteni. Akinél erre nincs mód, illetve aki munkaképesség-változását követően nem áll munkavégzésre irányuló jogviszonyban, ám a munkaviszony létesítéséhez szükséges feltételekkel rendelkezik, munkanélküliként regisztrálható és orvosszakértői vélemény alapján rehabilitálható és rehabilitálandó, annak számára a foglalkozási rehabilitációt intézményesen kell biztosítani.

(1998. január 1-jétől megkezdődött a foglalkozási rehabilitáció intézményes kiépítése a munkaügyi központokban, alapvetően a munkanélküliek számára. Jelenleg a szolgáltatás mértékét és jellegét mérlegelési jogkörben határozzák meg, a rehabilitáció a munkanélküli ellátórendszer keretében történik.)

A társadalombiztosítási és a szociális ellátórendszer átalakítása, a rehabilitációs időszak beiktatása az egészségbiztosítás ellátórendszerébe feltételezi, hogy e szolgáltatást valamennyi társadalombiztosításban jogot szerzett személy számára biztosítani lehet. Ugyancsak fel kell tételni, hogy a foglalkozási rehabilitációban részt vevő személy – a csökkentett tébéllátás kiegészítéseként – pénzbeli ellátást kap.

A foglalkozási rehabilitációban való részvételben az érintettek érdekeltségét biztosítani kell, különösen azért, mivel a passzív életmódhoz képest a foglalkozási rehabilitációban való részvétel valós többletköltségekkel jár (utazás, ruházkodás stb.)

Tekintettel arra, hogy a Munkaerő-piaci Alap csak a munkaviszonnyal megalapozott biztosítás alapján folyósít pénzbeli ellátást, maximum 360 napig – a rehabilitációs járadék kiegészítő ellátásának finanszírozása megoldást igényel.

Ha a Munkaerő-piaci Alapból rehabilitációs kiegészítő pénzbeli ellátást állapítanak meg, akkor ez annak függvényeként lenne megállapítható, hogy az igénylő korábban milyen jogviszonyban volt és munkanélküli ellátásra jogosult-e, vagy sem.

4.2.2.1. MUNKANÉLKÜLI JÁRADÉKRA JOGOT SZERZETT REHABILITÁLHATÓ SZEMÉLYEK ELLÁTÁSA

Javasolható, hogy aki az 1991. évi IV. törvény szerint munkanélküli ellátásra jogot szerzett, az a Munkaerő-piaci Alapból rehabilitációsjáradék-kiegészítést kapjon. Ennek feltétele, hogy a 2 évre vonatkozó passzív ellátás – többlet finanszírozási – feltételei megteremthetők legyenek.

A rehabilitációsjáradék-kiegészítés mértékére és számítási módjára többféle megoldás kínálkozik:

- a) A rehabilitációs járadék kiegészítése a megállapított, de nem folyósított munkanélküli járadék mértékéig. Ez azt jelenti, hogy a munkanélküli járadék maximális mértékének figyelembe-

vételével a tárgyévi nemzetgazdasági bruttó átlagkereset felénél magasabb rehabilitációs járadékban részesülő személy számára rehabilitációs keresetkiegészítést folyósítani már nem lehet.

Ebben a konstrukcióban a rehabilitációban részt vevők többsége nem jut ellátáshoz, illetve esetenként csekély összegű ellátáshoz juthat a Munkaerő-piaci Alapból (biztosítási jogosultság esetén is).

- b) Pillanatnyilag sem a munkanélküliség elleni eszközök, sem az egészségbiztosítás nem kezeli annak kockázatát, hogy valaki fogyatékos lesz vagy olyan egészségkárosodást szenved, hogy foglalkozási rehabilitációra lesz szüksége. Megfontolandó ezért a rehabilitációsjáradék-kiegészítés egy összegű ellátásként történő meghatározása, amit a munkanélküli járadék minimumának 35-45%-ában lenne indokolt meghatározni (ez a jelenlegi ellátási mérték figyelembevételével 4300–5550 forint között mozogna).

Ez a javaslat valamennyi, munkanélküli járadékra jogosult személy számára ellátást biztosítana, ám közepes járadékszint esetén az előző változathoz képest kedvezőtlenül hatna.

- c) Az előző két megoldás problémáit mérsékelheti a két változat kombinációja (kiegészítés a megállapított munkanélküli járadék szintjére, de nem kevesebb, mint a b) pontban javasolt szint).

Ez esetben minden munkanélküliség ellen biztosított személy ellátásban részesül, a biztosítási elv elemeit a megoldás tartalmazza és az egyéb forrásból történő kiegészítés meghatározása, elszámolása viszonylag egyszerű.

- d) A rehabilitációs járadék kiegészítése a tébé által megállapított egészségkárosodási járadék szintjére. Ez esetben a két biztosítási rendszer különbségéből adódó feszültségek kiküszöbölhetők, a folyósítás szabályainak kialakításánál biztosítani kell a megállapítás, a folyósítás, a kötelezettségtámasztás zárt rendszerét.

4.2.2.2. MUNKANÉLKÜLI JÁRADÉKRA JOGOT NEM SZERZETT REHABILITÁLHATÓ SZEMÉLYEK ELLÁTÁSA

Mivel a rehabilitációban való részvétel a passzív állapothoz képest valós többletköltségekkel jár (utazási bérlet, ruházkodás stb), ezért – a rehabilitáció miatt – kiegészítő ellátásra mindenképpen szükség van.

A rehabilitációs járadékra jogosult, de munkanélküli ellátásra nem jogosult személynek is indokolt rehabilitációsjáradék-kiegészítést biztosítani tekintettel a rehabilitációs időszak tényleges többletköltségeire, valamint arra, hogy társadalombiztosítási ellátás osztott finanszírozásáról van szó. Javasoljuk, hogy e személyek ellátása a költségvetésből finanszírozott szociális ellátások részévé váljon (a megváltozott munkaképességű emberek tartósan finanszírozott járadékai helyett átmeneti ellátásról van szó).

A rehabilitációs járadékra biztosítás hiányában jogot nem szerzett személyek a rehabilitációs időszak alatti pénzbeli ellátásra nem jogosultak, számukra – speciális rászorultsági szabályok alkalmazásával – a szociális ellátásokról szóló törvény keretében indokolt ellátást biztosítani.

4.2.2.3. A MUNKAERŐ-PIACI ELLÁTÁSOK FINANSZÍROZÁSA

A Munkaerő-piaci Alap esetében az alap többletterhelését nemcsak a pénzbeli ellátás átalakítása, hanem a foglalkozási rehabilitáció intézményének kiépítése, működtetése, és az ehhez kapcsolódó működési költségek, passzív és aktív munkaerő-piaci eszközök iránti igény mennyiségi és szerkezeti változásai jelentik.

4.2.3. A szociális ellátórendszerből finanszírozott ellátások

Valamennyi ellátási kategória esetében szerepe lehet az egyén jövedelembiztonságának megteremtésében a különféle szociális ellátásoknak. Ezek lehetséges formái a következők:

- teljes és súlyos munkaképesség-korlátozottság esetén az egyén – személyes jövedelme alapján, a család jövedelmétől függetlenül – rendszeres szociális segélyben részesül;

- a jelentős és számottevő munkaképesség-vesztés esetén az egyén – a család jövedelmétől függően – rendszeres szociális segélyben részesülhet;
- önkormányzati szociális támogatásban részesülhet bármely személy, indokolt egyéni illetve családi jövedelemhelyzete alapján.

A súlyosan és teljesen munkaképesség-korlátozott emberek szociális ellátásával kapcsolatban a civil szervezetek különvéleményét a melléklet tartalmazza.

4.2.4. Az ellátórendszer elemeinek összefoglalása

A fentiekben leírtak alapján az ellátórendszer a következők szerint alakul:

a) Pénzbeli ellátások (és forrásaik) (6. tábla)

1. Rokkantsági nyugdíj (Nyugdíjbiztosítási Alap)
2. Egészségkárosodási járadék (Egészségbiztosítási Alap)
3. Rehabilitációs járadék (Egészségbiztosítási Alap)
4. Rehabilitációs járadék-kiegészítés (Munkaerő-piaci Alap)
5. Munkanélküli járadék (Munkaerő-piaci Alap)
6. Rendszeres szociális segély (kötségvetés)

b) Természetbeni ellátások

1. Orvosi rehabilitáció

Megvalósítója az egészségügyi ellátórendszer, amelynek fejlesztése során ezt az irányt prioritásként kell kezelni. A finanszírozás forrása – az egészségügyi ellátások általános finanszírozási rendjéhez illeszkedően – az Egészségbiztosítási Alap.

2. Foglalkozási rehabilitáció

A megyei munkaügyi központok rehabilitációs munkacsoportjai irányítják, s a munkaügyi kirendeltségek, a munkáltatók, a civil szervezetek valósítják meg. Az aktív foglalkozási rehabilitáció finanszírozásának forrása a Munkaerő-piaci Alap és a költségvetés.

Sajátos helyet foglalnak el a foglalkozási rehabilitáció vonatkozásában a munkáltatói ösztönző-rendszerek (dotáció, adókedvezmény, foglalkoztatási kvóta).

4.3. Az ellátórendszerre gyakorolt hatások összefoglalása

4.3.1. Társadalmi hatások

A társadalmi hatások kiindulópontját a változások jellegének vizsgálata jelentheti. A hatások felmérése előtt, kiindulópontként megállapíthatók az alábbiak:

- A teljes munkavégzőképesség-csökkenést, valamint súlyos, „nem rehabilitálható” munkavégzőképesség-csökkenést el nem érő munkaképesség csökkenés esetén az érintett személyek ellátása – újonnan megállapított ellátások esetén – a jelenlegi feltételekhez képest csökken.
- Egészségkárosodási járadék megállapítása esetén az ellátási mérték csökkenése nem nagymértékű, kb. 10%-os lehet. Igénybe vehetnek viszont az érintett személyek aktív munkaerő-piaci szolgáltatásokat. Az ellátás mellett szereszhető jövedelem szabályozása is kevésbé lehet szigorúbb, mint a rokkantsági nyugellátásban részesülők esetében.
- A rehabilitációs járadékban részesülő személyek pénzbeli egészségbiztosítási ellátása a jelenlegi feltételekhez képest kb. 30-35%-kal csökkenhet. Jogosultak lesznek viszont aktív és passzív ellátások igénybevételére a Munkaerő-piaci Alapból, és az ellátás folyósítása mellett megszerzett jövedelem semmiféle szankciót nem von maga után.
- A javasolt feltételrendszerben tehát biztosítottnak tűnik az a jogos elvárás, hogy az új ellátórendszer ne hozza indokolatlanul a jelenleginél kedvezőtlenebb helyzetbe a megváltozott munkaképességű személyek egyes csoportjait.
- A javasolt új pénzbeli egészségbiztosítási ellátórendszerben azonban a jelenleginél hatékonyabb mechanizmusban működhet a minősítés. Már az elbíráló határozat is irányt mutathat a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációs esélyeit tekintve. Az aktív

foglalkoztatási rehabilitáció rendszerének fokozatos fejlesztésével pedig hosszabb távon javulhatnak az érintett csoportok kilátásai.

A legfontosabb problémát az új ellátórendszer bevezetése után a jelenlegi III. csoportos korhatár alatti nyugellátásban részesülő személyek helyzete jelentheti.

Az ezzel kapcsolatos főbb kérdések a következők:

- Sor kerül-e az új ellátórendszer bevezetése előtt a III. csoportos rokkantsági nyugellátásban részesülő személyek új szempontok szerinti felülvizsgálatára?
- Milyen ellátásban részesülhetnek ezek a személyek? Továbbra is III. csoportos nyugellátásban, vagy az új ellátások valamelyikében?
- Részesülhetnek-e aktív vagy passzív munkaerő-piaci ellátásban ezek a személyek?

Az átalakításnak úgy kell megvalósulnia, hogy a kevés rehabilitációs eséllyel rendelkező csoportok ellátása a jelenlegi színvonalhoz képest ne csökkenjen.

4.3.2. A társadalombiztosítási alapokra gyakorolt hatások

Ezek felmérésekor a következő főbb tényezőket kell figyelembe venni:

1. Az ellátórendszer átalakításától független tényezők – elsősorban az öregségnyugdíj korhatárának emelése – az egészségbiztosítás pénzbeli ellátási kiadásait nagymértékben növelhetik.
2. A hatások felmérésekor figyelembe kell venni, hogy 10-15 évig is eltarthat, míg a járadékban részesülő személyek felváltják a III. csoportos rokkantsági nyugellátásban részesülő személyeket.
3. Ezt a fokozatosságot kell figyelembe venni az
 - ellátások alacsonyabb mértékéből;
 - a rehabilitációs járadék limitált időtartamából; valamint
 - az elbírálási gyakorlat megváltozásából

eredő hatások áttekintésekor is.

Összességében elmondható, hogy a differenciált ellátórendszer eredményeképpen valamelyest csökkenhetnek az Egészségbiztosítási Alap „pénzbeli kasszáinak” terhei. Várhatóan emelkedni fognak viszont az orvosi rehabilitációra fordítandó kiadások. Ez a két tendencia az Egészségbiztosítási Alap vonatkozásában rövid- és középtávon kiegyenlítheti egymást.

Várhatóan emelkedni fognak a Munkaerő-piaci Alap terhei, jelentős forrásigény jelentkezik a rendszer kiépítése során, és a folyó költségek fokozatosan növekednek.

A költségvetés terhei a szociális támogatások vonatkozásában a kezdeti időszakban várhatóan nem változnak, a későbbiekben csökkenésükre lehet számítani.

Összességében elmondható, hogy az új ellátórendszer működésének kezdeti időszakában a gazdaság egészét tekintve megtakarítás nem várható. A korszerűsítés kedvező hatása a rászorulóknak jobb egészségügyi ellátásában, megmaradt képességük saját javukra és a társadalom érdekében történő hasznosításában, társadalmi integrációjuk javulásában fog megnyilvánulni. Mindezek, valamint az ellátórendszerek megfelelő működése hosszabb távon makrogazdasági eredménnyel is járnak.

4.4. Az ellátások fedezete, járulékkalkuláció

Az 1997. évi LXXX. törvény 1998-ra és az utána következő időszakra a rokkantsági nyugdíjak fedezetéről az alábbiak szerint rendelkezik:

„... a foglalkoztató és a biztosítottak minősülő egyéni vállalkozó a járulékalapot képező jövedelem után ... mértékű tb-járulékot fizet. Ebből a nyugdíjbiztosítási járulékmértéke 1998. jan. 1-jétől 24, 1999. jan. 1-jétől 23, 2000. jan. 1-jétől 22% (amelyből 1% a rokkantsági nyugdíj fedezetére szolgál) ...”

Ez a szabály úgy került be a törvénybe, hogy legfeljebb csak körvonalazódott, de ténylegesen nem volt kidolgozva a rokkantságnyugdíj-rendszer változtatása (sőt, 1998-ra még alapvetően az 1975. évi II. törvény szerinti szabályok kerültek át a törvénybe). E mögött a járulékmérték mögött nem áll biztosítási elvű járulékkalkuláció, ez csak technikai jellegű elkülönítést jelent az össz járulékmértéken belül. A fentiekén túl – nagyságrendi okok miatt – az sem mindegy, hogy az össz járulékfórrás az egyéni (munkavállalói) vagy a munkáltatói járulékmértékek változása következtében változik-e, és

hogyan. 1998-ra vonatkozóan az egyéni járulék mértéke változott, a munkáltatói nem. Figyelembe kell venni azt is, hogy a nyugdíjkorhatár emelésének folyamata is jelentős mértékű kiadásátcsoportosítást jelent az Egészségbiztosítási Alap terhére.

A rokkantságin nyugdíj-rendszer átalakítása során mindenképpen szükségesnek tartjuk az ellátások fedezetének kalkulálását, ez ugyanis a nyugdíjrendszer átalakítása során nem történt meg.

4.5. Az egyes ellátórendszerek közötti átmenetek

Az egyes ellátási kategóriák között az egyén egészségi állapotának és foglalkoztatási helyzetének alakulása alapján átjárást kell biztosítani. Mindezeket figyelembe véve az állapot végleges minősítésére (és ezzel összefüggésben az adott ellátási forma végleges megítélésére) csak indokolt esetekben kerülhet sor, minden más esetben időszakonként újra véleményezni kell az érintetteket.

Az Országgyűlés határozatában megfogalmazott definíció tartalmának jól körülhatárolt értelmezését kell bevezetni annak érdekében, hogy az ellátási rendszerbe kerülés feltételei egyértelműek legyenek. Ezek a kategóriák – egzakt módon – még nincsenek meghatározva. A fogalmak tisztázását az egész rendszer meghatározó elemének kell tekinteni.

Biztosításpolitikai, egészségvédelmi szempontok alapján célszerűnek látszik az önálló balesetbiztosítási ágazat megteremtése is. Megszervezése azonban csak néhány év múlva lehetséges. Így a baleseti ellátási rendszer is átmeneti szabályozás alapján működhet tovább. A baleseti ellátások jelenlegi kedvezőbb rendszere továbbra is fennmarad. A százalékkal kifejezett ellátási csoportokat azonban igazítani szükséges az új minőségi kategorizálási rendszerhez.

A MUNKAKÉPESSÉG MINŐSÍTÉSE

A munkaképesség a szervezet élettani funkcióinak olyan állapota, amely megfelelő körülmények között lehetővé teszi valamely munka elvégzését. A munkaképességet a munkát végző egyén egészségi állapota valamint a tevékenység körülményei határozzák meg. Ez a meghatározottság az ún. szakmai munkaképesség fogalmát helyezi előtérbe. Gyakorlatilag mind az általános, mind a szakmai munkaképesség elbírálása sok problémát rejt magában.

A munkaképesség elkülönítendő a keresőképesség fogalmától, amely adott konkrét személy, adott munkakörülmények közötti, „saját” munkája elvégzésének képességét jelenti. A keresőképtelenség átmeneti állapot, meghatározott időre állapítható meg.

Munkaképesség-korlátozottság áll fenn, amikor az érintett személy egészségkárosodása következtében nem tudja folytatni képzettségének megfelelő foglalkozását. Ideiglenes, amikor a csökkenést átmeneti funkciózavar idézi elő. Az orvostudomány jelenlegi fejlődési üteme, valamint a munkakörülmények állandó változása következtében végleges munkaképesség-csökkenés elvileg nincs, gyakorlatilag viszont, előrehaladott életkorban, bizonyos, súlyos definitívnek tekinthető károsodások esetén a végleges munkaképesség-korlátozottság kategóriája használandó.

A „megmaradt munkaképesség” megállapítása és realizálása az új ellátórendszernek egyik legfontosabb eleme.

A munkaképesség-változás minősítése sajátos tanúsítási folyamat, vizsgálatok összessége, záróvélemény adása. A minősítést az orvostudomány meghatározott területén speciális képzettséggel rendelkező orvosok (orvosszakértők) végzik.

A minősítési folyamat alapelemei:

- a igénylő szakszerű kivizsgálása, a kórfolyamat mélységének és kiterjedtségének értékelése;
- a betegség kimenetelének klinikai prognózisa mellett, a dolgozó munkavégző képességére vonatkozó prognózis;
- a különböző szervrendszerek funkciókárosodásának, azok kompenzatórikus lehetőségeinek dinamikus figyelembe vétele;
- a beteg élet- és munkakörülményeit meghatározó környezeti tényezők, a munkavégzés, a munkakörülmények megismerése (milyen követelményeket támaszt a munkahely a dolgozóval szemben, milyen egészségkárosító mechanizmusokkal kell számolni).

A munkaképesség-változás minősítése komplex tevékenység, amely meghatározott orvosi, foglalkozás-egészségügyi, szociális, jogi és társadalombiztosítási ismereteket igényel. Az orvostudomány jelenlegi fejlettségének szintjén, s a bonyolult munkaerő-piaci viszonyok közepette ez a feladat csak jól szervezett csapatmunka keretén belül valósítható meg:

- a kivizsgálást a gyógyító-megelőző hálózatban kell megvalósítani, a szakértői tevékenység zömét a dokumentumok elemzése és értékelése képezi;
- az orvosszakértői eljárásban módot kell adni a szükség szerinti személyes vizsgálatra, a kiegészítő- és az ellenőrző vizsgálatokra;
- az eljárásba be kell vonni a foglalkozás-egészségügyi szakembereket, mivel ők ismerik a munkahelyeken várható testi, pszichikai terhelést, higiéniás körülményeket, és a foglalkozások egészségügyi kockázatait;
- a záróvélemény kialakításához figyelembe kell venni az egyes speciális szakterületeket képviselő orvosszakértők, a keresőképesség elbírálását ellenőrző orvosok véleményét;
- az ellátást megalapozó orvosszakértői véleményt hivatali rendben működő bizottság adja.

A minősítéshez jelentenek tartalmi segítséget, útmutatót a különböző betegségek, betegségcsoportok vonatkozásában kidolgozott szakmai irányelvek.

A szakmai irányelv vezérfonal az egészségkárosodással élő egyén munkaképességének és rehabilitálhatóságának minősítéséhez.

Az irányelvek korszerűsítésére két szempontból van szükség:

- az új minősítési rendszernek megfelelően tartalmaznia kell a keresőképesség, a munkaképesség-csökkenés, a maradék munkaképesség véleményezését, a foglalkoztatási, a rehabilitációs javaslatokhoz az útmutatásokat;
- tükröznie kell az orvostudomány fejlődését.

A keresőképesség, a munkaképesség, s a foglalkozás-egészségügy szoros összefüggései indokolják, hogy az egyes betegségekre, betegségcsoportokra egységes és a fenti szempontokat komplexen megjelenítő irányelveket munkáljanak ki.

A jövőben olyan eljárási és minősítési rendszert kell kialakítani, amely biztosítja, hogy

- csak kivizsgált, gyógykezelt, hiteles dokumentációval rendelkező igénylőket minősítsenek;
- a dokumentumokat elemezhesék, értékelhesék hozzáértő szakemberek, megfelelő időráfordítással;
- az orvosszakértői szakvizsgálatok, a kiegészítő, s az után-vizsgálatok korszerűen felszerelt eü. munkahelyeken történjenek;
- az igénylők megmaradt funkcionális lehetőségeiről készüljön kimutatás;
- az orvosszakértői szakvélemény legyen konvertálható a legkülönbözőbb pénzbeni és természetbeni ellátások (munkaképesség, fogyatékoság, mozgáskorlátozottság stb.) számára;
- az orvosszakértői vélemény szülessen bizottsági rendben, s meghatározott időszakra legyen „tanúsítványi” jellege.

Az orvosszakértői minősítésnek alkalmasnak kell lennie összegző, szintetizált véleményt, tanúsítványt adni

- az egészségkárosodás fokáról, a károsodások visszafordíthatóságáról;
- az orvosi rehabilitáció eredményességéről, s a további rehabilitációs teendőkről;
- az egészségkárosodás következtében kialakult munkaképesség-vesztésről az általános munkaképesség, valamint a minősített személy konkrét munkaköre vonatkozásában;
- a minősített személy megmaradt munkaképességéről, munkaalkalmasságáról, várható foglalkoztathatóságról, s az ezzel kapcsolatos teendőkről;
- az egészségkárosodás okozta fogyatékoság jellegéről;
- az egészségkárosodás, az egészségi állapothoz kötött egyéb ellátásokhoz szükséges tanúsítványok megszerzéséhez.

5.1. A minősítés eljárási rendje

Az eljárási rendnek tartalmaznia kell az ellátás igénylésének szabályait, a minősítés előkészítésének módját, a minősítési eljárást, az ellátások megállapításának szabályait, a pénzbeni és a természetbeni ellátások szabályait, az egyes folyamatok résztvevőinek jogait, felelősségét és kötelezettségeit.

Olyan rendszert kell kialakítani, hogy csak kivizsgált, megfelelően gyógykezelt, speciális szakértői véleményekkel, dokumentációval rendelkező igénylők kerülhessenek a minősítő bizottságok elé.

A háziorvos a biztosított bárminemű egészségi jellegű problémájának „gazdája”. Így a munkaképesség-minősítési eljárás előkészítésében is kulcsfontosságú szerepet kell biztosítani a háziorvosnak. A biztosított életkörülményeiről, „egészségügyi” életútjáról neki kell rendelkeznie a legtöbb információval.

A jövőben mindhárom típusú minősítési forma esetén azonos előkészítési rendet célszerű működtetni:

A munkaképesség minősítésére az igénylőt az egészségügyi életútját kézben tartó háziorvos készíti fel: gondoskodik kivizsgálásáról, állapotáról specialisták szakvéleményét kéri be, információt szerez be a foglalkozás-egészségügyi alapellátástól a jelenlegi munkakörülmények és foglalkoztathatóság vonatkozásában, kikéri a foglalkozás-egészségügyi szakellátás véleményét a munkaalkalmasság, s a foglalkoztatási rehabilitáció kérdésében.

Az ellenőrző főorvos e tevékenységében segíti a háziorvost.

A jelenlegi hiányosságok kiküszöbölése céljából az új ellátórendszerben az alábbiakban megfogalmazott eljárási rendet javasoljuk:

Az ellátást a biztosított igényli. Erre a célra a társadalombiztosítási szervezetek a későbbiekben „Igénybejelentés a megváltozott munkaképességűek ellátására” című formanyomtatványt rendszeresítenek, s bocsátanak a biztosítottak rendelkezésére.

A munkaképesség minősítése történhet:

- a) az ún. „saját” jogon kezdeményezett eljárásokkal;
- b) a tartósan keresőképtelen állományban lévők munkaképességének ún. „előzetes” véleményezésével,
- c) a megváltozott munkaképességűek ellátásaiból már részesülők soros, vagy soron kívüli „újra-vizsgálata” formájában.

ad a) Az ún. „saját” jogon igénylő személy az igénybejelentő nyomtatványt az ONYF igazgatási szervénél nyújtja be. Az igazgatási szerv átadja (megküldi) a betegnek az orvosi tájékoztatót, felhívja a figyelmét arra, hogy a nyomtatvánnyal keresse fel háziorvosát. A háziorvos az általa kitöltött, s ellenőrző főorvos által ellenjegyzett Orvosi tájékoztatót a foglalkozás-egészségügy alap- és szakellátás véleményeivel, az igénylő egészségi állapotát jellemző szakvéleményekkel és orvosi dokumentumokkal együtt átadja az igénylőnek, aki az így előkészített iratot a lakóhelye szerint illetékes Nyugdíjbiztosítási Igazgatóságnak küldi meg, ahonnan az OOSZI területileg illetékes I. fokú orvosi bizottságához kerül.

ad b) A keresőképtelenség időszakában a munkaképesség-változás „előzetes” minősítése bármikor kezdeményezhető.

a) Ha a keresőképeséget elbíráló háziorvos az ellenőrző főorvossal egyetértésben úgy ítéli meg, hogy az igénylő egészségi állapota állandósult, kivizsgálása alapján az elvesztett és megmaradt munkaképessége megítélhető, gyógykezelése a táppénz-jogosultság megszűnéséig nem eredményezi a munkaképesség helyreállítását, akkor kikéri a foglalkozás-egészségügyi alapellátás véleményét az illető jelenlegi munkahelyén, vagy más munkakörben történő foglalkoztathatóságáról. Kedvezőtlen vélemény esetén a foglalkozás-egészségügyi szakellátás az általános munkaalkalmasság és más munkakörök vonatkozásában ad véleményt. A további eljárás az előző pont szerint alakul.

b) A keresőképtelen állomány táppénzes előzménnyel számított 180. (üzemi baleset vagy foglalkozási betegség esetén 300.) napjának elteltével a kifizetőhely erről a háziorvost értesíti és kezdeményezi a munkaképesség-csökkenés mértékének „előzetes” véleményezését, ami menete a továbbiakban az a) pontban leírtak szerint alakul. Ha a háziorvos úgy ítéli meg, hogy az illető a további gyógykezelés eredményeképpen a táppénzes idő letelte előtt visszanyeri keresőképeségét, akkor az ellenőrző főorvos egyetértésével eltekinthet az „előzetes” vizsgálat kezdeményezésétől.

A munkaképesség „előzetes” véleményezésének célja a keresőképtelen állományban lévő biztosítottnál, hogy az illető már a táppénzjogosultságának kimerülése előtt kapjon tájékoztatást munkaképessége várható alakulásáról. A foglalkozás-egészségügyi és a rehabilitációs szakemberek véleménye alapján mind az érintett személy, mind munkahelye, vagy az illetékes munkaügyi szervek számára legyen idő a munkalehetőségek megteremtésére, a foglalkoztatási rehabilitáció megkezdésére a beteg pedig ne legyen ellátatlan.

ad c) A rokkantságnyugdíjban részesülő biztosítottnál (ha ellátását nem véglegesen állapították meg) az ellátást folyósító szerv kezdeményezi a „soros” újrávéleményezést. Az Orvosszakértői Intézet, vagy felügyelő szerve az ún. „megaggályosított”, vagy külön jogszabály által előírt esetekben kezdeményezheti a „soron kívüli” újrávéleményezést. Az újrávéleményezés elrendeléséről az ellátottat a vizsgálat előtt egy hónappal értesíteni kell. A „behívóval” az ellátásban részesülő biztosított felkeresi háziorvosát. A háziorvos az általa szükségesnek tartott vizsgálatok elvégzése után kitölti, ellenjegyezteti az orvosi tájékoztatót. Rehabilitációs járadékban részesülő biztosítottnál az orvosi tájékoztatóhoz csatolni kell az ellátott által beszerzett, az illetékes munkaügyi központtól származó jelentést a foglalkozási rehabilitáció eredményéről. A továbbiakban az eljárás az első pontban ismertetettek szerint alakul.

A háziorvos köteles a minősítési eljárást előkészíteni, az orvosi tájékoztatót kitölteni, az ellenőrző főorvossal ellenjegyeztetni, s a szükséges szakvéleményekkel, az egészségi állapot megítélését elősegítő egyéb dokumentumokkal továbbítani.

Ha az igénylő a szükségesnek tartott kivizsgálásnak és gyógykezelésnek nem veti alá magát, akkor a háziorvos ezt az orvosi tájékoztatón közli, és a tájékoztatót az OOSZI-hoz küldi.

5.2. A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatások szerepe a munkaképesség minősítésében

1. A tartósan keresőképtelen állományban lévő biztosított esetén a munkahely foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatási orvosa nyilatkozik (ún. „előzetes” véleményezés) az adott munkahely, foglalkoztatás körülményeiről, továbbá arról, hogy a keresőképtelen állomány megszűnte után jelenlegi munkakörében, foglalkozásában vagy ugyanazon a munkahelyen más munkakörben a további egészségkárosodás veszélye nélkül foglalkoztatható-e a vizsgálatot kérő személy. A foglalkozás-egészségügyi alapellátás tájékoztat arról, hogy foglalkoztatási rehabilitációs tennivalók esetén tudnak-e ilyen lehetőséget biztosítani.

Ha a keresőképtelen állományban levő biztosított számára munkahelyén eredeti munkakörében, vagy más munkakörben, de jövedelemcsökkenés nélkül a foglalkoztathatóság megoldható, akkor a munkaképesség-minősítési eljárást csak az igénylő kérésére, „saját jogon” célszerű lefolytatni.

Ha a foglalkozás-egészségügyi alapellátás véleménye szerint a biztosított számára foglalkoztatási lehetőség nincs, akkor a foglalkozás-egészségügyi szakellátás nyilatkozik az általános munkaalkalmasságról, s a foglalkozási rehabilitáció egészségi szempontból fennálló lehetőségéről.

2. Az ún. „saját jogon” indított eljárás esetén is szükséges az elbíráláshoz a munkahely foglalkozás-egészségügyi orvosának véleménye az adott munkakör egészségi vonatkozásairól.
3. Az időszakos, vagy rendkívüli újrávéleményezések előkészítéseként a rehabilitációs ellátásban részesülő ellátott beszerzi a
 - munkaügyi központ rehabilitációs munkacsoportjának zárójelentését a foglalkozási rehabilitáció eredményességéről,
 - rehabilitációs munkahely esetén a foglalkozás-egészségügyi alapellátás véleményét,
 - sikertelen rehabilitáció esetén a foglalkozás-egészségügyi szakellátás véleményét, amelyben az eddigi rehabilitációs tapasztalat, s az egészségi állapot alakulása alapján ismételt értékel az általános munkaalkalmasságot, s a még fennálló rehabilitációs lehetőséget.

5.3. Az Országos Orvosszakértői Intézet eljárása a minősítésben

A háziorvos az általa elkészített orvosi tájékoztatót, a mellékleteivel az igénylőnek átadja, aki azokat a Nyugdíjbiztosítási Igazgatóságon keresztül az OOSZI illetékes megyei bizottságához továbbítja.

Az orvosszakértői bizottság vezetője az igénylő betegségének (betegségeinek) megfelelően kijelöli az orvosszakértőt, aki a dokumentumok elemzése, értékelése alapján dönt, hogy szükségesnek látja-e az igénylő személyes vizsgálatát, kiegészítő, vagy ellenőrző kivizsgálását. A szakértő elkészíti az orvosszakértői vélemény tervezetét (a javaslatát), majd azt a mondanivalóját alátámasztó főbb dokumentumokkal együtt megküldi az orvosszakértői bizottságnak.

Az orvosszakértői bizottság véleményét, – amely kiegészül a korábban készült orvosi és foglalkozási rehabilitációs javaslattal – a nyugdíjbiztosítási igazgatósághoz küldi. A nyugdíjbiztosítási igazgatóság az orvosszakértői vélemény, valamint a jogosultsági adatok alapján határoz az ellátás megítéléséről. Az egészségkárosodási és a rehabilitációs járadék finanszírozása ugyan az Egészség-biztosítási Alapból történik, de a jogosultsági, s a folyósításhoz szükséges adatbázis, és a technikai eszközök a nyugdíjbiztosítónál találhatók, ezért az ellátások megítélését és folyósítását célszerű erre a szervezetre bízni.

A nyugdíjbiztosítási igazgatóság a határozathoz mellékeli az orvosi és a foglalkozási rehabilitációs javaslatot. A határozatot, mellékleteivel együtt megküldi:

- az igénylőnek
- a rehabilitálhatóság esetén a megyei munkaügyi központ rehabilitációs bizottságának.

Pozitív tartalmú határozat esetén az igénylő ellátásba kerül, s igénybe veszi a pénzbeli, az orvosi és a foglalkozási rehabilitációs ellátásokat.

Az orvosi rehabilitáció a területileg, vagy szakmailag illetékes egészségügyi szolgáltatónál, a rehabilitációs javaslatnak megfelelően történik. A soron következő újraminősítésnél a bizottság értékeli az orvosi rehabilitáció eredményességét, s az ellátott személy ilyen irányú együttműködési készségét.

A foglalkozási rehabilitációt a megyei munkaügyi központ irányítja. Az ellátott személy számára a foglalkozási rehabilitációs javaslat alapján, a foglalkozás-egészségügyi szakellátással együttműködve egyéni rehabilitációs tervet dolgoz ki, és valósít meg.

Indokolt esetben, „állapotrosszabbodás” gyanúja esetén a munkaerő-piaci szervezet is kezdeményezheti az ellátott soron kívüli újravéleményezését.

Az ellátórendszer szerves elemét képezik a jogorvoslati mechanizmusok.

Az I. és a II. fokú bizottságok eljárási rendje illeszkedik az államigazgatási rendszerhez, működésükkel a hatékony jogorvoslat biztosítható.

A III. fokú jogorvoslati lehetőség – az általános államigazgatási rendszabályoknak megfelelően – a bírósági eljárás, amelyet a továbbiakban is természetesen működtetni kell. Harmonizálni szükséges azonban az igazságügyi és az orvosszakértői véleményezés gyakorlatát úgy, hogy bírósági eljárási szakban is lehetővé váljon az orvosszakértői és az igazságügyi orvosszakértői vélemény ütköztetése.

Az egészségügyi szolgáltatás, a foglalkozás-egészségügyi véleményezés, az orvosszakértés, a foglalkoztatási menedzselés, a munkavédelem közösen végzik a munkaképesség-értékelés és -hasznosítás egymást feltételező feladatit. Ezért a kommunikációs és informatikai nehézségek leküzdése céljából, a képességeket és a követelményeket valamennyi érintett fél számára hasznosítható kritérium- és kódrendszerek formájában kell megfogalmazni.

AZ ORVOSI REHABILITÁCIÓ SZEREPE A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ SZEMÉLYEK ELLÁTÓRENDSZERÉBEN

Az orvosi rehabilitáció a foglalkozási rehabilitációval együtt a komplex rehabilitációs tevékenység együttes része, a pénzbeli ellátásokkal egységes rendszert képez, kölcsönösen meghatározzák, feltételezik egymás hatékonyságát. A továbbiakban az orvosi rehabilitációs intézményrendszer fejlesztését és működtetését kiemelt feladatként kell kezelni.

Az orvosi rehabilitáció lehetőségeinek megvalósítására jelenleg hiányzik a megfelelő szakmai és anyagi érdekeltség. Ehhez a finanszírozási rendszer is hozzájárul, hisz nem a tényleges teljesítményt, hanem csak az ápolási napok számát veszi figyelembe, az ambuláns rehabilitáció alulfinanszírozott.

Alapvető az az igény, hogy lehetőleg csak orvosi rehabilitációban részesült igénylők munkaképességét minősítsék. Ennek érdekében a munkaképesség minősítését előkészítő háziorvos beszerzi a rehabilitációt végző intézmény szakvéleményét, amely ismerteti és értékeli az eddigi rehabilitációs tevékenységet, s meghatározott időszakra ez irányú javaslatot ad. Számos esetben a rehabilitációs szervezet bevonása egyszerűsíti is a megoldást, hisz a rehabilitációs szakember az érintett személy egészségéről és funkcióképességéről is tud véleményt alkotni.

Az orvosi rehabilitációnak nemzetközileg elfogadott sémák szerint három fázisa különböztethető meg:

- I. A betegség akut szakasza, amelyben a szorosan vett orvosi beavatkozások mellett a korai mobilizáció, a mozgásterápia, a pszichoterápia a gyógyító eljárások szerves része.
- II. A lábadozás időszaka
 - amelynek korai fázisában, az állapotnak megfelelő tartalommal a beteg megbomlott általános funkcionális egyensúlyának helyreállítása a cél;
 - a késői fázisában egyénileg kialakított edzésprogramokkal, a rekreáció személyre szabott módszereivel, a munkába állás konkrét lehetőségeinek elemzésével, fejlesztésével adnak módot a rehabilitálandó egyén számára a munkába állásra, és a társadalmi integrációra.
- III. Fenntartó fázis stabilizálja a korábbi tevékenységek által elért állapotot:
 - egészségi szempontból biztosítja a beteg részvételét az elindított foglalkozási rehabilitációs és integrációs programokban;
 - biztosítja az ellátott egészségi állapotának figyelemmel kísérését, kontrollját mind a munkaalkalmasság, mind pedig az egészség vonatkozásában.

A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ CÉLJA, FELADATAI, FELTÉTELEI ÉS AZOK BIZTOSÍTÁSA

A WHO meghatározása szerint a rehabilitáció olyan szervezett segítség, amelyre egészségükben, testi-szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsult emberek rászorulnak a társadalomba, a közösségbe való visszailleszkedésük érdekében. Ennek része az egyén megmaradt képességeivel ellátható foglalkozás kiválasztása, az ehhez történő segítség, szükség esetén képzés, valamint a foglalkozás tartós ellátásához szükséges környezeti feltételek biztosítása.

A megváltozott munkaképességű és a rokkantak személyek ellátórendszere átalakításának alapvető feltétele a foglalkozási rehabilitáció intézményes biztosítása mindazok számára, akiknek megmaradt munkaképessége esélyt ad a munkaerőpiacra való tartós visszatérésre és ott megélhetést biztosító munka ellátására. Passzív ellátórendszer kiváltására csak a foglalkoztatásban befejeződő rehabilitáció alkalmas.

7.1. A foglalkozási rehabilitáció struktúrája

7.1.1. Munkahelyi rehabilitáció

A jelenlegi társadalombiztosítási és szociális ellátórendszer terhelésének csökkentése feltételezi, hogy a munkaképesség-változás ne jelentsen szinte automatikusan fokozottan veszélyeztetett munkavállalói helyzetet. Ezért a megváltozott munkaképességű foglalkoztatottak rehabilitációjának alapvető színterévé ismét a szokásos feltételek közt működő munkahelynek kell válnia.

Ennek érdekében újra kell szabályozni a munkahelyi rehabilitáció rendszerét, beleértve a munkáltatói érdekeltség szabályait is. A 8/1983. (VI. 21.) Eü—PM együttes rendeletben szabályozott kérdések köre (ellátások, adókedvezmény, munkajogi védelem) szükségessé teszi a rendelet eljárási és támogatási elemeinek törvényben, illetve kormányrendeletben való újraszabályozását.

Az átalakítás keretében a gazdálkodó szféra érdekeltségét jelentősen növelni indokolt az integrált foglalkoztatás arányának érzékelhető növelése érdekében.

Ennek elvei a következők:

- a probléma megoldására komplex ösztönző eszközök és módszerek szükségesek;
- a kialakuló új ösztönzési rendszer direkt és indirekt elemei legyenek összhangban a gazdasági életet szabályozó összefüggő jogterületeken, egyidejűleg legyenek átláthatóak és tervezhetőek;
- a rendszer elemei legyenek rugalmasak.

Az érdekeltség főbb elemei lehetnek:

- Valamennyi foglalkoztató támogatásában érvényesülnie kell, hogy milyen súlyosan megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására vállalkozik.

Az alaplérték a (jelenlegi 40-50%-os munkaképesség-csökkenésnek megfelelő) közepes fokú megváltozott munkaképességű munkavállaló után járna, ennek mintegy 20%-kal emelt mértéke illethet meg a (mai 50%-nak megfelelő) számottevő, kétszerese a (mai 67%-nak megfelelő) jelentős megváltozott munkaképességű dolgozó munkáltatóját, 2,5-3-szorosa a nagymértékben megváltozott munkaképességű vagy rokkant (jelenleg I-II kategóriájú rokkantsági nyugdíjra jogosultságnak megfelelő) személy foglalkoztatóját.

- A munkáltatók rehabilitációs célú munkahely-átalakítási költségeinek támogatására finanszírozási rendszert szükséges kialakítani.

- A rehabilitációshozzjárulás-térítési kötelezettség valamennyi alanyára (gazdálkodó szervezetek, költségvetési szervek, nonprofit foglalkoztatók stb.) a rehabilitációs foglalkoztatás támogatásának egységes szabályait indokolt alkalmazni.
- A rehabilitációs foglalkoztatás támogatását (dotációt) megfelelő átmenettel differenciálni indokolt attól függően, hogy a foglalkoztatott aktív korú megváltozott munkaképességű, rehabilitált személy, és szociális vagy társadalombiztosítási ellátással rendelkezik. (A mai támogatási rendszer átalakítása a jelentős forrásátcsoportosítás és az érintettekre gyakorolt foglalkoztatási hatás mérséklése miatt igényli átmeneti szabályok alkalmazását.)
- Ezzel párhuzamosan a dotáció folyósítási rendjének áttekintése és újraszabályozása is szükséges, tekintettel arra, hogy a foglalkoztatási kötelezettség minden, nem csak a társasági adótörvény hatálya alá tartozó munkáltatót terheli, ezért támogatásukat is azonos elvek, szabályok szerint kell meghatározni.
- Új támogatási eszközként, a megváltozott munkaképességű munkavállaló munkaerő-piaci esélyeinek javítása, és a passzív ellátás iránti finanszírozási igény ebből következő mérséklése érdekében indokolt megfontolni, hogy a jelentősen megváltozott munkaképességű munkavállaló esetében a munkáltatót táppénztérítési kötelezettség ne terhelje.
- Sikeres munkahelyi rehabilitáció érdekében továbbra is szükséges a 8/1983 EüM—PM együttes rendeletben szabályozott, az átképzést támogató keresetkiegészítés és jövedelemkiegészítés fenntartása.
- A védett foglalkoztatás lehetőségét területileg és terápiás feltételek szerint egyaránt bővíteni indokolt annak érdekében, hogy a rehabilitáció foglalkoztatási feltételei a rehabilitációt igénylő személyek számára állapotuknak megfelelően hozzáférhetőek legyenek. E foglalkoztatási formát a versenykövetelmények között nem foglalkoztatható személyek foglalkoztatására szükséges fenntartani, szabályozását ennek megfelelően felül kell vizsgálni. Meg kell vizsgálni a versenyszabályok alóli kivonás feltételeit, vagy a finanszírozásban az állami szerepvállalás fenntartásának feltételeit.

Mindezeket annak érdekében kell megtenni, hogy a ma foglalkoztatott megváltozott munkaképességű aktív korú létszámot jelentősen meghaladó munkahely álljon az érintettek rendelkezésére.

7.1.2. Önrehabilitáció

Az orvosszakértői minősítés szerint rehabilitálhatónak minősülő, munkahellyel nem rendelkező személy számára – tekintettel a foglalkoztatás szerkezetére, – lehetővé kell tenni, hogy egészségi állapotának megfelelő foglalkozását önrehabilitáció keretében oldja meg.

A megváltozott munkaképességű emberek ellátórendszerének átalakítása során az egyes ellátási formák mellett az önrehabilitáció esélyének megadása érdekében, – tekintettel a munkához való alkotmányos alapjogra –, a munkavégzést korlátozni nem lehet, az ellátás folyósításának szabályaiba indokolt mérséklési, illetve szüneteltetési szabályokat beépíteni

- a) tartós foglalkoztatás, vagy munkajövedelem-szerzés,
- b) az ellátás szintjét tartósan meghaladó és bizonyos meghatározott jövedelemszintet elérő foglalkoztatás esetén.

7.1.3. Munkahellyel nem rendelkező, intézményes segítséget igénylő személyek rehabilitációja

A szolgáltatást igénylő, munkanélküliként nyilvántartásba vett, rehabilitálhatónak minősülő személyek esetén a foglalkozási rehabilitációját a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 1998. január 1-jétől hatályos módosítása szerint a munkaügyi szervezet biztosítja.

Ez jelenleg a munkanélküli ellátás keretében speciális szolgáltatásként biztosítható, felmérések szerint az illető regisztrált munkanélküliek mintegy 10%-a lesz a foglalkozási rehabilitáció alanya.

A munkanélküli személyt, ha az 1991. évi IV. törvény szerint nyilvántartásba vették, és rehabilitációra jogosultnak minősül, akkor az 1991. évi IV. tv (Ft) szerint a munkanélküli személyt terhelő kötelezettségek terhelik, jogait a foglalkozási rehabilitációra vonatkozó jogszabályok határozzák meg.

Ennek része lehet: célzott munkaközvetítés vagy képzés, rehabilitációs tanácsadás, majd ennek eredményeként támogatott, teljes, vagy részmunkaidős foglalkoztatás, átképzés, vállalkozóvá válás támogatása. (Valamennyi esetben a vonatkozó MüM-rendeletben szabályozott pozitív diszkrimináció alkalmazásával.)

Ha a foglalkozási rehabilitáció feltételeinek intézményes biztosítása a jelenleg rokkantsági nyugdíjban, vagy megváltozott munkaképességűek ellátásában részesülő személyek többsége részére feladatként fogalmazódik meg, akkor ez mind az alanyi kört, mind az érintett létszámot, mind az érintettek rehabilitációs kötelezettségét tekintve jelentősen eltér a foglalkoztatásról és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény szolgáltatásainak, ellátásainak és finanszírozásának jelenlegi szabályaitól.

Az eltérés lényege:

- Ma a munkaerő-piaci szervezet szolgáltatásait minden munkavállalásra jogosult személy térítésmentesen igénybe veheti, az alapvető szolgáltatás azonban a munkaközvetítés, aktív eszköz (képzés, támogatott munkahely stb.) mérlegelési jogkörben kínálható. Ezzel szemben a kötelező rehabilitáció alanyának elsősorban aktív támogatást kell kapnia.
- A munkaerőpiacon hátrányos helyzetű, egyéni foglalkozást és fokozott támogatást igénylő ügyfelek száma rövid időn belül évi 50 ezer fővel nő (a ma rehabilitációt igénylő munkanélküli létszám 100%-kal).

Ezen túl jelentkezik a fogyatékos személyek esélyegyenlőségéről szóló törvényben a fogyatékos személyeknek biztosított foglalkozási rehabilitáció iránti igény.

- A munkaügyi központok tárgyi adottságai, létszám- és szakember-kapacitása e feladat ellátásához nem adott.

A 75/1997. (VII. 18.) sz. OGY-határozat 4. pontja szerint minden rehabilitálható személynek meg kell adni a segítséget az állapotához szükséges foglalkozási rehabilitációhoz. Ehhez ki kell építeni a foglalkozási rehabilitáció speciális intézményrendszerét (1998-ra a rehabilitációra való felkészülést pótlólagos források nem segítették, ezért csak a szolgáltatás elemi feltételei jönnek létre).

Az intézményrendszer részei:

- szakmai irányító apparátus megyénként egységesen 3 fővel;
- a szolgáltatást megalapozó informatikai háttér;
- a speciális szolgáltatás jogszabályi háttere;
- belső képzési rendszer az érintett munkatársak rehabilitációs felkészítésére;
- az intézményrendszer akadálymentesítésének megkezdése.

A társadalombiztosítási jogosultság, illetve fogyatékossgal élő személyek esetében állampolgári jogon biztosított rehabilitációs szolgáltatás finanszírozása, illetve a munkanélküli ellátásra nem jogosult személyek rehabilitációs időszak alatti ellátása a Munkaerő-piaci Alap biztosítási rendszerében járulékfizetéssel nem fedezett.

Ezért a foglalkozási rehabilitáció működési feltételeinek folyamatos költségvetési támogatása indokolt.

Pótlólagos források biztosításának függvényében két alternatíva lehetséges:

- a) A rehabilitációs időszak (az egészségbiztosítás rehabilitációs járadék folyósításához illeszkedően 2 év) nem tekintendő az 1991. évi IV. törvény szerinti munkanélküliség idejének, de a rehabilitáció céljából nyilvántartásba kerülő személy, állapotának megfelelően az Flt-ben a foglalkoztatás elősegítésére meghatározott aktív és passzív eszközök igénybevételére jogosult. Ez esetben a rehabilitációra a munkanélküli ellátásra jogosult biztosított esetében összesen 3 év állhat rendelkezésre.
- b) A foglalkozási rehabilitáció a munkanélküliség kezelésének keretében zajlik, önálló rehabilitációs időszak nem alakul ki, a foglalkozási rehabilitáció szolgáltatásai és ellátásai a jelenlegi szabályok szerint biztosíthatóak, az ellátórendszer átalakítását nem követik. Erre a rehabilitációs megoldásra érdemi ellátórendszer-átalakítás nem építhető.

A munkaerő-piaci szervezet számára akkor kezelhető az átmenet, ha

- rendkívüli felülvizsgálat nem történik, sem ütemezést, sem az állapot véglegességét tekintve;
- az új megállapításoknál és az ütemezett felülvizsgálat során a rehabilitálhatóság a vizsgált személy valós rehabilitációs esélyeit tükrözi;
- ütemezett felülvizsgálat során 10 évvel az öregségnyugdíj-korhatár előtt és meghatározott időnél (5 évnél) régebben ellátásban lévő személyek esetében az ellátást csak bizonyított visszaélés esetén vonják meg.

7.1.4. A foglalkozási rehabilitáció finanszírozása és forrásai

Nemzetközi adatok szerint a sikeres rehabilitáció aránya növekvő GDP és kiépült intézményrendszer esetén 8–17% között mozog.

A Munkaerő-piaci Alap 2003-ig elkészített költségvetése – a rehabilitációs források törvényben biztosított dinamikus növekedése mellett – az alap költségvetésének 15-25%-os többletkiadását (pótlólagos források nélkül hiányát) prognosztizálja. Ez 1999–2003 között mintegy 136 milliárd forint kumulált többletkiadást jelent. (Az alap zárolt többlete 40 milliárd forint, további felhalmozása 1999-től várhatóan megszűnik.)

A mellékelt 7–9. táblákból jól látható, hogy az alapok közti teherátcsoportosításban nem a rehabilitációban részt vevők passzív ellátásainak osztott finanszírozása a meghatározó.

A Munkaerő-piaci Alap többletterhelése alapvetően a foglalkoztatás prognosztizálható stagnálásából, illetve legfeljebb lassú növekedéséből következik.

Döntően a foglalkoztatást nem eredményező foglalkozási rehabilitáció következményeként folyósítandó passzív ellátások (munkanélküli járadék, jövedelempótló támogatás) jelentik a tehernövekedés legnagyobb hányadát. A foglalkozási rehabilitáció alapvetően az aktív eszközök iránti igényt növeli folyamatosan. Ugyanakkor a passzív ellátás iránti igény prognosztizálható dinamikája az aktív eszközre fordítható források arányát mérsékli.

A munkanélküli-ellátásra fordítandó többletkiadás 1999–2003 közt várhatóan megnégyszereződik, az aktív eszközökre fordítható forrás ezalatt alig több mint kétszeresére bővül.

A munkaerő-piaci szervezetnek – bár 1998-ban a rehabilitációs szolgáltatásra valamennyi szolgáltatóhelyen felkészül, – a személyi feltételek biztosítása és az építészeti adottságok hiányosságainak megszüntetése érdekében az ellátórendszer meghirdetése, vagy az orvosszakértői munka új feltételeinek alkalmazása – a szervezeten átirányított ügyfelek jelentkezése – előtt egyszeri fejlesztési célú ráfordításokat kell eszközölni.

A beruházások és a személyi fejlesztés megvalósítási ideje miatt – függetlenül attól, hogy az ellátórendszer tényleges megvalósítására mikor kerül sor – a rendszer kiépítéséhez (beruházás, személyi feltételek megteremtése) szükséges forrásokat 1999-ben lenne indokolt biztosítani. Ezek mértékeit a Munkaerő-piaci Alap mellékelt költségvetése tartalmazza (10. tábla).

AZ INTÉZMÉNYRENDSZER ÁTALAKÍTÁSA, A FELADATOK ÁTRENDÉZÉSE, FELTÉTELEK

8.1. Az orvosszakértői hálózat korszerűsítése

A jövőben javítani szükséges az orvosszakértői hálózat munkájának személyi és tárgyi feltételeit. Az orvosszakértői intézetet alkalmassá kell tenni arra, hogy a korszerű orvostudomány fejlettségének szintjén képes legyen az új szemléletű munkaképesség-minősítésre, s minden olyan tanúsítvány, szakértői vélemény kiadására, amelyek az egészségi állapot változásához kötött különféle ellátások megítéléséhez szükségesek.

Az orvosszakértői hálózat korszerűsítésének alapelveire a következők javasolhatók, megvalósításuk folyamatban van:

1. Az orvosszakértői bizottságokat jól felszerelt kórházakban, az ún. bázis- és háttérintézményekben kell elhelyezni. A bázisintézmény kialakításának szükségessége különösen vonatkozik az OOSZI központi szervezetének, valamint a budapesti igazgatóságnak az elhelyezésére. Ezekben az intézményekben mód nyílna az igénylők kiegészítő kivizsgálására.
2. A háttérintézmények legkiválóbb szakembereiből létre lehet hozni a hálózathoz csatlakozó multidiszciplináris szakértői gárdát (ún. szakértői lista).

Módosítani szükséges a bizottsági tevékenység módszerét. Jelenleg a szakértői bizottságok két tagból állnak. Feladatuk az igénylők egészségügyi dokumentációjának elemzése, az igénylők orvosi vizsgálata, az egészségkárosodás, s a munkaképesség-korlátozottság fokának véleményezése.

A jövőben a bizottságok mellett és a bizottságokban alapos, speciális szakmai tudású korszerű egészségügyi munkahelyeken dolgozó szakértőket kell foglalkoztatni, akik elkészítik a bizottság számára a javaslatot.

Mivel az orvosszakértői tevékenység speciális, elsősorban biztosítási, társadalombiztosítási ismereteket is igényel, célszerűnek látszik az orvosszakértői és rehabilitációs ismereteket is integráló ún. (társadalom-) biztosítási orvosszakképzés beindítása ráépített szakképzésként.

Az orvosszakértői tevékenység az egészségügyi szolgáltatások speciális formája, amely elsősorban az egészségügyi intézményekben használatos technikai felszerelést, orvosszakmai felkészültséget, szakértésben való jártasságot igényel. Az orvosszakértői tevékenység eredménye, a szakértői vélemény csak megalapozza a hatósági döntést, a határozatot.

A jövőben az ún. egyéb vizsgálatok száma növekedni fog (például az esélyegyenlőségi törvény végrehajtásával kapcsolatos feladatok). A hálózat korszerűsítését, működési rendjét úgy kell alakítani, hogy alkalmas legyen minden olyan tanúsítvány, szakértői vélemény kiadására, amely az egészségi állapot változásához kötött ellátások, jogosítványok megítéléséhez szükséges.

E feladatok ellátáshoz az orvosszakértői hálózat számára biztosítani szükséges a megfelelő jogosítványokat.

A közeljövőben el kell készíteni a hálózat informatikai koncepcióját. Olyan informatikai rendszert kell kialakítani, amely a hálózaton belüli kapcsolat működtetése mellett biztosítja az összeköttetést a társadalombiztosítás más nyilvántartási és jogosultsági rendszereivel, az egészségügyi, s a munkaügyi informatikai rendszerekkel. Halasztást nem tűrő feladat az ügyviteli mechanizmusok gépesítése.

Korszerűsíteni szükséges az orvosszakértői hálózat intézmény- és finanszírozási rendszerét. Tágabb feladatkörű hálózat esetén az országos központhoz kapcsolódóan célszerű erősíteni az operatív tevékenységet végző megyei bizottságokat. Szorosabbá kell fűzni a megyei bizottságok és a megyei egészségbiztosítási pénztárak kapcsolatát.

Mindezek alapján az orvosszakértés finanszírozását célszerű az egészségügyi szolgáltatások általános rendjéhez igazítani.

8.2. Az orvosi rehabilitáció hálózatának fejlesztése

Jelenleg az Egészségbiztosítási Pénztár több mint 9000 rehabilitációs ágy finanszírozására szerződött. Az ágyszám-szükséglet és -arány nem felel meg a rehabilitációs szakmai szervezetek által szükségesnek vélt igényeknek.

A rehabilitációs ágyak abszolút számának alakulása mellett fontosabb kérdés a létező kapacitások területi megoszlása, amiből kiderül, hogy a területi aránytalanságok a kapacitás-átalakítás következtében sem csökkentek, az „ellátási fehér foltok” nem szűntek meg, az ellátási struktúra nem felel meg a „rokkantság” struktúrájának. (Sajátos inverz kép alakult ki: ott nincs kapacitás, ahol nagy szükség lenne rá.)

A szerződött ágyak, egy jelentős része ún. „általános” rehabilitációs ágy, azaz nem annyira a rehabilitációt, mint a kapacitás átmentését szolgálja.

Az ambuláns (járóbeteg-) rehabilitáció vonatkozásában még rosszabb a helyzet. Egy-egy jól működő speciális intézmény (kardiológiai, traumatológiai, mozgásszervi betegségekre szakosodott részleg) mellett léteznek jól működő rehabilitációs ambulanciák, de gyakorlatilag nem létezik olyan országos rehabilitációs hálózat, amely minden rászoruló számára biztosítaná a szükséges ellátást.

A jövőben az orvosi rehabilitációt minden megváltozott munkaképességű és fogyatékos személy számára ellátási joggá, elérhető szolgáltatássá kell tenni szakmai és területi vonatkozásban egyaránt.

A fejlesztések során az I. fázis rehabilitációs céljaira minden kórházat alkalmassá kell tenni – csak így teljesíthető az a követelmény, hogy minden beteg rehabilitációs kezelésben részesüljön.

A betegségek akut szakaszában, s a lábadozási időszak korai fázisában állnak a rehabilitáció rendelkezésére a speciális szakmai, környezeti és természeti adottságú szanatóriumok.

A fekvőbeteg-ellátás terén a rehabilitációs kapacitások egyenletes területi és szakmai eloszlását kell szorgalmazni.

A szanatóriumokat elsősorban a megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációs ellátása érdekében célszerű működtetni. Eme intézmények fejlesztését, működtetését szervezeti, eszközös és szakmai vonatkozásban egyaránt ebbe az irányba kell befolyásolni.

A fejlesztések során a multidiszciplináris rehabilitációs centrumok hálózatát kell létrehozni. E centrumok járóbeteg-rendelés (ambulancia) formájában biztosíthatják a rehabilitáció „infrastruktúráját”. Rendelkeznek a multidiszciplináris rehabilitáció tárgyi és személyi feltételeivel: fizioterápiás, mozgást segítő, speciális erőfejlesztő eszközökkel, hidroterápiás lehetőségekkel, gyógytornász, mozgásterapeuta, pszichológus, logopédus stb.

A rehabilitációs ambulancia munkáját rehabilitációs szakorvos koordinálja. Az egyes szakmai rehabilitációs programokat (kardiális, mozgásszervi, neurológiai, pszichés stb.) az ambulancia munkájába bevonandó specialisták irányítják. A rehabilitációs ambulancia környezetében működő házi-orvosokat célszerű rehabilitációs továbbképzésben, szakképzésben részesíteni – ezáltal is enyhíteni lehet a terület szakemberhiányán.

A számítások szerint az országban mintegy 60-80 multidiszciplináris jellegű rehabilitációs ambulanciára lenne szükség. Létrehozhatók városi kórházakban, szakorvosi rendelőintézetekben. A fejlesztés legcélravezetőbb útja lehet szorgalmazni, s támogatni a magánvállalkozás formájában működő ambulanciák létrejöttét.

Meg kell határozni ezen ambulanciák szakmai és tárgyi minimum feltételeit, s ennek alapján – a szakmai fórumok bevonásával – akkreditálni kell őket. Az akkreditált intézmények tevékenységét, kizárólag teljesítmény szerint, ösztönző módon kell finanszírozni. Ehhez át kell alakítani a rehabilitáció egész finanszírozási rendszerét (például kurzusszerű finanszírozás).

Az egyes szakmáknak, bizonyos betegségcsoportoknak megfelelően meg kell határozni a rehabilitációs programok tartalmát: szakmai protokollokat, módszertani leveleket kell készíteni.

A szervezett programok hiánya, a hálózat hézagossága mellett komoly hiányosság a szakemberek – gyógytornászok, mozgásterapeuták, pszichológusok, logopédusok – hiánya. Szorgalmazni kell, hogy az egészségügyi felsőoktatást végző intézmények bővítsék ez irányú tevékenységüket.

A rehabilitáció III. fenntartó fázisában az egészségügyi intézmények mellett nagy szerepet kell kapnia az önsegélyező betegcsoportok, a sportklubok, a rehabilitációs klubok, az önkéntes, társadalmi segítő hálózatának. Célszerű, ha e sajátos „privát szektor” tevékenységét szakmai tudással rendelkező, ún. „rehabilitációs vezetők” irányítják.

8.3. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok fejlesztése

A legutóbbi évek intézkedései, s a termelés struktúrájának átalakulása következtében a korábban kiépített foglalkozás-egészségügyi hálózat felbomlott. A hálózat újraépülése folyamatban van, működése ellentmondásokkal terhes.

A foglalkozás-egészségügyi alapellátás lényegében a vállalkozói szférához kötött. A jogszabályok által a munkahelyek számára előírt foglalkozás-egészségügyi ellátási kötelezettség formailag teljesül, tartalmilag még kívánnivalót hagy maga után. Ez a helyzet kedvezőtlenül befolyásolja a foglalkozás-egészségügyi alapellátásnak a foglalkoztatási rehabilitációban, a munkaképesség minősítésben betöltendő szerepét.

A gazdasági feltételek javulásával, a munkahelyek konszolidálódásával párhuzamosan várhatóan a foglalkozás-egészségügyi alapellátó szolgálatok helyzete is rendeződik, s képesek lesznek teljesíteni a megváltozott munkaképességek ellátásával kapcsolatos feladataikat is.

Jelenleg az országban 49 foglalkozás-egészségügyi szakellátóhely működik (11. tábla). Feladatuk a munkaköri alkalmasság másodfokon történő elbírálása, a tanulók és a hallgatók szakmai alkalmassági vizsgálata, a munkanélküli, a közhasznú, a közösségi munkát végző emberek munkaköri alkalmassági vizsgálata, szakellátás foglalkozási megbetegedés esetén, konzultatív tevékenység az alapszolgálat, s más szakterületek orvosai számára.

Az orvosszakértői minősítésre vonatkozó modellkísérletek néhány hónapos tapasztalatai egyértelműen igazolták azt a korábbi előrejelzést, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek jelenlegi kapacitása nem lesz elég az új feladatok szakszerű ellátásához.

A foglalkozás-egészségügyi szempontok bevonása a munkaképesség minősítésébe gyakorlatilag két úton képzelhető el.

1. A szerveződés fázisában levő foglalkozás-egészségügyi szakellátó-helyek feladatává tenni a foglalkoztathatóság véleményezését.
2. Az orvosszakértői bizottságokat – foglalkozás-egészségügyi szakemberek bevonásával, képzéssel, továbbképzéssel – alkalmassá tenni a foglalkoztathatóság megítélésére.

Az alternatívák mérlegelésénél a szervezetek egyéb feladatait és hatásköreit, a már rendelkezésre álló feltételeket is célszerű figyelembe venni.

A foglalkoztathatóság véleményezésével kapcsolatosan tervezett új vizsgálatokat és véleményezést (melyek díjtétele 3500 forint/főre becsülhető) az OEP finanszírozza. Ez a költség – becslésünk szerint – teljességében többletköltséggként nem jelenik meg, mert egy része egyéb, korábban is finanszírozott vizsgálatok (például szakmai alkalmassági vizsgálatok) helyébe léphet. Az OEP finanszírozása továbbra is a teljesítményfinanszírozás elvei szerint történhet.

8.3.1. A szerződések szakmai feltételei

Hangsúlyozni kell, hogy a feladatok kellő színvonalon történő ellátása csakis megfelelő képzettségű és kellő gyakorlattal rendelkező szakemberekkel lehetséges.

Ezért az illetékeseknek mielőbb ki kell dolgozniuk a szerződéskötések és a finanszírozás szakmai követelményrendszerét.

Ezen túl a szakterület felkészítéséhez „rövid távon” szükség van továbbképző tanfolyamokra (lehetőleg még 1998-ban).

„Hosszabb távon” szóba jön a „foglalkozási rehabilitáció szakorvosa” cím megszerzésének lehetősége is, amihez az e területen végzett tevékenység is szükséges feltétel lenne.

Összegezve megállapítható, hogy a foglalkozás-egészségügyi feladatok szakszerű ellátásához hármas feltételrendszer teljesítése szükséges.

1. a szakhelyek számának növelése,
2. a szerződések szakmai feltételeinek kidolgozása,
3. oktatás, képzés megvalósítása.

8.4. A foglalkozási rehabilitáció megvalósításához szükséges feltételek

1. A foglalkozási rehabilitációval szemben az új orvosszakértői minősítési rendszer következtében jelentkező igények kielégítésére 10 000 főnyi pótlólagos rehabilitációs igénnyel számolva:

- a munkaügyi központok, kirendeltségek, átképzőközpontok akadálymentesítésére (mozgáskorlátozottak, más csoportok számára megközelíthetővé tételére, a szükséges belső átalakításokra egyszeri 2 milliárd forint értékű beruházás) ,
- a foglalkozási rehabilitációt végző és szervező szakemberállomány felvételének biztosítása, (speciális munkaközvetítők, munkatanácsadók, pszichológusok, a területileg egyenlőtlen szakemberállomány-kapacitás kiegyenlítésére mintegy 250 fő, valamint a szolgáltatás szervezését irányító és a passzív ellátásokkal, támogatásokkal foglalkozó megyei és minisztériumi szakemberlétszám biztosítása),

2. A társadalombiztosítási és a szociális ellátórendszer átalakítása esetén 50 000 fő kapacitáskiépítést feltételezve a foglalkozási rehabilitáció munkaügyi szervezeten belüli intézményfejlesztése a következő feladatok megoldását jelenti:

- Szükséges a munkakipróbálás intézményi feltételeinek biztosítása a rehabilitáció célzottságának, eredményességének megalapozás érdekében.

Ezeket részben a regionális munkaerő-piaci képző-, átképzőközpontokban indokolt megvalósítani, részben a foglalkozási rehabilitációban részt vevő munkáltatóknál, civil szervezeteknél. Ez utóbbi esetben a munkakipróbáló laboratóriumok létrehozását támogatással kell elősegíteni.

- A fogyatékossgal élő személyek esélyegyenlőségéről szóló törvény alapján a fogyatékos személyek részéről jelentkező foglalkozási-rehabilitációs igények kielégítése speciális környezeti és személyi feltételek megteremtését igényli.
- A munkaügyi szervezeten belüli személyi feltételek folyamatos biztosítása: például 500 rehabilitációra jogosult személy legalább egy, de indokoltan két szakember pótlólagos alkalmazását igényli (speciális munkaközvetítő, munkatanácsadó, pszichológus).

AZ ÁTMENET SZABÁLYAI, ÜTEMEZÉSE

Az ellátórendszer átalakítása – arra való tekintettel, hogy feltételeként intézmények újjászervezésére, felépítésére van szükség – csak költség–haszon-optimalizálás alapján ütemezhető a legkisebb feszültségek mellett.

Célszerűnek látszik egy 10-15 éves makrogazdasági modell alapján meghatározni, hogy az átállás egyidejű többletköltségei hogyan optimalizálhatóak, és a majd működő intézmények bázisán átalakuló ellátások eredményeként mikor térül meg a rendszer megváltoztatására fordított befektetés. (adó-, tb-bevétel, passzív ellátás megtakarítás, fogyasztásbővülés stb.)

A minősítés új szempontjait, az intézményi feltételeket 98-99-ben meg kellene teremteni. Ezt követően legalább 1 évig eszerint kellene minősíteni, de a jelenlegi ellátórendszerben.

Az ellátórendszer átalakítását, az átmenet szabályait az intézményi feltételek kialakulásának függvényében ki lehet hirdetni.

A jelenlegi rokkantságnyugdíjas emberek (I., II. és III. csoport) új rendszerbe történő átvezetésére intézkedéseket kell kidolgozni, ezért kiemelten fontosak az átmeneti rendelkezések.

Ebből a szempontból az új ellátórendszerbe a soros felülvizsgálatok alkalmával kerülne át az érintett személy (tehát nem javasolható rendkívüli felülvizsgálat). A fokozatos átmenetre amiatt is szükség van, mert az ellátórendszer többi eleme, intézmény- és feltételrendszerei – foglalkozás-egészségügyi hálózat, foglalkozási rehabilitáció, munkahelyek stb. – csak fokozatosan épülnek majd ki.

Részletesebben:

- jelenlegi I-II. csoport:

- a „végleges” minősítésű csoport tagjai a rendszerben maradnak (rokkantsági nyugdíjas)
- a „nem végleges” minősítésű csoportot az előírt időpontban felülvizsgálják. Ha a felülvizsgálati időpont már az új ellátórendszer bevezetésének évére (vagy azutánra) esik, akkor az új fogalmak alkalmazásával kell e személyeket besorolni.

Itt kell megjegyezni, hogy az I-II. csoport létszámának 22%-a tartozik a „nem végleges” minősítésű körbe (ez mintegy 26 ezer személyt jelent). A felülvizsgálat természetesen jelentheti azt is, hogy a felülvizsgált illető átkerül az ellátórendszer más elemébe – erre azonban csak szűk körben lehet számítani. (Ugyanígy az „átjárás” iránya fordított is lehet.)

- a jelenlegi III. csoport:

- a korhatárt betöltött személyek már „véglegesen” nyugdíjat kapnak, tehát ennek a körnek az ellátása továbbra is a Nyugdíjbiztosítási Alapból történik.
- a korhatárt be nem töltött személyek ellátását jelenleg az Egészségbiztosítási Alap finanszírozza. Akik e korosztályokból „végleges” minősítésűek (tehát felülvizsgálatukra nem kerül sor), azok ellátásukat változatlan formában kapják továbbra is. Akik „nem végleges” minősítésűek, azoknál ütemezett felülvizsgálat van. Ha ez az új rendszer bevezetésének évére (vagy azutánra) esik: itt lehet javasolni ugyanazt az eljárást, amit az I-II. „nem végleges” csoportnál írtunk.

Nyilvánvalóan lesznek, akik a felülvizsgálat eredményeként kikerülnek a (nyugdíj)rendszerből, de ők a tervezett új komplex ellátórendszeren belül valahová kerülnek, tehát ellátás nélkül nem maradnak.

Az új megállapításokat a rendszer indításától kezdődően az új fogalmak alkalmazásával kell minősíteni.

AZ ELLÁTÓRENDSZER MŰKÖDTETÉSÉNEK TÁGABB FELTÉTELRENDSZERE

10.1. Önkormányzatok

A foglalkozási rehabilitáció eredményessége a foglalkoztatási lehetőségek függvénye. A megváltozott munkaképességű emberek jelentős hányada számára a versenyfeltételek közti munkavégzés már nem vállalható, vagy a nyílt munkaerőpiac a többszörös hátránnyal bíró munkavállalót nem fogadja be. Ezeknek az embereknek a többsége azonban a nonprofit foglalkoztatás keretében, védett foglalkoztatási formákban, speciális foglalkoztatási feltételek között esélyt kaphatna munkajövedelemre és passzív ellátása kiegészítéseként részlegesen önfenntartásra. Az önkormányzatokról szóló törvény felülvizsgálata során szükség lenne arra, hogy a település foglalkoztatási feszültségeinek figyelemmel kísérése, és a szükséges intézkedések kezdeményezése, az intézmények működtetése önkormányzati alapfeladat legyen. Például ha minden nagyobb (például városkörnyéki hatáskörrel bíró) önkormányzat számára kötelező alapfeladat lenne szociális foglalkoztatók, személyi segítő szolgáltatások működtetése, akkor jelentős mértékben bővíthetne a sikeres rehabilitációban részesült emberek köre, egyidejűleg sajátos önsegítő formák kialakulását is eredményezhetné a modell.

10.2. Szakképzés

A foglalkozási rehabilitációban részt vevők számára alapvető eszköz a képzés, az átképzés. A megfelelő képzési irány kiválasztását több tényező hátráltathatja.

Nem alakult ki a munkakipróbálás (készségfelmérés) intézményi háttere, ezért gyakran a megmaradt képességekkel, az érintett számára is ismeretlen adottsággal kell szakmát választani. Ennek ma már inkább pénzügyi, mint szemléleti okai vannak.

Nehezíti helyzetüket, hogy a szakképzés rendszere erősen bemenet-orientált (meghatározott szintű végzettséggel lehet beiratkozni), miközben a rehabilitációs gyakorlat az Európai Unióban kevésbé bemeneti feltételekre támaszkodik, inkább a rehabilitáció keretében történő felzárkóztatásra és egységes kimeneti követelményekre (állami vizsgabizottság) épül.

A szakképzés fejlesztése során e szempontok beépítése a magyar szakképzés rendszerébe nagy segítséget nyújthat a megfelelő szakmák kiválasztásához, a lehetséges választék bővítéséhez.

Az orvosi és a foglalkozási rehabilitáció egyaránt szükségessé teszi, hogy a szakképzés és a graduális, valamint posztgraduális felsőfokú képzés rendszerébe a tárgyat érintő szakismeretek beépüljenek.

10.3. Életvitelt segítő támogatások, szolgáltatások

A megfelelő jövedelem munkabér, nyugdíj vagy járadék formájában való biztosításán túl a lakáshoz, az otthoni léthez, a munkához, az oktatáshoz és a társadalmi részvételhez szükség van különféle természetbeni szolgáltatásokra is.

Az egészségkárosodott emberek jövedelme nem engedi meg, hogy önálló életükhöz szükséges, Magyarországon átlagosnak tekinthető lakás vásárlására gondoljanak. Így ennek érdekében speciális lakásépítő, lakásvásárló programokra, támogatásokra van szükség.

A legtöbb súlyosan egészségkárosodott ember számára nehézséget jelent a tömegközlekedés. Az autist emberek nem viselik el a tömeget, a szívbeteg emberek a hosszas álldogálást, a látáskárosodott

emberek csak ismert, vagy speciális jelzett közegben képesek biztonságosan közlekedni, a mozgáskorlátozott személyek pedig nem tudnak felszállni a közönséges buszra.

Mindezek miatt speciális szállítóeszközöket és -rendszereket kellene működtetni, ezek csírái már megvannak az országban.

A középületek hozzáférhetetlensége elsősorban a mozgáskorlátozott személyeket sújtja, s ez „mindössze” százötvenezeres tömeg, de a számukra értékes megoldások a többieket is szolgálják, hiszen például a lift az asztmás embereket is segíti, s a rámpa a kismamák, az idős emberek életét is megkönnyíti – majd.

A látássérült emberek számára elengedhetetlenek a speciális járdaszegélyek, a sárga útvezető sávok, a hangos jelzőlámpa. A speciális jelzőrendszeren túl a hozzáférhetőséget mutató speciális szimbólumok, az erről szóló kiadványok alapvetők a „helyi útiterv” elkészítésekor.

Ugyanakkor speciális jelzőrendszerek, eszközök szükségesek a lakáson belül is például a fax, a villogó csengő a halláskorlátozott személyek, a beszélő, tapintható óra pedig a látássérült emberek számára.

A legtöbb súlyos fogyatékkal együtt jár a „kiszolgáltatottság”, a mások segítsége nélkül nagyon nehéz boldogulás – azaz a személyi segítő rendszer. Kell ez a kerekesszékes személyeknek, a látássérült, az intellektuális fogyatékkal élő embereknek is.

Az egyiknek a kezét-lábát, a másiknak a szemét, a harmadiknak a szellemi érettséget pótolja. A halláskorlátozottsággal élő emberek számára másért kell emberi segítség. Ők az emberi kapcsolatokban, önmaguk megértésében akadályozottak. Ebben segít a jeltolmács.

A fogyatékkal élő gyermekek és felnőttek oktatása és fejlesztése ugyancsak speciális eszközöket, szolgáltatásokat igényel. Túl az épületek átalakításán, a különleges eszközök és körülmények biztosításán, fontos a megfelelő szakember, az ehhez való képzés, a szállítás szervezése is.

Mindez igaz a munka világára is. Ami itt más, az a technikai háttér, így a gyógyászati segédeszközök, speciális műszerek és gépek, valamint az akadálymentes környezet például a rámpa, a megfelelő WC stb. biztosításán túl az emberi előkészítés, a speciális eszközök használatának oktatása, a két világ, az épek és a fogyatékkal élő személyek összeismertetése, a problémák megoldása, a szükséges szakmai háttér biztosítása, a dolgozó és munkatársai jóllétének követése, azaz az utógondozás.

A fogyatékkal élő embereknek számos olyan, egészségükkel összefüggő problémájuk lehet, amik néhány napra „munkaképtelenné” tehetik őket. Például javítják a gyógyászati segédeszközt, vagy másoknál jóval alaposabb vizsgálatokra kell járniuk, elromlik az autójuk stb. Így szükségük van néhány nap pótszabadságra. Ez a vak emberek esetében már létezik – évi öt nap. Ehhez hasonlóra lenne szükség a többi súlyosan egészségkárosodott dolgozó számára is.

Az egészségkárosodással élő emberek másoknál jóval nehezebben találnak munkahelyet, munkát. Ezért speciális munkaközvetítésre és speciális igényeiket ismerő munkatársakra van szükség az általános munkaügyi központokban.

Az egészségkárosodással élő emberek között akadnak, akik egészségüknél fogva másoknál gyakrabban megbetegednek és teherbírásuk kisebb. Ezekben az esetekben a természetes megoldás az osztott, vagy részmunkaidős foglalkoztatás, a bedolgozás, a speciális helyettesítési rendszer megszervezése lenne. Ez utóbbi ma még csírájában sem létezik, miközben például a heti három napot dialízisen töltő vesebeteg személyek, a portól, a virágzásoktól függően allergiás, asztmás személyek számára ez jó megoldás. Ez a munkaadók számára a folyamatos munkavégzés biztonságát jelentené, mivel megfelelő előkészítés után egymást helyettesíthetnék a hasonló képzettségű emberek.

Az egészségügyi ellátások minősége a fogyatékkal élő személyek életét befolyásolja, de a krónikus beteg emberek életét meghatározza. Ugyanakkor a legjobb minőségű ellátásnál is döntő számukra, hogy megfizethető legyen. Az ingyenes egészségügyi ellátáson túl az állam itt a gyógyszereket és a gyógyászati segédeszközöket támogatja (a társadalombiztosítás és a közgyógyellátás révén). Ez számos krónikus betegségnél ingyenes gyógyszerellátást jelent – ha nem így lenne, akkor az efféle eszközök megfizethetetlenek lennének. A kilencven százalékos térítésű gyógyszereken élő krónikus betegek jövedelmük tíz–negyven százalékát gyógyszerre költik.

Az élet teljességéhez tartozik a szabadidő, benne a sport, a kultúra, a társas élet. Ma még egyik sem természetes számukra, de ha az előzőekben felsorolt egyéb feltételek, a szállítás, a társadalom megértése és segíteni vágyása, az épületek hozzáférhetősége javul, akkor ez a terület könnyebben bővül majd. Így együtt valósulhat meg a „társadalmi együttlét”, az integráció.

10.4. Érdekvédelmi szervek

A krónikus betegséggel és fogyatékossgal élő emberek érdekvédő szervezetei alapvetően az emberi méltóság megőrzését, a független élet, az ehhez szükséges szabad döntések és a körülmények biztosítását, a biztonságos megélhetést, az élet minőségének megőrzését és javítását célozzák meg.

Mindezek eléréséhez megfelelő jogi biztosítékokat, komplex rehabilitációt, oktatást, fejlesztést, s az önálló élet szervezését biztosító központokat, szemléletváltozást tartanak szükségesnek.

Egyéni támogatást, tanácsadást, sorközösségeket és különféle, életvitelt segítő szolgáltatásokat indítanak.

A foglalkoztatás terén ez speciális munkaközvetítést, képzést, szállítást, technikai eszközök biztosítását, szervezést, személyi segítséget jelent.

Az ilyen jellegű szolgáltatásokon túl szükség van a közvetlen egyéni érdekvédelemre, az egyén képviselésére is.

Mindezek érdekében alapvető, hogy az érdekvédő szervezetek és szakembereik jelen lehessenek és fellépessenek az érintett emberek érdekében és képviselésében, ha akár az érintett, akár az érdekvédő szervezet, akár az intézmény (így a megmaradt képességek mértékéről és minőségéről, az orvosi és a foglalkozási rehabilitációról döntő bizottság) szükségesnek látja.

10.5. Tudati, szemléleti fejlesztés

Hogy a munka területén az egészséges munkaadók és munkavállalók ismeretlentől való félelme csökkenjen, „fogadókészsége” megváltozzék, ahhoz egyrészt a társadalom általános szemléletét, másrészt a konkrét munkahelyen lévők ismereteit és hozzáállását kellene megváltoztatnunk.

A jelenlegi média világa sajnálatra méltó vagy emberfeletti, szentként tisztelhető lényekként mutatja be az egészségkárosodott embereket. Ha ezeknek az embereknek emberi jó és rossz tulajdonságait, a helyzetükkel együtt járó nehézségeket és ezek megoldhatóságát tükröznék, pozitív, de emberi, követhető példákat ismertetnének, az sokat segítené mind a média, mind az oktatás, mind a kultúra, a könyvek és a filmek stb. terén.

De minden külső „tudatalakításnál” hatásosabb a mindennapi együttlét, egymás megismerése. A fogyatékossgal élő emberek világa gyakran teljesen zárt, és szinte mindig több benne a korlát, mint mások életében. Ettől megváltozik a dolgok értéke, számukra egy jó film, egy jóízű séta, beszélgetés sokkal több örömet hoz. Itt sose beszélnek órákon át a pénzről. Itt megtanulták megbecsülni az életet. S ez az a világkép, amit a többiek, az egészségesek jó lenne ha eltanulnának.

A munkahelyi dolgozók befogadása sem érhető el rendelettel. Apró lépésekkel kellene előkészíteni, még a tervezés szakaszában megbeszéléseket tartani, elmondani az igazságot, hogy mivel jár a fogyatékossg az érintett ember számára és mivel járhat a vele dolgozók számára. És persze azt is, hogy mit nyerhet ez az egészségkárosodással élő ember, ha itt dolgozhat, milyen változást jelenthet ez az életében.

Ha már munkába kezdhet, akkor az eszközök, a körülmények biztosításán túl kezdetben a fogyatékossgtól függően, de emberi segítség is kell, hogy se testi, se lelki szempontból ne legyen minden teher a munkatársakon, és ne maradjon egyedül az új dolgozó sem. Gyakran szükség lehet rá, hogy az első időkben a munkatársak elmondhassák problémáikat és azokat közösen megoldják, mielőtt elmérgesednek a körülmények.

Ez az eljárás valószínűleg bonyolultabb, mint egy munkás „mélyvízbe dobása”. De nagyobb a siker esélye és kisebb a lelki kudarcok veszélye.

Ezentúl később is szükséges, hogy mind a munkaadók, mind a munkavállalók tudják, kihez fordulhatnak, és a programok szupervíziója lelki szempontból „elengedhetetlen”. A külföldi tapasztalatok szerint sok a magányos munkás, különösen a lelki betegséggel élő emberek között.

10.6. Balesetbiztosítási ágazat

A megváltozott munkaképességű személyek ellátórendszerének átalakítása során a baleseti egészségi és a rokkantsági ellátások vizsgálatával kapcsolatban vált szükségessé a balesetbiztosítási ágazat létrehozása is.

A baleseti egészségi és rokkantsági ellátások a munkabaleset során bekövetkezett munkaképesség-vesztésből eredő károkat hivatottak mérsékelni (reparáció).

A munkabalesetből eredő károkért való fokozott felelősség a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény alapján a munkáltatót terheli.

Ebből következik, hogy a baleseti ellátások bármelyikére való munkavállalói jogosultság csak attól függ, hogy egészségkárosodását a munkavégzés során szenvedte-e el.

Ebből a szempontból kiemelendő, hogy az OEP az 1997. évi LXXXIII. törvény 52. §-a szerinti, míg a munkáltatói oldal a munkavédelmi törvény 87. § 3. pontja szerinti meghatározást tartja e kérdésben irányadónak.

A munkabalesetből vagy foglalkozási megbetegedésből eredő ellátások esetén eltérés az általános szabályokhoz képest:

1. a jogosultság feltételeként a szolgálati idő vizsgálata nem szükséges,
2. a megállapított ellátás számítási alapja a baleset vagy a foglalkozási megbetegedés bekövetkezését megelőző átlagkereset.

A jogosultsági feltételek (a munkaképesség-vesztés mértéke) tekintetében jelenleg nincs egyetértés.

Az OEP 6, míg a munkáltatói oldal 5, az általános szabályokhoz igazodó munkaképesség-változási kategória felállítását javasolja.

Az álláspontok – a fentiek miatt – az ellátások javasolt mértékében is eltérőek.

A munkáltatói oldal változatlanul fenntartja azt a javaslatát, amely szerint mind a rokkantsági fokozatok, mind az azokhoz kapcsolódó ellátások munkabalesetből vagy foglalkozási megbetegedésből eredően is igazodjanak az általános szabályokhoz.

A baleseti ellátások végleges kezelésének módja a harmadik, úgynevezett „balesetbiztosítási” ágazat létrehozása lehet.

A munkáltatói oldal, bár a javaslat elemeivel egyetért, hangsúlyozni kívánja, hogy az az alábbiak miatt jelenleg nem időszerű:

1. A balesetbiztosítási ágazat létrehozására vonatkozó kormányzati szándék alapján az 1997. évben PHARE anyagi támogatással tudományos pályamű készült a harmadik társadalombiztosítási ágazat koncepciójához.

Jelenleg a kormányzati koncepció ismeretének hiányában az elkészült anyag szakmai vitára való bocsátása indokolt.

2. A munkáltatói oldal álláspontja szerint a balesetbiztosítás funkciója kettős:

- a valóságos, létező munkahelyi kockázatok felmérése és értékelése alapján meghatározni azokat a veszélyeket, ártalmakat, amelyek a munkavállalót a munkavégzés során érhetik, ezzel egyidejűleg pedig
- minden eszközzel érdekeltté tenni a munkáltatót a veszélyek, ártalmak megszüntetésében, ideértve a prevenció minden formáját és módszerét is úgy, hogy biztosítva legyen a már bekövetkezett ártalmakkal kapcsolatos reparáció is.

A fentiek szerint a balesetbiztosítási ágazat funkcióinak a reparáció csak egyik, igen lényeges eleme.

Ennek megfelelően – álláspontunk szerint – jelenleg nem időszerű egységes, rendszerben elhelyezett koncepció ismerete nélkül a balesetbiztosítás egyik fő funkciójának részletes szabályozása.

Napjainkban a munkaadókat és a munkavállalókat nem ösztönzi semmi a munkakörülmények javítására. A társadalombiztosítás jelenlegi rendszere nem képes hatékonyan ösztönözni a munkaadót az üzemi balesetek megelőzésére és a munkakörülmények javítására.

Hiányoznak a szükséges anyagi feltételek és beruházási eszközök. A termelési és a technológiai innováció elégtelensége is fékezi a balesetbiztosítás tervezett megújítását.

Széles körben nem ismerik a munkakörülmények javításának lehetőségét és feltételeit, hiányzik az ehhez szükséges szakismeret és szaktudás.

A munkaadók és a munkavállalók körében egyaránt általános az érdektelenség a biztonságos munkakörülmények kialakítása iránt, jóllehet a balesetbiztosítás szükségességét általában igénylik.

A rossz munkakörülményekért gyakran pótlékkal kárpótolják a dolgozókat, és rossz anyagi helyzetük miatt a dolgozók az esetek többségében lelkesednek az ilyen megoldásért.

A balesetbiztosítás a balesetmegelőzésben és a foglalkozással összefüggő egészségi kockázatok elhárításában való közreműködés jogát és kötelezettségét jelenti. A balesetbiztosítási rendszert olyan helyzetbe kell hozni, hogy a nyilvánosság és a tájékoztatás révén oktatási és kutatási eredményekkel együtt képes legyen a balesetek megelőzésének támogatására és a megelőzésben való aktív rész-

vételre. A befizetőket bonus-malus-rendszer bevezetésével kell ösztönözni annak érdekében, hogy a balesetek megelőzésével csökkentsék költségeiket.

Az Országgyűlés 60/1991 OGY-határozatában rögzíti azt, hogy a betegségbiztosításon belül önálló balesetbiztosítási ág feltételeit kell megteremteni.

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 58. §-ában foglaltak szerint a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, bér- és egészségügyi dolgozóinak kiadásait a balesetbiztosítási ág létrehozásáig az egészségbiztosítási alapnak kell finanszíroznia.

A társadalmi elvárások alapján megfogalmazhatók azok a célok és elvek, amelyek a balesetbiztosítási ág megteremtésével szemben támaszthatók.

1. A foglalkozás-egészségügyre fordítható költségek a munkáltatók szintjén tükrözzék a foglalkozással összefüggő egészségkárosodások mértékét.
2. A munkáltatók teherviselő képességeinek átalakításával arányosan viseljék az egészségkárosodás kockázata alapján a munkával összefüggő balesetek és foglalkozási megbetegedések által okozott hosszú és rövid távú költségeket valamint az ezeket megelőző intézkedések költségeit.
3. A kockázati költségeket olyan módon kell kialakítani, hogy azok mind a munkavállalókat, mind a munkáltatókat közvetlenül ösztönözzék a balesetek megelőzésében.
4. Az önálló balesetbiztosítás rendszerének kialakítása során az egészségbiztosításon belül olyan informatikai bázist kell kialakítani, amely a jelenleginél egyszerűbb, egyúttal enyhíti a költségvetés terheit.
5. A kockázati költségek nagyságát úgy kell kialakítani, hogy abból finanszírozhatók legyenek a foglalkozás-egészségügy bér- és dologi kiadásai, valamint a szükséges orvosi és foglalkozási rehabilitáció költségei is.
6. A balesetbiztosításnak lehetőleg olyan mechanizmust kell kialakítania, ahol kiküszöböljük a szubjektív elemeket, de figyelembe vesszük a gazdálkodó szervezetek eltérő objektív adottságait.
7. A balesetbiztosítás modellje illeszthető legyen az egészségbiztosítás jelenlegi rendszeréhez oly módon, hogy az ne növelje az egészségbiztosítási alap költségeit, azon belül csak átcsoportosítást és differenciálást igényeljen.
8. A balesetbiztosítási ág kialakításakor az állami garanciavállalás mellett olyan kockázati költségek kialakítása indokolt, hogy sem a munkáltató, sem a munkavállaló nem kerül a jelenleginél nehezebb helyzetbe, de a rendszer tartalmaz szolidaritási elemeket is.

A balesetbiztosítási ág forrásai részben a munkáltatói befizetések, részben a munkavállalói befizetések, illetve az állami szerepvállalás lehetnek. A kötelező balesetbiztosítási jognal járó szolgáltatások körét úgy célszerű meghatározni, hogy azok egyrészt tartalmazzák a jelenlegi ellátásokat, másrészt a többletigények kielégítésére a munkavállalók önkéntes kockázati közösségei is fedezetet jelenthetnek (például egészségpénztárak, ahol a tagok közvetlen befizetései mellett a munkáltatóktól is lenne a tagok javára befizetés).

Célszerű lenne a balesetbiztosítási rendszer kialakítását oly módon megvalósítani, ahogy azt az Európai Unió országainak többségében ismerik. A rendszer fokozatos bevezetése és véglegesítése az ezredfordulót követő egy-két évben lehetséges lenne.

A balesetbiztosítási rendszer megvalósításának előkészítése során számba kell venni mindazokat a költségeket, amelyek az üzemi balesetekhez, a foglalkozással összefüggő megbetegedésekhez és hosszú távú hatásaikhoz tapad.

Felül kell vizsgálni a költségek viselésének jelenlegi struktúráját, hogy a munkavállaló, munkáltató, az állami költségvetés, az Egészségbiztosítási Alap és a Nyugdíjbiztosítási Alap között milyen arányban oszlik meg.

A megfelelően összegyűjtött és rendszerezett költségadatok ismeretében meg kell határozni az információs és adatszolgáltatási rendszerrel szemben támasztandó további többletigényeket az információs rendszer fejlesztéséhez, és ki kell dolgozni a célokban és az elvekben meghatározott balesetbiztosítási modellt, a kockázatarányos díjfizetés rendszerét.

A hozzátartozói baleseti ellátások jövőbeni megállapítása során a munkáltatói oldal javasolja, hogy az 1997. évi LXXXI. törvény 60. §-ának (2) és (3) bekezdésében szabályozottak kerüljenek ki a hozzátartozói nyugellátások jogcímei közül.

10.6.1. Javaslatok a módosuló balesetiellátó-rendszer alapelveire

- Az egészségbiztosítás által finanszírozott járadékellátásokat alapvetően a jelenlegi baleseti-járadék-ellátás feltételrendszerének kiterjesztésével indokolt létrehozni.
- Az ellátások alapvetően kiegészítő ellátások. A jogosultság nem az ellátások mellett megszerzett jövedelem mértékétől, hanem az egészségi állapot alakulásától függ.
- Az ellátási jogosultság független a megszerzett szolgálati időtől.
- A baleseti kockázat jellegének megfelelően az ellátás mértéke a balesetet közvetlenül megelőző keresethez szorosan kötődik, nem veszi figyelembe a munkaképesség-változást megelőző életpálya hosszabb időszakát.
- A hozzátartozói ellátás rendszere többletkedvezményt csak a szolgálati idő figyelembevételével kapcsolatban érvényesít, a hozzátartozói jogosultság igazodik az általános szabályokhoz.

Vita tárgyát általában a feltételrendszer olyan elemei képezhetik, amelyekben a jelenlegi baleseti járadék és a balesetirokkantsági nyugellátás feltételei ütköznek. Az ellátórendszer végleges konstrukciója a balesetbiztosítási ágazat kialakításakor is módosulhat.

- Mennyire érvényesül következetesen a kiegészítő ellátás alapelve? A sikeres rehabilitáció változatlan munkaképesség-változási mérték esetén befolyásolja-e az ellátás további folyósítását? Javasolható, hogy teljes, sikeres rehabilitáció esetén az ellátás fokozatosan (részben, vagy teljes egészében) szűnjön meg.
- A megszerzett szolgálati idő mennyiben befolyásolja-e az ellátás mértékét? (Arányosan növeli, vagy az ellátási mérték ettől független.)
- Pontosítani kell a „jelentős” mértéket el nem érő munkaképesség-változás esetén a rehabilitációs kötelezettségeket. (Az érintett személyek esetében a munkahelyi védelem jelenleg is fokozottabb, és nagyobb valószínűséggel rehabilitálhatók korábbi munkahelyükön.)

10.6.2. Az Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott egészségbiztosítási ellátások feltételrendszere – javasolt eltérések az általános szabályrendszerhez képest

Üzemi baleseti eredetű (pontos definíció: a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 52. §-ában) munkaképesség-változása eléri a csekély mértéket, de nem éri el a baleseti rokkantsági nyugellátáshoz szükséges mértéket.

A kiegészítő ellátás alapelveinek megfelelően javasolható, hogy csekély mértékű munkaképesség-csökkenés esetén az ellátás limitált időtartamú (például 2 év) legyen.

Magasabb mértékű munkaképesség-csökkenés esetén – a rehabilitálhatóság figyelembevételével – az egészségi állapot javulásáig vagy romlásáig kapja az illető az ellátást.

Eldöntendő, hogy teljes sikeres rehabilitáció esetén tovább folyósítsák-e az ellátást. Javaslat: nem, vagy részben nem.

Az ellátás mértéke függjön

- a munkaképesség-változás mértékétől;
- „jelentős” mértéket meghaladó munkaképesség-változás esetén a rehabilitálhatóságtól;
- (az előző két feltétel által együttesen meghatározott baleseti fokozattól);
- valamint a balesetet közvetlenül megelőző egy éven belül elért kereset havi átlagától.

Hat baleseti fokozat alakítható ki, s az egyes baleseti fokozathoz tartozó állapotok a következők lehetnek:

Baleseti fokozat	Egészségi állapot
1.	Csekély munkaképesség-változás
2.	Kis mértékű munkaképesség-változás
3.	Közepes fokú munkaképesség-változás
4.	Számottevő munkaképesség-változás
5.	Rehab. járadékra jogosultságot jelentő állapot
6.	Eg.kár. járadékra jogosultságot jelentő állapot

Az ellátás mértéke (átlagkeresethez viszonyított aránya) a baleseti fokozattól függ.
Kiinduló javaslat:

Baleseti fokozat	Mérték
1.	8%
2.	15%
3.	23%
4.	30%
5.	45%
6.	60%

Eldöntendő kérdés továbbá: a megszerzett szolgálati idő befolyásolja-e az ellátás mértékét. Javaslat: ne befolyásolja.

Hozzá tartozói ellátásra való jogosultság esetén 1998. I. 1-jétől megszűnt az a többletjogosultság, amely szerint üzemi baleseti eredetű elhalálozás esetén az egyéb feltételektől (kor, árvaellátásra jogosult eltartott gyermekek száma, a munkaképesség-változás mértéke) függetlenül fennáll az állandó özvegynyugdíj-jogosultság.

Kedvezmény kizárólag a szolgálati idő-feltétellel kapcsolatban maradt: üzemi baleseti eredetű halál és az egyéb feltételek teljesülése esetén a hozzátartozót az eredeti jogszerző szolgálati idejére tekintet nélkül megilleti a hozzátartozói nyugellátás.

A kedvezmény e rendszerének változtatását nem javasoljuk, a hozzátartozói jogosultságnak baleseti eredetű elhalálozás esetén az általános feltételekhez kell igazodnia.

A balesetbiztosítási ág bevezetésekor indokolt a hozzátartozói jogosultság egész rendszerét felülvizsgálni.

A jelenlegi rendszerben a baleseti ellátások finanszírozása részben a nyugdíjbiztosítási, részben az egészségbiztosítási ág feladatkörébe tartozik. Mindkét ág készíti az ügykörébe tartozó jelenlegi feladatok új rendszerbe illesztésével kapcsolatban javaslatot.

1. Baleseti rokkantsági nyugdíj (saját jogú nyugellátás)
2. Baleseti hozzátartozói nyugellátások.

10.6.2.1. A BALESETIROKKANTSÁGI NYUGDÍJASOK

Ezen ellátottak esetében jelenleg – a „normál” rokkantsági nyugdíjasokhoz hasonlóan – van I., II., III. rokkantsági csoport. A balesetirokkantsági nyugdíj azonban mind a három rokkantsági csoportban emelt szintű ellátást ad a „normál” rokkantsági nyugdíjakhoz képest.

A jelenlegi rendszerben I.-II. csoportba a munkaképességét (üzemi baleset vagy rendeletben meghatározott foglalkozási megbetegedések esetén) teljes mértékben elvesztő emberek, a III. csoportba pedig a munkaképességük legalább 67%-át (szilikózis miatt az 50%-át) elvesztő személyek tartoznak.

Az orvosszakmai javaslatok alapján a tervezett rendszerben a véleményezés alapvetően a megmaradt munkaképességre irányulna, valamint a minősítés szempontja (és ezzel összefüggésben az adott ellátási kategóriára való „jogosultság”) lenne a rehabilitálhatóság megítélése is.

Az új rendszerhez kapcsolódóan az alábbi javaslatok fogalmazhatók meg:

A javasolt munkaképesség-vesztési kategóriák közül a „teljes”, a „súlyos” és a „jelentős” az, ahol – a mai fogalmak szerint – legalább 67%-os a munkaképesség-vesztés. A baleseti ellátások szempontjából a – jelenleg jogszabályban kiemelt – szilikózisos megbetegedés 50% feletti munkaképesség-vesztés esetén tartozna a „jelentős” kategóriába.

Ezek közül baleseti rokkantsági nyugdíjat a munkaképességüket „teljesen” elvesztett emberek, valamint a munkaképességükben „súlyosan” megváltozott személyek közül a nem rehabilitálhatók és az „esélytelen a rehabilitációja” besorolású kör kapna (hasonlóan a „normál” rokkantsági nyugdíjhoz). A „súlyos” munkaképesség-változást megélt emberek közül a rehabilitálhatósági esetekben, a „jelentős” kategóriában (itt lehetséges a rehabilitálhatóság) az ellátás az Egészségbiztosítási Alapból történne.

Az emelt szintű ellátást mint alapelvet szükséges fenntartani, de miután az „alapellátások” mértékei még nincsenek beállítva, erre vonatkozóan majd később lehet javaslatot tenni.

10.6.2.2. BALESETI NYUGELLÁTÁSOK HOZZÁTARTOZÓK SZÁMÁRA

Ezek az ellátások a jogszerző halálesetéhez kapcsolódnak, nevezetesen:

- akkor járnak, ha a sérült az üzemi baleset következtében meghalt;
- baleseti rokkantsági nyugdíjas személy hozzátartozójának akkor is járnak, ha a nyugdíjas illető nem az üzemi baleset következtében halt meg;
- a baleseti sérült illető hozzátartozójának akkor is jár az ellátás, ha a sérült személy a baleseti táppénz folyósításának tartama alatt nem az üzemi baleset következtében halt ugyan meg, de vélelmezhető, hogy életben maradása esetén baleseti rokkantsági nyugdíjra lett volna jogosult.

A hozzátartozói nyugellátásokra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni, azzal az eltéréssel, hogy a hozzátartozót a baleseti nyugellátás a jogszerző személy szolgálati idejére tekintet nélkül megilleti.

Jelenleg ezeknek az ellátásoknak a finanszírozása a tb pénzügyi alapjairól szóló, többször módosított 1992. évi LXXXIV. törvény szerint megoszlik a két biztosítási ág között.

Az új rendszerben a hozzátartozói baleseti ellátások finanszírozási forrása megegyezne az általános hozzátartozói ellátásokra vonatkozó forrásokkal.

A balesetbiztosítási ág kialakításának jelenlegi akadálya, hogy nem állnak rendelkezésre megbízható adatok a foglalkozási balesetek és betegségek költségeire vonatkozóan. Nem ítélt meg, hogy az egyes munkáltatók, alágazatok vagy ágazatok milyen arányban „járulnak hozzá” a költségek keletkezéséhez, illetve hogy az egyes balesetek és betegségek milyen költségeket okoznak a biztosítónak.

10.7. Családi, hozzátartozói juttatások

A család megélhetésének megítélése az egy főre jutó jövedelem alapján történjen.

Ehhez szükséges, hogy a gondozást, ápolást szabadidejükben, vagy a nap huszonnégy órájában vállaló hozzátartozók jövedelme is rendezett legyen.

Jelenleg a súlyos fogyatékossgal élő, vagy krónikus beteg embert ápoló hozzátartozók, ha emellett csak részmunkaidőben dolgoznak, akkor ápolási díjat kapnak. Ez felnőtt, 18 évesnél idősebb tartósan beteg ápoló ember esetében az öregségnyugdíj-minimum 60%-a. Ez összeg magasabb lehet a helyi önkormányzatok egyéni döntései alapján, de nem törvény által biztosítottan. Ha ez 100% lenne, bármely személy tartósan egészségkárosodott felnőttet ápoló személy esetében, mint a 2—18 év közötti ápolotknál, akkor a rendszer igazságosabb lenne, bár a speciális igényeket ez sem ellensúlyozná.

Mindehhez járul az, hogy a fogyatékossgal élő dolgozó ember költségei jóval jelentősebbek, mint a bedolgozóké, az „otthonélőké”, vagy a csak szabadidős programokra eljutóké. A közlekedés, a személyi segítő, a megjelenés (ruházat, hajviselet), a megfelelő táplálék többbe kerül, mintha nem dolgoznának. Szükség lenne a munkával kapcsolatos életvitel anyagi támogatására – nem a munkaadónak, hanem a dolgozónak juttatva.

Ehhez jön, hogy a testi állapot miatti gyakoribb megbetegedések ma még anyagi csődöt jelenthetnek, ahonnan az állandó alacsony jövedelmek miatt nagyon nehéz kilábalni.

A megbetegedések anyagi következményeit, az ettől való félelmet csökkenthetné a valóban ingyenes egészségügyi ellátás, benne gyógyszer- és segédeszköz-ellátás, s a megfelelő betegszállítás.

És természetesen kellene egy speciális pénzügyi alap, ahová vészhelyzetben a fogyatékossgal élő ember fordulhat.

REHABILITÁCIÓS TEVÉKENYSÉG A MUNKAÜGYI KIRENDELTSÉGEKNÉL

(Egy empirikus vizsgálat tapasztalatai)

Készítette: Dr. Gere Ilona

Budapest, 2000. május–június

Tartalom

Bevezető	57
A megváltozott munkaképességű ügyfelek fogadásának körülményei	58
Az első interjú fontossága	59
Együttműködési terv készítése	60
A foglalkozás-egészségügyi vizsgálat szerepe a rehabilitációban	60
Rehabilitációs tanácsadás	62
Képzési igények és teljesítések	63
Átalakuló formák a munkáltatói kapcsolatokban	68
A kirendeltségek együttműködése a civil szervezetekkel	70
Kapcsolatépítés az önkormányzatokkal, a szociális intézményekkel	71
Attitűdök, vélemények a foglalkozási rehabilitációval kapcsolatban	72
Közvetítői igények a rehabilitációs munka színvonalának emelése érdekében	74

Bevezető

A foglalkozási rehabilitáció intézményrendszerének kiépítése keretében a munkaügyi szervezetben 1998. január elseje óta a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek munkaerő-piaci reintegrációjának segítésére országos rehabilitációs program működik. A program végrehajtásának fő felelősei a munkaügyi kirendeltségek. A téma megyei koordinálását a program keretében létrehozott rehabilitációs munkacsoportok végzik, amelyeknek egyik meghatározó feladata a kirendeltségek rehabilitációs tevékenységének segítése.

A rehabilitációs munka helyzetéről, eredményeiről a megyék – a rehabilitációs csoportok összeállításában – félévenként beszámolót készítenek a Szociális és Családügyi Minisztérium részére. Ezek természetesen tartalmazzák a kirendeltségi eseményeket is, de közvetlen információkat eddig nem kaptunk a közvetítő munkatársaktól. Mivel a kirendeltségek szerepe meghatározó a rehabilitáció egész folyamatában, s az ottani kollégák magatartása és munkakörülményei (például leterheltség, segítő csatornák kiépítettsége, együttműködés formái) jelentősen befolyásolhatják a rehabilitáció kimenetét is, fontosnak tartottuk véleményük, hozzáállásuk, objektív lehetőségeik közvetlen megismerését.

Ennek érdekében 2000. március hónapban empirikus vizsgálatot végeztünk azon kirendeltségi munkatársak körében, akiknek megváltozott munkaképességű ügyfeleik (is) vannak. Összesen 398 kérdőív készült, az alábbi megyei megoszlásban:

Megye	Kérdőívet kitöltők száma
Budapest	23
Bács-Kiskun megye	23
Baranya megye	23
Békés megye	12
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	23
Csongrád megye	36
Fejér megye	18
Győr-Moson-Sopron megye	6
Hajdú-Bihar megye	16
Heves megye	6
Jász-Nagykun-Szolnok megye	42
Komárom-Esztergom megye	7
Nógrád megye	13
Pest megye	39
Somogy megye	21
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	24
Tolna megye	9
Vas megye	18
Veszprém megye	13
Zala megye	26
Összesen	398

A kérdőív meghatározóan zárt kérdéseket tartalmazott, de igen fontosnak tartottuk a munkatársak rehabilitációval kapcsolatos attitűdjének, véleményének; a munka továbbfejlesztése érdekében szükséges intézkedéseknek, javaslatoknak a megismerését is, ezért lehetőség volt néhány kérdés részletes kifejtésére is.¹

¹ A válaszok feldolgozása számítógépes program segítségével történt, melyet – az SZCSM megbízásából – Tajti József készített el. A nyitott kérdéseket Nagyné Popper Ágnes dolgozta fel.

A megváltozott munkaképességű ügyfelek fogadásának körülményei

A vizsgálat során mindenekelőtt arról szerettünk volna képet alkotni, hogy a kirendeltségeken belül miként épültek ki a megváltozott munkaképességű ügyfelek fogadásának körülményei; milyen munkamegosztással folyik a rehabilitációs munka; kialakultak-e már az egymás munkáját segítő együttműködési formák, illetve sikerült-e áthidaló megoldásokat találni az idő- és kapacitáshiánnyal küzdő közvetítő munkatársak számára, hogy személyre szabottan intézzék a rehabilitálandó ügyfelek ügyeit.

1. TÁBLÁZAT A MUNKAMEGOSZTÁS FORMÁI A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ ÜGYFELEKKEL KAPCSOLATBAN

N = 398

A munkamegosztás formája	A válaszok megoszlása
Egy közvetítő csak megváltozott munkaképességű ügyfelekkel foglalkozik	1,3%
Egy közvetítő csak hátrányos helyzetű ügyfelekkel foglalkozik	0,3%
Egy közvetítő a többi ügyfél kiszolgálása mellett végzi ezt a feladatot	30,4%
Munkavállalási tanácsadó végzi ezt a feladatot	4,5%
Minden közvetítő minden ügyféllel foglalkozik	41,5%
Egyéb megoldást alkalmaznak	21,6%
Nem válaszolt, nem értékelhető	0,5%
Összesen	100,0%

A kirendeltségeken tehát az a legjellemzőbb gyakorlat (41,5%), hogy minden közvetítő minden ügyféllel foglalkozik, azaz nincsenek elkülönítve a rehabilitációs ügyfelek. A kérdezettek 30%-ánál ugyan ki van jelölve egy személy, aki megváltozott munkaképességű ügyfelekkel foglalkozik, de ezt nem kizárólagosan, hanem a többi ügyfél kiszolgálása mellett teszi. Az egész országban mindössze öt olyan kijelölt személy van, akinek kizárólag rehabilitációs ügyfélköre van, és négy esetben jelezték, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakvéleményig minden közvetítő fogadja a rehabilitációs ügyfeleket, de ezt követően egy személyhez kerülnek. A megváltozott munkaképességű munkanélküli ügyfelek elkülönítése természetesen nem lehet cél, a probléma inkább abban van, hogy ha egy-egy közvetítőre nagyon sok munka hárul, akkor nem tud olyan időtartamú és mélységű figyelmet fordítani a rehabilitálandó személyekre, amire nekik viszont feltétlenül szükségük lenne. S így már az első találkozás során – a technikai nehézségek miatt – eldőlhét az egész rehabilitációs folyamat sikere vagy sikertelensége. Az is igaz ugyanakkor, hogy a jelenleg regiszterben lévő munkanélküli emberek összetételét ismerve valószínűsíthető, hogy nem csak a megváltozott munkaképességű személyek esetében, de általában is szükség lenne az egy ügyfélre fordítható időtartam növelésére, ha eredményes ügyintézészt várunk.

Ha a kapcsolt munkakörben rehabilitációs ügyfelekkel (is) foglalkozó ügyintézők egyéb feladatait vizsgáljuk, akkor látható, hogy 86%-uk más munkanélkülieket is közvetít; 56%-uk más hátrányos helyzetű csoportok ügyeit is intézi, és 63%-uk a kiemelt programokkal kapcsolatos feladatokat is ellátja. A kirendeltségi munkatársak 14%-a a közvetítés mellett hatósági feladatokat is végez.

2. TÁBLÁZAT
A REHABILITÁCIÓS KÖZVETÍTŐK EGYÉB FELADATAINAK MEGOSZLÁSA
(JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

N=398

Társult feladatok	Első	Második helyen jelölte	Harmadik
Rehabilitációs ügyfeleken kívül más munkanélküli közvetítése	86,4	–	–
Más hátrányos helyzetű csoportok közvetítése	0,8	55,3	0,3
Kiemelt programokkal kapcsolatos feladatok	4,8	16,8	41,0
Hatósági feladatokat lát el	3,8	4,5	5,3
Egyéb feladatokat lát el	2,5	8,8	17,8
Nem válaszolt, nem értékelhető	1,8	14,6	35,7
Összesen	100,0	100,0	100,0

Mindebből következik, hogy 73%-uk munkaidejének maximum 30%-ában, 11%-uk 30-40%-ában tud csak megváltozott munkaképességű ügyfelekkel foglalkozni. A 398 közvetítő közül mindössze heten fordítják munkaidejük 60-80%-át és tizenketten 50%-át erre a tevékenységre.

Az első interjú fontossága

A megváltozott munkaképességű ügyfelekkel ún. első interjút készítenek a kirendeltségeken. Ez a beszélgetés arra szolgál, hogy az ügyintéző megismerje az ügyfél helyzetét, körülményeit, munkaerő-piaci szándékait, valamint hogy tájékoztatást adjon a rehabilitációs eljárásról, a lehetséges támogatásokról és eszközökről, valamint a munkaerő-piaci szervezet szolgáltatásairól. Az első interjút 70%-ban a közvetítő munkatársak, 18%-ban a rehabilitációs koordinátorok, 7%-ban egyéb munkatársak és 2%-ban munkavállalási tanácsadók végzik. Az interjút készítőik fele 20 percnél rövidebb időt tud erre a tevékenységre fordítani (6% 10 percnél is rövidebb időt, 43% 10-20 perc közötti időtartamot), míg 27%-uk 20-30 perc közötti időtartamot; és mindössze a megkérdezettek 4%-ának jut 30 percnél hosszabb idő az első beszélgetésre.

3. TÁBLÁZAT
AZ ELSŐ INTERJÚRA FORDÍTOTT IDŐ MEGOSZLÁSA
AZ INTERJÚT VÉGZŐ SZEMÉLY FÜGGVÉNYÉBEN (SZÁZALÉK)*

Az interjúra fordított idő	Az első interjút végző személy					Összesen
	közvetítő munkatárs	rehab. koordinátor	munkaváll. tanácsadó	egyéb munkatárs	nincs kijelölve	
10 percnél rövidebb	5,0	2,8	0,0	22,2	0,0	5,6
10-20 perc	47,7	40,3	0,0	11,1	44,4	42,9
20-30 perc	26,2	30,6	42,9	33,3	22,2	27,7
30 percnél hosszabb	3,2	5,6	0,0	3,7	0,0	3,6
egyéb leterheltségtől függ	13,6	16,7	57,1	22,2	33,3	16,0
egyéb	4,3	4,2	0,0	7,4	0,0	4,3
Összesen	70,8	18,3	1,8	6,9	2,3	100,0
N =	279	72	7	27	9	394

* A táblázatok nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Ha a ráfordított időt abban az összefüggésben vizsgáljuk, hogy ki készíti az interjút, akkor látható, hogy legkevesebb időt a közvetítő munkatársak tudnak erre a tevékenységre fordítani (53%-uk max.

20 percet), míg a rehabilitációs koordinátorok valamivel többet. Legjobb ráfordítási mutatók a munkavállalási tanácsadóknak vannak, de itt nem szabad figyelmen kívül hagyni a minta nagyságát, hiszen a 279 közvetítővel szemben mindössze 8 tanácsadó készített első interjút.

A kirendeltségi munkatársak 50%-a – azok, akik 20 percnél rövidebb időt tudnak erre fordítani – rövidnek tartja az első beszélgetést. 72%-uk (143 fő) ezért igyekszik valamilyen áthidaló megoldást alkalmazni a rövid időtartam pótlása érdekében. Legtöbbször (99 fő) visszarendelik(!!!) az ügyfelet egy újabb beszélgetésre. Vannak, akik erre az ismételt találkozásra ügyfélfogadás-mentes napot vagy délutánt jelölnek meg, hogy alaposabban foglalkozhassanak az ügyféllel, és csökkentsék a várakozási időt. A minta 2%-a viszont annyi időt foglalkozik a megváltozott munkaképességű ügyféllel, amennyi szükséges, még akkor is, ha ez a többi munka rovására történik. Bizonyos válaszokból az derült ki, hogy sokszor az időhiány – és nem a lehetőségek határai – miatt adják át az ügyfelet a rehabilitációs csoportnak, a munkavállalási tanácsadónak, a koordinátornak.

Együttműködési terv készítése

A rehabilitációs eljárás során igen fontos annak meghatározása, hogy a sikeres elhelyezkedés érdekében a munkaügyi szervezet milyen segítséget ad a megváltozott munkaképességű ügyfélnek, illetve, hogy ő maga milyen erőfeszítéseket tesz az eljárás eredményessége érdekében. E kölcsönös feladatvállalásnak fontos dokumentuma az együttműködési terv, amelyet a későbbiekben folyamatosan ellenőrizni, szükség szerint módosítani kell. A vizsgálat eredménye szerint a kirendeltségi ügyintézők 24%-a kivétel nélkül minden esetben elkészíti az együttműködési tervet, 70%-a pedig abban az esetben, ha az ügyfél vállalja a rehabilitációs eljárásban való közreműködést. Mindössze 6%-ban helytelen a gyakorlat, itt ugyanis csak meghatározott esemény (például szolgáltatásban, képzésben való részvétel) esetén készül ilyen terv.

A foglalkozás-egészségügyi vizsgálat szerepe a rehabilitációban

A munkaügyi központok foglalkozási rehabilitációs eljárásáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek foglalkoztatását elősegítő egyes támogatásokról szóló 11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet a munkaügyi központok rehabilitációs feladatain belül meghatározta azokat az eseteket, amikor az eljáráshoz – a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztathatóságának, illetve szakmai alkalmasságának megállapítása érdekében – a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek közreműködését kell kérni. Így például:

- a foglalkozási rehabilitáció irányának, tartalmának meghatározása;
- bizonyos munkakör elláthatóságának megállapítása;
- képzésbe vonás esetén szakmai alkalmasság megállapítása céljából;
- közhasznú munka előkészítése során, ha a felajánlott munka a korábbi foglalkozásnál nehezebb fizikai munkakört jelent, illetve ha az érintett személy a felajánlott munkát egészségi problémákra hivatkozva visszautasítja.

Az utóbbi években igen eltérő gyakorlatok alakultak ki a vizsgálatra küldés időpontját illetően. Vannak olyan kirendeltségek, ahol az eljárásba vonással egyidőben mindenkit – akinek nincs orvos-szakértői minősítése – elküldenek foglalkozás-egészségügyi vizsgálatra (60%), de vannak olyanok is, ahol csak konkrét állás- vagy képzésajánlat esetén végeztetik el a vizsgálatot (36%).

4. TÁBLÁZAT A FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI VIZSGÁLATRA KÜLDÉS MEGOSZLÁSA*

N=398

Mikor küldik vizsgálatra az ügyfelet	Megoszlás (%)
Minden esetben, ha egészségi problémát jelez	37,9
Ha nem rendelkezik OOSZI-szakvéleménnyel	23,8
Ha bizonytalanok a foglalkoztathatóságában	26,8
Csak ha állást tudnak ajánlani számára	5,3
Képzésre jelentkezés előtt	1,2
Képzésre történő beiskolázás előtt	1,2
Egyéb esetben	3,9
Összesen	100,0

A foglalkozás-egészségügyi szakvélemények igen fontos dokumentációk a foglalkozási rehabilitációs munka során. A minősítési rendszer hiányosságai miatt ez az egyetlen segédeszköz annak megítéléséhez, hogy a megmaradt készségek milyen munkára teszik alkalmassá az érintett személyt, illetve melyek azok a körülmények, amelyek tovább ronthatják egészségi állapotát. Mivel ez a feladat mind a véleményt adó, mind az azt felhasználó szervezet számára teljességgel új volt, idő kellett hozzá, hogy valóban segítő együttműködés alakuljon ki a felek között. A kirendeltségi munkatársak véleménye erről az alábbiak szerint alakult:

5. TÁBLÁZAT VÉLEMÉNYEK A FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI SZAKVÉLEMÉNYEKRŐL (JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

Vélemények	Első	Második helyen jelölték	Harmadik	Összes jelölés
Nagy segítséget jelent a munkában	42,5	–	–	21,9
Folyamatosan javul a használhatósága	22,1	17,9	–	17,7
Személyes kapcsolat a szakorvosokkal, mód van a problémás esetek tisztázására	8,3	25,7	18,1	15,7
Nagyon kevés a szakellátóhely, ez nehezíti a munkát	5,5	4,9	1,9	4,8
Igazi segítséget a számítógépes programmal együtt jelentene	10,6	29,9	49,5	22,6
Sok a nehezen értelmezhető szakvélemény	7,3	13,4	20,0	11,2
Inkább hátráltatja a munkát, mint segíti	0,3	3,7	4,8	2,1
Egyéb	3,3	4,5	5,7	4,0
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
N =	397	268	105	770

* A táblázato nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A megkérdezettek több mint 40%-a egyértelműen pozitív értékelést adott a szakvéleményekről, további 40% szerint pedig folyamatosan javul a használhatóságuk. 90%-uk szerint a szakvélemények a számítógépes programmal együtt jelentenének igazi segítséget a kirendeltségek munkájában, de sok jelölést kaptak az egyéb pozitív tartalmú válaszok is. A szakvélemények értelmezhetőségét a megkérdezettek 40%-a kifogásolta, és mindössze 9%-uknak volt a foglalkozás-egészségügyi szakvélemények használhatóságáról egyértelműen elmarasztaló véleményük.

Igen kedvező, hogy a kirendeltségi munkatársak több mint 50%-a már személyes kapcsolatot alakított ki a szakorvosokkal, s ez lehetőséget adott a bizonytalan kérdések tisztázására.

A kérdőívek 13%-a egyéb válaszokat is tartalmazott, amelyekben legtöbbször az alábbi problémákat jelezték:

- a szakvélemény nem segíti a munkábehelyezést, mert nem az alkalmasságot, hanem a korlátozásokat részletezi (a pozitívumokat is tartalmaznia kellene);
- egyes orvosok csak a régebbi leletekből diagnosztizálnak. Alaposabb, felelősségteljesebb vizsgálatokra volna szükség;
- nem lehet korrektül rögzíteni a szakvéleményt az UGYFU-ban.

A kirendeltségek véleményének ismeretében értékeltük azt is, hogy a vizsgálatra küldés időpontját befolyásolják-e a szakvéleményekkel kapcsolatos közvetítői vélemények.

6. TÁBLÁZAT
A FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI VIZSGÁLATRA KÜLDÉS
A SZAKVÉLEMÉNYEKRŐL KIALAKULT KÖZVETÍTŐI VÉLEMÉNYEK FÜGGVÉNYÉBEN
(AZ ÖSSZES VIZSGÁLAT SZÁZALÉKÁBAN)

Vélemény a fogl-eü. szakvéleményekről	minden esetben	ha nincs OOSZI-vélemény	bizonytalan a foglalkoz-tathatóság	A vizsgálatra küldés ha állást tudnak ajánlani	képzésre jelentkezés előtt	képzésre beiskolázás előtt	egyéb	Együtt
Nagy segítséget jelent a munkában	22,3	21,9	24,3	9,8	11,1	44,4	16,7	21,9
Folyamatosan javul használhatósága	16,4	20,0	18,0	19,5	11,1	0,0	16,7	17,7
Személyes kapcsolat a szakorvosokkal, mód van a problémás esetek tisztázására	16,8	18,6	12,1	12,2	22,2	11,1	16,7	15,7
Nagyon kevés a szakellátóhely, ez nehezíti a munkát	6,2	4,9	2,4	9,8	11,1	0,0	0,0	4,8
Igazi segítséget a számítógépes programmal együtt jelentene	18,8	23,0	25,7	22,0	22,2	44,4	30,0	22,6
Sok a nehezen értelmezhető szakvélemény	12,7	7,1	11,7	19,5	22,2	0,0	6,7	11,2
Inkább hátráltatja a munkát, mint segíti	3,4	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	3,3	2,1
Egyéb	3,4	4,4	3,4	7,3	0,0	0,0	10,0	4,0
Együtt	37,9	23,8	26,8	5,3	1,2	1,2	3,9	100,0
N =	292	183	206	41	9	9	30	770

Mint a 6. táblázat mutatja, azok a munkatársak sokkal gyakrabban küldik már a kezdet kezdetén foglalkozás-egészségügyi vizsgálatra a megváltozott munkaképességű ügyfeleket, akiknek pozitív a véleményük a szakvélemények használhatóságáról. Akiknek fenntartásuk van a foglalkozás-egészségügyi vizsgálatokkal kapcsolatban, ők elsősorban konkrét események (álláshely, képzésbe vonás stb.) kapcsán veszik igénybe ezt a lehetőséget.

Rehabilitációs tanácsadás

Az egyéni tanácsadásoknak igen fontos szerepük lehet a megváltozott munkaképességű személyek sikeres rehabilitációjában. Munkaerő-piaci lehetőségeik, irányaik meghatározása szempontjából lényeges, hogy egyéni adottságaik, elképzeléseik ismeretében személyre szóló programot dolgozzanak ki számukra. Ezt a munkát igen sok esetben csak akkor lehet felelősségteljesen elvégezni, ha a tanácsadó – akár több alkalommal – interaktív beszélgetés keretében pontos képet kap a rehabilitálandó személy elképzeléseiről, céljairól, amiket – az érintett ügyféllel közösen – összehangol az igénybe vehető munkaerő-piaci eszközökkel, szolgáltatási formákkal, támogatási lehetőségekkel. Ez a munka igen

érzékeny területeket is érinthet, és megalapozott szakmai rutin kell ahhoz, hogy tényleges segítséget adjon. Rehabilitációs tanácsot ezért csak megfelelő végzettséggel rendelkező munkatárs adhat.

7. TÁBLÁZAT REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÁST VÉGZŐ SZEMÉLYEK MEGOSZTLÁSA (JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

Ki végez a kirendeltségen rehabilitációs tanácsadást	Első	Második helyen jelölték	Harmadik
A kirendeltségen dolgozó munkavállalási tanácsadó	31,2	–	–
Közvetítő munkatárs	21,1	11,1	–
A rehabilitációs munkacsoport tagjai	29,1	19,3	3,3
Pszichológiai szakszolgálat munkatársai	7,0	11,3	7,3
Egyéb	2,8	1,8	1,5
A kirendeltségen nincs tanácsadás	8,3	3,5	1,0
Nem jelölte	0,2	53,0	86,9
Összesen	100,0	100,0	100,0
N =	396	187	52

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A 7. táblázat azt mutatja, hogy a válaszolók 31%-ánál (124 fő) van munkavállalási tanácsadó. Ha figyelembe vesszük, hogy 1 kirendeltségen átlagosan – természetesen igen nagy szórással – 2,3 rehabilitációs közvetítő² dolgozik, akkor ez azt jelenti, hogy kb. 54 kirendeltség (azaz az összes kirendeltség egyharmada) rendelkezik ilyen szakemberrel. Ez még akkor is nagyon kevés, ha látjuk, hogy 206 közvetítő (52%) jelezte, hogy a rehabilitációs munkacsoport tagjai is végeznek tanácsadást, s ez igen sok helyen pótolhatja a hiányt. Ha azonban kilépünk a rehabilitáció területéről, akkor az is egyértelmű, hogy ma a regiszterben többségükben olyan munkanélküli személyek vannak, akik esetében – más okok miatt – ugyanúgy nagy szükség lenne a képzett munkavállalási tanácsadók jelenlétére. Teljességgel szabálytalan – és nagy veszélyeket hordoz magában – az a gyakorlat, hogy ilyen jellegű szakértelemmel nem rendelkező közvetítő munkatársak is tartanak rehabilitációs tanácsadást. A szám riasztóan magas (32%), és ez azt jelenti, hogy kb. 55 kirendeltségen alkalmazzák ezt a helytelen gyakorlatot. TOMPÍTHATJA EZT A HELYZETET, HA FELTÉTELEZZÜK, HOGY ELŐFORDULHATTAK OLYAN ESETEK, AMIKOR A KÉRDŐÍVET KITÖLTŐK – DEFINÍCIÓS PONTATLANSÁG MIATT – AZ EGYÉB BESZÉLGETÉSEKET, INTERJÚKAT IS IDE SOROLTÁK.

Képzési igények és teljesítések

A megváltozott munkaképességű személyek számára az igazi perspektívát szakmai tudásuk megerősítése, megújítása; a munkaerőpiac által igényelt ismeretek elsajátítása jelenthet. A foglalkozási rehabilitációs program adatai azonban azt mutatják, hogy az utóbbi két év során igen kis létszámot ért el a fejlesztés lehetősége. A kutatásban fontos kérdés volt tehát annak tisztázása, hogy mennyiben okolható ezért az érintett személyek passzivitása, illetve milyen (segítő vagy visszatartó) magatartás jellemzi e kérdésben a kirendeltségi munkatársakat.

A képzésekre vonatkozó kérdések kiértékelése előtt mindenképpen jelezni szeretnénk, hogy az elmúlt két évben szerzett ezirányú tapasztalataink azt mutatták, hogy a rehabilitálandó személyek képzését illetően a munkatársakban igen erősen – sokszor a munkabábelhelyezésnél is erősebben – élnek a korábbi beidegződések, sztereotípiák és nagyon sokan még ma is csak túlspecializált – többnyire szegregált – tanfolyamok keretében tudják elképzelni a megváltozott munkaképességű személyek képzé-

² Mint korábban jeleztük, ezt a munkát nem önállóan, hanem meghatározóan más közvetítői feladattal együtt végzik el a munkatársak.

sét. Ezt mutatják a 8. táblázat megoszlásai is, miszerint a megkérdezettek 40%-ának (!!) valamilyen fenntartása van e csoport képzési alkalmasságával, lehetőségével kapcsolatban. Ezen belül 16%-uk szerint a megváltozott munkaképességű személyek többsége egyáltalán nem alkalmas a képzésre. Ez még akkor is magas arány, ha tudjuk, hogy a tartósan regisztrációban lévő megváltozott munkaképességű munkanélküliek valóban az egészségkárosodottakon belül is a leggyengébb adottságokkal (iskolai végzettség, készségek, attitűdök) rendelkeznek egy esetleges új szakma vállalásához.

A kirendeltségi munkatársak közel 20%-ának az a véleménye, hogy a megváltozott munkaképességű emberek képzéséhez ugyanolyan feltételekre van szükség, mint a munkanélkülieknek általában. Az érintettek több, mint 50%-a alaposabb felkészítés és hosszabb képzési idő mellett ugyancsak az integrált képzést jelölte megfelelő formának. Itt azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy konkrét meghatározásokból történő választás esetén általában nagyobb arányban jelölik a válaszolók az elvárt, a közmegejtélés szerint pozitív válaszokat, mint saját véleményüket. Ezt igazolják az adott témakörben feltett különböző (de tartalmukban azonos) kérdésekre kapott eltérő válaszok is.

A közel 10%-os egyéb válaszokban két meghatározás ért el mérhető nagyságrendet. Az egyik szerint a megváltozott munkaképesség jellegétől függ a megfelelő képzési forma, a másik vélemény szerint csak speciálisan előkészített munkaerőigényre alapuló képzések lehetnek eredményesek a megváltozott munkaképességű ügyfelek esetében.

8. TÁBLÁZAT A MEGFELELŐ KÉPZÉSI FORMÁK MEGOSZLÁSA*

N= 398

Milyen képzési forma felelne meg leginkább a megváltozott munkaképességű ügyfeleknek?	Megoszlás (%)
Ugyanazok a feltételek szükségesek, mint a munkanélkülieknek általában	18,6
Hosszabb felkészítés után az integrált képzés a legjobb forma	21,4
Hosszabb képzési időtartammal az integrált képzés a legjobb forma	13,1
Megváltozott munkaképességű emberek képzése csak homogén csoportokban lehet eredményes	15,3
A képzés felesleges ráfordítás, hiszen úgysem tudnak munkát ajánlani számukra	6,3
A megváltozott munkaképességű emberek többsége nem alkalmas a képzésre	16,1
Egyéb	8,5
Nem válaszolt, nem értékelhető	0,8
Összesen	100,0

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Meglehetősen lehangoló képet kaptunk arra a kérdésre, amelyben azt tudakoltuk, hogy – a kirendeltségi munkatársak tapasztalata szerint – milyen a megváltozott munkaképességű emberek készsége és hajlandósága a képzések vállalását illetően.

A megkérdezettek 55%-a szerint ezek az ügyfelek csak abban az esetben vállalkoznának képzésre, ha utána biztosított lenne az elhelyezkedésük; 24%-uk szerint a megváltozott munkaképességű személyek általában nem szívesen vállalkoznak képzésre és mindössze a megkérdezettek 8%-a látja úgy, hogy többségük szívesen venne részt munkaerő-piaci esélyüket javító képzésben. Ezt az alacsony motivációs szintet azonban számos objektív tényező befolyásolja, s ezek tudományos igényű feltáratlansága miatt ma még nehéz hiteles képet kapni a tényleges szándékokról.

Ilyen lehet például:

- a sok esetben igen hosszú passzív időszak, amely alatt a korábban megszerzett ismeretek, birtokolt képességek erősen megkopnak, leépülnek;
- az egészségkárosodottak emberekre általában alacsonyabb iskolai végzettség jellemző;
- az aktív tanulási életszakasztól való nagy távolság;
- a képzőhelyek felkészületlensége és térbeli elhelyezkedésének egyenetlensége
- a ma még igen korlátos elhelyezkedési kilátásokkal nincsenek arányban a képzésben való részvétel ráfordításai
- a munkaügyi központok képzésre fordítható pénzeszközeinek szűkössége, illetve a speciális tanfolyamok magasabb költségei a megváltozott munkaképességű emberek beiskolázása szempontjából nem kedvező mérlegelésre (döntésre) készíthetnek a munkatársakat.

A problémák egy részét jól dokumentálják azok a válaszok, amelyeket a képzési igények kielégítési színvonalával kapcsolatban kaptunk a kirendeltségi munkatársaktól. Ennek értelmében mindössze 12%-uk jelezte, hogy záros határidőn belül minden képzési igényt ki tudnak elégíteni; 29% a képzésre jelentkező megváltozott munkaképességűek 70-80%-ának tud megfelelő tanfolyamot ajánlani, és több mint 40% az amúgy is alacsony igényeknek maximum felét tudja kielégíteni. Ez a tény viszont szoros kölcsönhatásban van a jövőbeni igények alakulásával (a teljesítés alacsony színvonala; a ki nem elégített igények nem serkentik, hanem visszatartják a megváltozott munkaképességű személyek amúgy sem túl magas tanulási hajlandóságát).

9. TÁBLÁZAT KÉPZÉSI IGÉNYEK TELJESÍTÉSÉNEK MEGOSZLÁSA

N= 398

Hogyan tudják teljesíteni a megváltozott munkaképességű személyek képzési igényeit?	Megoszlás (%)
Záros határidőn belül minden igényt kielégítenek	11,8
Az igények 70-80%-át ki tudják elégíteni	29,1
Az igények felét tudják kielégíteni	14,3
Az igényeknek csak kis részét (kb. 20-30%-át) tudják kielégíteni	9,5
Tavaly mindössze néhány személyt tudtak beiskolázni	29,9
Egyéb	4,3
Nem válaszolt, nem értékelhető	1,1
Összesen	100,0

Ahol a képzési igények maximum 50%-át tudták kielégíteni, ott rákérdeztünk ennek lehetséges okaira is.

10. TÁBLÁZAT A KÉPZÉSI IGÉNYEK ALACSONY TELJESÍTÉSI ARÁNYÁNAK OKAI (JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

Jellemző okok	Első	Második helyen jelölték	Harmadik	Összes jelölés
Kevés a megváltozottképessegeknek megfelelő tanfolyam	39,9	–	–	29,2
Csak olyan tanfolyamra iskoláznak be, amely után biztos az elhelyezkedés	3,0	3,3	–	4,6
A megváltozott munkaképességű ügyfelek nem akarnak integrált képzést	4,5	–	0,5	7,5
Nem tudják a speciális tanfolyamokat létszámmal feltölteni	5,3	12,1	1,5	13,8
A képzők nem szívesen vállalkoznak megváltozott munkaképességű személyek képzésére	1,0	3,8	1,3	4,4
A képzők nem alkalmasak e célcsoport képzésére	1,8	5,8	2,0	7,0
A választott képzési irányt a foglalkozás-egészségügyi szakvélemény nem támogatja	0,8	6,3	3,0	7,3
Gondot jelent a képzőhelyek földrajzi, térbeli megközelíthetősége	0,8	11,3	17,1	21,3
A képzések támogatása anyagi korlátokba ütközik	–	1,3	1,3	1,8
Egyéb	0,5	0,8	3,0	3,1
Nem válaszolt, nem értékelhető	42,5	50,3	70,4	–
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
N =	229	198	118	545

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A kirendeltségi munkatársak 40%-a úgy értékelte, hogy azért alacsony a képzési igények teljesítésének színvonala, mert nincs elegendő olyan tanfolyam, amely a megváltozott képességeknek megfelelne. Ezt elsősorban azok gondolják így, akik szerint a rehabilitálandó ügyfelek számára az integrált képzés a legjobb forma, de ezt hosszabb felkészítésnek kellene megelőzni, illetve esetükben hosszabb képzési időre lenne szükség. (11. táblázat)

A negatív válaszok többségét (a megváltozott munkaképességű ügyfelek nem akarnak integrált képzésben részt venni; nem tudják kitölteni a homogén tanfolyamokat megváltozott munkaképességű emberekkel; a képzőhelyek nem szívesen vállalkoznak megváltozott munkaképességű személyek képzésére) az átlagosnál jelentősen nagyobb arányban azok a munkatársak jelölték, akiknek általában fenntartásai vannak e munkanélküli csoport képzésével kapcsolatban. (11. táblázat)

A megkérdezettek 30%-a szerint komoly gondot jelent a képzőhelyek földrajzi, térbeli megközelíthetősége. Ez azonban nem csak a megváltozott munkaképességű emberek problémája, hiszen a képzőhelyek földrajzi elhelyezkedésének egyenetlensége egyaránt nehezíti a kistéleplésen, rossz közlekedési viszonyok között élő bármely munkanélküli személy képzésbe kerülését is. A mozgásukban korlátozott személyek beiskolázását a képzőhelyek többségének hiányzó akadálymentesítése is gátolja. A súlyosabban fogyatékos személyek esetében pedig – akiknek képzése csak hotelszolgáltatást is biztosító speciális képzőintézményeken belül oldható meg – igen fontos, hogy a jelenlegi egyetlen speciális intézmény helyett az ország különböző térségeiben – szélesebb választékú képzési irányokat biztosító képzőintézmények álljanak rendelkezésre.

Meglepő eredmény, hogy a megkérdezettek közül mindössze 2,6% jelezte, hogy náluk a rehabilitációs képzések támogatása anyagi korlátokba ütközik. Itt minden bizonnyal sokan nem vállalták, hogy írásban is rögzítsék a tényleges gyakorlatot. A személyes találkozások, konzultációk során ennél lényegesen többen jelezték, hogy a rehabilitációs képzések igen magas költségűek, ezért sok helyen mérlegelési tényező az anyagi korlát.

A képzések szervezésének objektív akadályai miatt, valamint annak a ténynek az ismeretében, miszerint a képzési igényeknek csak 50%-át tudja a szervezet kielégíteni, feltétlenül módosítani kell a munkatársak korábbi véleményét, miszerint a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek nem szívesen vállalkoznak képzésre. Ezt csak akkor lehet felelősséggel kijelenteni, ha ténylegesen felajánlott, az érintettek számára vállalható tanfolyamokat utasítanak vissza a megváltozott munkaképességű ügyfelek.

11. TÁBLÁZAT
A KÉPZÉSI IGÉNYEK TELJESÍTÉSI AKADÁLYAINAK MEGOSZLÁSA
A MUNKATÁRSOK ÁLTAL KÍVÁNATOSNAK TARTOTT KÉPZÉSI FORMÁK FÜGGVÉNYÉBEN

Kívánatos képzési forma	A képzési igények teljesítésének akadályai										
	Kevés a megfelelő tanfolyam	Csak biztos elhely. eset. iskolázzák	Nem akarnak a integr. képzést	Nincs elég létszám a homogén tanfoly.	A képzők nem váll. megv.m.k. képzésére	A képzők nem alkalmasak	A fogl.eü. támogatás hiánya	A képzőhely térbeli nehéz.	Anyagi korlátok	Egyéb	Összesen
Ugyanaz, mint más munkanélküliek esetén	29,6	5,6	5,6	11,1	1,9	3,7	5,6	22,2	3,7	11,1	9,9
Integrált képzés hosszabb felkészítéssel	42,4	2,2	5,4	9,8	2,2	8,7	6,5	19,6	2,2	1,1	16,9
Integrált képzés hosszabb időtartammal	30,9	6,6	3,3	8,8	4,4	9,9	16,5	17,6	1,1	0,0	16,7
Homogén csoportokban	27,2	4,3	6,5	20,7	4,3	8,7	4,3	22,8	1,1	0,0	16,9
A képzés felesleges, nincs munka	20,0	4,0	16,0	24,0	6,0	8,0	2,0	18,0	0,0	2,0	9,2
A megváltozott m.kép. nem alkalmas képzésre	25,0	3,4	12,1	12,1	6,9	3,4	7,8	25,9	0,0	3,4	21,2
Egyéb forma	22,0	8,0	4,0	14,0	4,0	6,0	4,0	20,0	8,0	10,0	9,2
Együtt	29,2	4,6	7,5	13,8	4,4	7,0	7,3	21,3	1,8	3,1	100,0
N =	159	25	41	75	24	38	40	116	10	17	545

Átalakuló formák a munkáltatói kapcsolatokban

A felmérés tanúsága szerint a munkahelyek feltárása meghatározóan (92%-ban) a közvetítői munka része. A megváltozott munkaképességű ügyfelek esetében 67%-ban a közvetítők, 10%-ban a rehabilitációs csoport segítségét igénybe vevő kijelölt közvetítők, 7%-ban az önálló munkakörben dolgozó munkáltatói kapcsolattartók tárják fel a munkahelyeket. A válaszolók mindössze 1%-a jelezte, hogy a rehabilitációs csoport feladata a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek számára alkalmas munkahelyek feltárása. Ez az arány azt jelzi, hogy az eljárásrend szerinti feladatmegosztás mára teljességgel egyértelmű a munkatársak számára (az 1998. évi, illetve az 1999. I. félévi megyei beszámolók szerint még sok közvetítő úgy gondolta, hogy a rehabilitációs ügyfelekre vonatkozó munkáltatói kapcsolattartás a rehabilitációs csoport feladata). A kérdőívek 16%-a egyéb választ is jelölt, de a feldolgozás során kiderült, hogy ezek csak megfogalmazásukban mások, tartalmukban nem térnek el az előre megadott válaszlehetőségektől.

A rehabilitációs program működése óta az egyik legkényesebb kérdés, hogy a kirendeltségi munkatársak a megváltozott munkaképességű ügyfelek elhelyezése érdekében változtattak-e korábbi – sokszor igen formális – módszereiken a munkáltatói kapcsolattartásban. A vizsgálat során megkérdeztük, hogy e speciális munkanélküli csoport esetében milyen módszerrel tájékozódnak a munkáltatók fogadókészségéről.

12. TÁBLÁZAT

TÁJÉKOZÓDÁSI FORMÁK A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ MUNKANÉLKÜLIEK IRÁNTI MUNKÁLTATÓI FOGADÓKÉSZSÉGRŐL (JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

Tájékoztató formák	Első	Második helyen jelölték	Harmadik	Összes jelölés
Levélben kérdezik meg a munkáltatókat	12,6	–	–	4,6
Üres álláshely bejelentése esetén rákérdeznek, hogy betölthetik-e megváltozott munkaképességű személyekkel	55,0	6,5	–	22,4
Konkrét munkaerőigény esetén felajánlják a megváltozott munkaképességű személyt is	23,6	40,5	2,5	24,2
Kérdés nélkül közvetítenek megváltozott munkaképességű személyt is	2,8	7,5	3,3	4,9
Személyes kapcsolat formájában	4,3	28,6	21,6	19,8
Támogatási lehetőségek ismertetésével próbálják meggyőzni	–	10,1	37,7	17,4
A versenyszférában fölösleges tájékozódni, úgysem fogadják őket	0,5	0,3	0,5	0,5
Elsősorban a célszervezeteket keresik meg	0,8	1,8	13,1	5,7
Egyéb formában	–	–	1,5	0,5
Nem válaszolt, nem értékelhető	0,5	4,8	19,8	–
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
N =	396	379	319	1094

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A kérdőívek kiértékelése során ez volt az első olyan megoszlás, amikor felmerült a gyanú, hogy a válaszolók nem minden esetben a tényleges gyakorlatot, hanem az empirikus vizsgálatot végzők által elvárt (vagy követendő) gyakorlatként sokszor közvetített) képet vázolták fel. Természetesen ez akkor is pozitív, ha a mai gyakorlat ettől az optimális képtől még jelentősen eltér (s amit még ebben az évben is számtalanszor tapasztaltunk a regionális konzultációk, a személyes találkozások alkalmával), hiszen ez azt is jelzi, hogy a kirendeltségi munkatársak már valamilyen szinten elfogadták, hogy a hátrányos helyzetű munkanélküli csoportok esetében csak a személyes kapcsolatok vezethetnek eredményre, s a megoszlások esetleg ezt a kívánt állapotot tükrözik. Ezt bizonyították a következő kérdésre adott válaszok is: Azt kérdeztük, hogy változott-e a kirendeltség kapcsolata a munkáltatókkal. A válaszok

szerint a foglalkozási rehabilitációs munka végzése óta 40%-ban kezdeményezőbbek lettek a kirendeltségek a munkáltatókkal szemben, 12%-ban pedig a munkáltatók lettek együttműködőbbek. 32%-uk arról számolt be, hogy náluk nem történt ebben a kérdésben változás, míg 12%-uk nem tudta megítélni, van-e összefüggés a rehabilitációs munka és a munkáltatói kapcsolat minősége között. Az átlagosnál nagyobb mértékben lett kezdeményezőbb az a kirendeltség, ahol önálló munkakörben dolgozó munkáltatói kapcsolattartó működik, és ott lettek együttműködőbbek a munkáltatók, ahol kijelölt közvetítő tartja – a rehabilitációs bizottság közreműködésével – a kapcsolatot. (13. táblázat)

13. TÁBLÁZAT
A MUNKÁLTATÓKKAL VALÓ KAPCSOLATTARTÁS ALAKULÁSA
A KAPCSOLATTARTÓ SZEMÉLYÉNEK FÜGGVÉNYÉBEN (SZÁZALÉK)*

N = 397

Változott-e a kapcsolatuk a munkáltatókkal a rehabilitációs munka végzése óta	önálló munkakörű kapcsolattartó	közvetítő	A kapcsolattartó kijelölt közv. rehab. csoporttal	rehab. csoport	Együtt
A kirendeltség kezdeményezőbb lett	46,2	41,9	35,0	–	40,3
A munkáltatók együttműködőbbek lettek	7,7	12,1	22,5	–	9,7
Nem történt változás	23,1	36,2	22,5	50,0	22,6
Nem tudja megítélni	15,4	7,5	20,0	50,0	19,4
Egyéb válasz	7,7	2,3	–	–	8,1
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Mivel a sikeres rehabilitáció deklarált célja, hogy az elsődleges munkaerőpiacra integráljuk a megváltozott munkaképességű személyeket, ezért megkérdeztük a kirendeltségi munkatársakat, hogy tavaly (akár a szervezet rehabilitációs tevékenységének hatására) tapasztaltak-e a versenyszférában nagyobb fogadókészséget a megváltozott munkaképességű dolgozók iránt. A válaszok közel 60%-a továbbra is igen alacsony fogadókészségről számolt be, és mindössze 8% tapasztalt e téren pozitív irányú elmozdulást. A megkérdezettek 23%-a szerint ugyanakkor e szférában nőtt a kereslet a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását érintő támogatások iránt. (14. táblázat)

14. TÁBLÁZAT
A VERSENYSZFÉRA FOGADÓKÉSZSÉGÉNEK ALAKULÁSA
A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ DOLGOZÓK IRÁNT*

N= 398

Változott-e a versenyszféra fogadókészsége?	Megoszlás (%)
Továbbra sincs fogadókészség	15,1
Továbbra is igen alacsony a fogadókészség	49,0
Pozitív elmozdulás figyelhető meg	8,5
Csak az új szervezeteknél van fogadókészség	0,8
A kisvállalkozásoknál tapasztalható fogadókészség	1,0
A támogatott foglalkoztatás iránt nőtt a kereslet	23,1
Nem tudja megítélni	1,8
Egyéb	0,8
Összesen	100,0

* A táblázatok nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A kirendeltségek együttműködése a civil szervezetekkel

A fejlett országok gyakorlatában a hátrányos helyzetű munkanélküli csoportok integrációjával kapcsolatos állami munkaügyi feladatok megoldását jelentősen segíti a civil szféra. A civilek felkészültsége, komplex problémakezelő képessége elvileg lehetővé teszi azt a személyre szóló segítséget, amit az állami szervezet sokirányú leterheltsége, esetenként túlszabályozott, túladminisztrált működése miatt csak mérsékelten tud teljesíteni. Magyarországon azonban a civil szerveződések jó része – „életkorukból” adódóan is – szakmailag és egzisztenciálisan bizonytalan; s nem épültek még ki azok az egyértelmű követelményrendszerek, amelyekhez mindkét fél igazodni tudna. Ennek következtében a munkaügyi szervezet kapcsolata és együttműködése a civil szerveződésekkel területenként igen eltérő minőségű és mélységű. Az utóbbi években határozott fejlődés volt ezen a téren, s ez nem kis mértékben éppen a foglalkozási rehabilitációs program helyi szereplőket mozgósító hatásának köszönhető. A kutatás során arra voltunk kíváncsiak, hogy a szervezet munkatársainak megítélése szerint változott-e – és ha igen, milyen irányban – kapcsolatuk a civil szervezetekkel, illetve, hogy milyen konkrét együttműködési formák alakultak ki közöttük a rehabilitációs munka során.

15. TÁBLÁZAT
A KAPCSOLATOK ALAKULÁSA A MUNKAÜGYI KIRENDELTSÉGEK
ÉS A CIVIL SZERVEZETEK KÖZÖTT (JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

Változott-e a kapcsolat a civil szervezetekkel a foglalkozási rehabilitációs munka óta?	Első	Második helyen jelölték	Harmadik	Összes jelölés
A szervezet jobban épít a civilek szaktudására	13,1	–	–	8,4
A szervezet jobban igényli a civilek közreműködését a rehabilitációban	27,4	8,3	–	23,1
A civil szervezetek kezdeményezőbbek lettek	4,5	10,3	1,8	10,7
Mindkét fél határozottabban igényt tart az együttműködésre	13,3	16,6	13,3	27,9
Nem történt értékelhető változás	25,6	1,0	0,5	17,6
Nem tudja megítélni	11,1	0,8	-	7,6
Egyéb	4,5	2,3	0,5	4,7
Nem válaszolt, nem értékelhető	0,5	60,8	83,9	–
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
N =	396	156	64	616

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A kérdőívet kitöltők az első jelölésnél közel azonos arányban gondolták úgy, hogy a szervezet jobban igényli a civilek segítségét, illetve azt, hogy ezen a területen az elmúlt években nem történt értékelhető változás. A második és harmadik jelölés után azonban lényegesen kevesebb pontot kapott a változást elutasítók száma. Végül az összes jelölést figyelembe véve a legtöbben (a megkérdezettek 43%-a) úgy vélték, hogy ma már mindkét fél határozottabban igényt tart az együttműködésre; 36% szerint viszont a szervezet a rehabilitációs munkában jobban igényli a civilek közreműködését. Szaktudásukra azonban mindössze 13%-uk számít. Ez egyfelől a civil szervezetek tényleges hiányosságait rögzíti, valamint azt is, hogy a kirendeltségeket a nyitás lehetőségében nem elsősorban szakmai szempontok motiválták, hanem a túlszabályozottság diszfunkcionalitásait akarták ily módon enyhíteni. Jól mutatják ezt a munkaügyi szervezet és a különböző civil szerveződések közötti konkrét együttműködések eddigi formái is (a jelölési gyakoriság sorrendjében):

- tájékoztatás a támogatási, pályázati lehetőségekről;
- együttműködési szerződés kötése a rehabilitációs munka egy-egy elemének végzésére;
- kapcsolatfelvétel, bemutatkozás, az együttműködés lehetőségeinek feltérképezése;
- mentori (munkaasszisztensi) feladattal való megbízás;
- börsékre, nyílt napokra, fórumokra történő meghívás; esetenként közös rendezvények;

- tanfolyamok, tréningek közös szervezése;
- közös ügyfelek problémáinak közös megoldása;
- munkaközvetítésbe való bevonás;
- közhasznú foglalkoztatás támogatása;
- különböző civil programok támogatása a munkaügyi központ által.

Kapcsolatépítés az önkormányzatokkal, a szociális intézményekkel

Mivel az önkormányzatok felelősek a lakosság – köztük a megváltozott munkaképességű emberek – helyzetének alakulásáért, ezen belül foglalkoztatást elősegítő szerepük is vitathatatlan. Az elmúlt évek rehabilitációs tevékenységéről összeállított megyei jelentések következetesen igen alacsony szintű együttműködésről számoltak be az önkormányzatok és a szervezet között. Ehhez képest sokkal kedvezőbb képet mutatnak az empirikus kutatás eredményei, amik értelmében a kirendeltségi munkatársak 31%-a úgy ítéli meg, hogy ebben a kapcsolatépítésben mindkét fél kezdeményezőbb lett a foglalkozási rehabilitációs munka végzése óta, s 20%-uk szerint az önkormányzatok együttműködőbbnek bizonyultak a korábbi időszakhoz képest. A kérdőívet kitöltők közel 30%-a szerint azonban nem történt értékelhető változás ezen a területen, és 15% mindössze passzív szimpatizánsnak minősítette az önkormányzatokat a rehabilitációs munkában. (16. táblázat)

16. TÁBLÁZAT
A KAPCSOLATOK ALAKULÁSA A MUNKAÜGYI KIRENDELTSÉGEK
ÉS AZ ÖNKORMÁNYZATOK KÖZÖTT (JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

Változott-e a kapcsolat az önkormányzatokkal a foglalkozási rehabilitációs munka óta?	Első	Második helyen jelölték	Harmadik	Összes jelölés
A kirendeltség kezdeményezőbb lett	25,1	–	–	15,7
Az önkormányzatok együttműködőbbek lettek	9,8	10,1	–	12,4
Az önkormányzatok bevonják a m.ügyi szervezetet a rehabilitációs bizottság munkájába	17,1	8,0	1,3	6,5
Mindkét fél jobban számít az együttműködésre	7,3	13,8	10,8	19,9
Az önkormányzatok passzívan rokonszenveznek a szervezet rehab. tevékenységével	7,0	6,8	1,0	9,3
Nem történt értékelhető változás	21,9	5,3	1,5	17,9
Nem tudja megítélni	9,5	0,5	0,5	6,6
Egyéb	2,0	0,8	–	1,7
Nem válaszolt, nem értékelhető	0,3	54,8	84,9	–
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
N =	397	180	60	637

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A szociális intézményekkel való konkrét együttműködési formákra vonatkozó kérdésre a kirendeltségi munkatársak többnyire általánosságokat írtak, és többen félre is értették. Legtöbbször a tájékoztatásról, bemutatkozó látogatásokról számoltak be, és a kapcsolatfelvétel elsősorban a családsegítő szolgálatot érintette. Néhány kérdezett arról is beszámolt, hogy közhasznú munkára, illetve rövid idejű támogatott foglalkoztatásba próbálja elhelyezni az ügyfeleket a szociális szférában, és volt, ahol munkaerőigény esetén leadják ajánlatukat (közvetítéssel szolgálat). Azok a lehetőségek azonban még nagyrészt kihasználatlanok, amelyek a megváltozott munkaképességű emberek hasznos foglalkoztatását eredményezhetnék a számtalan igényt mutató szociális szférában.

Attitűdök, vélemények a foglalkozási rehabilitációval kapcsolatban

Mivel a megváltozott munkaképességű munkanélküli ügyfelek – ha bejönnek a szervezetbe – elsőként a kirendeltségi munkatársakkal találkoznak, igen nagy jelentősége van annak, hogy munkatársak miként gondolkodnak a rehabilitáció szerepéről és szervezeten belüli esélyeiről. Ha úgy gondolják, hogy ez nem a szervezet feladata vagy reménytelen vállalkozásnak tartják, akkor érthető módon ezt közvetítik az ügyfeleknek, illetve ez az attitűd a lehetőségek kihasználási mértékét is erősen befolyásolja.

17. TÁBLÁZAT
A KIRENDELTSÉGI MUNKATÁRSOK VÉLEMÉNYE A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ
MUNKAÜGYI SZERVEZETEN BELÜLI MŰKÖDÉSÉRŐL (JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

Hogyan ítéli meg a foglalkozási rehabilitáció szervezetén belüli működését?	Első	Második helyen jelölték	Harmadik	Összes jelölés
A jelenlegi munkaerő-piaci helyzetben reménytelen vállalkozás	12,1	–	–	5,0
Nagyon sok többletmunka, igen kevés eredménnyel	42,0	5,0	–	19,6
Nagy felelősségű munka, kiépületlen feltételrendszerrel	15,8	13,8	3,8	14,0
Az eredményes munkához hiányoznak a szervezeten belüli partnerek	2,3	2,5	0,8	2,3
Az eredményes munkához hiányoznak a külső partnerek	13,1	23,9	5,5	17,8
Ezekkel az ügyfelekkel a foglalkozás időigényes és nincs szinkronban a teljesítmény-követelményekkel	6,3	17,3	8,8	13,6
A kirendeltségi munkatársak leterheltsége nem teszi lehetővé a személyre szóló ügyintézkést	3,3	8,0	14,3	10,7
Bonyolultak az esetek, de a siker kárpótol	2,0	5,0	6,3	5,6
Végre tudunk valamit tenni e csoport érdekében	2,0	5,0	6,5	5,7
A rehabilitációs eljárás gyakorlata segít más hátrányos helyzetű csoport kezelésében	0,8	2,3	6,8	4,1
Egyéb	0,3	0,8	2,8	1,6
Nem válaszolt, nem értékelhető	0,3	16,3	44,5	–
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
N =	397	333	221	951

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A válaszok megoszlása meglehetősen lehangoló képet mutat a kirendeltségi munkatársak rehabilitációval kapcsolatos attitűdjéről. A kérdőívet kitöltők 47%-a azt gondolja, hogy ez a feladat nagyon sok többletmunkát jelent számára, igen kevés eredménnyel; 33% szerint kiépületlenek a feltételrendszerek, és 43% szerint az eredményes munkához hiányoznak a külső partnerek. Ezek még akkor is igen magas értékek, ha tudjuk, hogy a válaszokban jelzett problémák többsége valós. Igen lassan oldódnak azok a beidegződések, amelyek lehetetlennek (sokszor sajnos fölöslegesnek) gondolják a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztathatóságát, és a munkaerő-piaci integrációjukra fordított befektetéseket alig megtérülő tehernek érzik. Az érdemes és érdemtelen munkanélküli emberek megkülönböztetése még komolyan akadályozza a hittel, ezért nagy lendülettel és ennek köszönhetően eredményesen végzett munkát. Igazolja ezt a feltevést, hogy a megkérdezetteknek mindössze 13-13%-a örül annak, hogy végre tud valamit tenni e csoport érdekében, illetve, hogy a siker kárpótolja őt a bonyolult feladatokról.³ A kirendeltségi munkatársaknak mindössze 10%-a gondolja úgy, hogy a rehabilitációs

³ Mivel erre a kérdésre három választ lehetett jelölni, nem kizárt, hogy a két halmaz ugyanazokat az ügyintézőket tartalmazza.

eljárás során szerzett tapasztalatok segíthetik más hátrányos helyzetű munkanélküli csoportok problémáinak kezelésében. (17. táblázat)

Mivel ez nagyon fontos kérdés, ezért megvizsgáltuk azt is, hogy ezeket a megoszlásokat egyéb tényezők – mint például a rehabilitációs munkában kialakult munkamegosztás formái; a rehabilitációs tevékenységre fordított munkaidő stb. – miként befolyásolják. Az eredmények azt mutatják, hogy a rehabilitációval kapcsolatos közvetítői attitűdöket egyáltalán nem befolyásolták az egyéb – igen lényeges – körülmények sem. Pedig ezek az objektív tényezők számottevő különbségeket generálnak az egyes munkatársak leterheltségében, ezért nem hagyhatják érintetlenül a rehabilitációs munkáról kialakult véleményeket sem.

Azért is túlzónak tűnnek a feltételeket hiányoló magas arányok, mivel arra a kérdésünkre, hogy „mit tud tenni abban az esetben, ha szakmai segítségre van szüksége”, a megkérdezettek meghatározó többsége (több mint 80%) egyáltalán nem mutatott bizonytalanságot és pontosan tudta, hova fordulhat segítségért, illetve igény esetén meg is kapta azokat. Mindössze 2,5%-uk jelezte, hogy sok esetben nem tudja, hová fordulhat segítségért, illetve 11%-uk véleménye szerint még nincsenek kiépítve a segítség csatornái.

18. TÁBLÁZAT A REHABILITÁCIÓS MUNKÁHOZ SZÜKSÉGES SEGÍTSÉG ELÉRHETŐSÉGE*

N= 398

Mit tud tenni, ha szakmai segítségre van szüksége?	Megoszlás (%)
Tudja hová kell fordulni, és megvan a lehetőség a segítség igénybevételére	33,7
Tudja hová kell fordulni, de még nincsenek kiépítve ezek a csatornák	11,3
Segítséget kér a rehabilitációs csoporttól	45,2
Sok esetben nem tudja, hová fordulhatna segítségért	2,5
Még nincsenek tisztázva a kompetenciahatárok, ezért megpróbál mindent egyedül megoldani	2,0
Eddig még mindent meg tudott oldani	2,3
Egyéb	1,8
Nem válaszolt, nem értékelhető	1,3
Összesen	100,0

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A rehabilitációs munkához szükséges segítséget szervezeten belül és azon kívül is lehet igényelni. A segítségkérés gyakorisága, időpontja és a kapott támogatás hasznosítása is függ attól, hogy milyen úton (mennyire könnyen) érjük el a segítséget adó személyt, intézményt stb. Ha túl sok személyen át jutunk csak el az érdemi információhoz, esetleg akkor is megpróbáljuk egyedül megoldani a feladatot, amikor ez csak a munka minőségének rovására történhet. A túlszabályozott szervezetekben általában fontos a hierarchia betartása, kevesebb a közvetlen kapcsolat lehetősége. A válaszokból azonban az derült ki, hogy – szervezeten belül – a munkatársak közel fele közvetlenül el tudja érni az igényelt segítséget. Szervezeten kívül azonban már jóval kisebb ez az arány (34%). Az is bebizonyosodott, hogy mind a rehabilitációs koordinátorok, mind a központokban működő rehabilitációs munkacsoportok jó segítők a közvetítőknek (a szervezeten belül közel 50%-ban, a szervezeten kívül 40%-ban az ő közreműködésüket kérik a kirendeltség munkatársai.)

19. TÁBLÁZAT
A REHABILITÁCIÓS MUNKÁHOZ SZÜKSÉGES SEGÍTSÉG ELÉRHETŐSÉGE A SZERVEZETEN BELÜL*

N= 398

Hogyan történik a segítség igénybevétele?	Megoszlás (%)
Közvetlenül	45,7
Közvetlen vezető révén	1,5
Kirendeltségvezető révén	5,5
Rehabilitációs koordinátor révén	23,6
Rehabilitációs csoport révén	22,1
Egyéb módon	0,5
Nem válaszolt, nem értékelhető	1,0
Összesen	100,0

20. TÁBLÁZAT
A REHABILITÁCIÓS MUNKÁHOZ SZÜKSÉGES SEGÍTSÉG ELÉRHETŐSÉGE A SZERVEZETEN KÍVÜL*

N= 398

Hogyan történik a segítség igénybevétele?	Megoszlás (%)
Közvetlenül	34,2
Közvetlen vezető révén	1,0
Kirendeltségvezető révén	18,1
Rehabilitációs koordinátor révén	19,6
Rehabilitációs csoport révén	21,4
Egyéb módon	2,8
Nem válaszolt, nem értékelhető	3,0
Összesen	100,0

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Közvetítői igények a rehabilitációs munka színvonalának emelése érdekében

A foglalkozási rehabilitációs munka a kirendeltségek életében még igen új tevékenység. Ez azt is jelenti, hogy a munkatársak – különösen, hogy az egyes esetek igen különbözőek – sok területen még a tanulás fázisában vannak. Az utóbbi 2 év alatt belső képzések, tréningek, kiadványok segítségével igyekezett a minisztérium minél szakszerűbb, egyre döntésképesebb állapotba hozni a rehabilitációs eljárásban részt vevő munkatársakat. A további munka szempontjából számunkra igen fontosak azok az információk, amelyek arról adnak képet, hogy milyen további ismeretekre lenne szükségük a kirendeltségi munkatársaknak az eredményesebb napi munkához?

A közvetítők több mint 50%-a úgy érzi, további ismeretekre lenne szüksége ahhoz, hogy jó színvonalon, biztos szakmai tudás birtokában végezhesse a rehabilitációval kapcsolatos munkát. Konkrét területeket, pótolandó információkat azonban már jóval kevesebben foglalmaztak meg.

Amit szükségesnek tartanának:

- A foglalkoztatással kapcsolatos jogi ismeretek, a foglalkoztathatóság feltételeinek részleteiből ismertek; (58 jelölés)
- Pszichológiai (munkapszichológiai is), pályaalkalmassági ismeretek, tesztek; (23 jelölés);

- Tájékoztató kiadványok az együttműködő munkáltatókról (címek, telefonszámok célszervezetekről, foglalkoztatókról, civilekről) (20 jelölés);
- Egészségügyi ismeretek (betegségek, munkaegészségügy, ergonómia) (15 jelölés);
- A legfrissebb jogszabályok gyors hozzáférhetősége (CD-jogtárak) (13 jelölés);
- Információk a külső intézményektől (állás- és oktatási lehetőségek) (11 jelölés);
- Szakmák, foglalkozások részletesebb ismerete (6 jelölés);
- Szociális ismeretek bővítése (6 jelölés);
- Konkrétan szabályozott szakmai, jogalkalmazási útmutató (eljárásrend folyamatos karbantartása is) (5 jelölés);
- A továbbírányítás módozatainak kidolgozása és megismerése; gyakorlati útmutatók (5 jelölés);
- Az EU-ban már működő modellek és magyarországi sikeres módszerek megismerése (3 jelölés);

Voltak olyan válaszok is, amelyek nem a szükséges ismeretek tartalmát, hanem az információ-szerzés formáját említették, például:

- Módszertani ismeretek, segédanyagok, útmutatók (31 jelölés)
- Szakmai konzultációk (27 jelölés)
- Rendszeres szervezett továbbképzés (belső képzés is) (22 jelölés)
- Tréningek (kommunikáció, a kapcsolatfelvétel technikái, bánásmód stb.) (18 jelölés);
- Szupervízor működtetése; tapasztalat- és esetmegbeszélések (10 jelölés)
- Konferenciák, tapasztalatcserék (megyei, országos és EU-s szinten) (8 jelölés);

A kérdőívben konkrétan rákérdeztünk arra is, hogy a kirendeltségi munkatársak milyen formában szeretnék elsajátítani a hiányzó ismereteket.

21. TÁBLÁZAT

A REHABILITÁCIÓS MUNKÁHOZ SZÜKSÉGES ISMERETEK ELSAJÁTÍTÁSÁNAK FORMÁI (JELÖLÉSI ARÁNYOK SZÁZALÉKBAN)*

Az ismeretek elsajátításának formái	Első helyen jelölték	Második	Harmadik jelölés	Összes
Szervezett továbbképzés	34,2	–	–	15,6
Tréningeken való részvétel	24,9	18,8	–	20,1
Konferenciákon való részvétel	8,0	6,8	3,8	8,5
Szakmai konzultációk	18,8	31,7	11,3	28,4
Módszertani anyagok segítségével	7,5	19,3	29,9	26,1
Egyéb módon	0,8	0,8	1,3	1,3
Nem válaszolt, nem értékelhető	5,8	22,6	53,8	–
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0
N =	375	308	184	867

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A kérdőívet kitöltők több választ is jelölhettek. A megkérdezettek több mint 60%-a a szakmai konzultációkat tartotta a legkíváncsabb ismeretátadási formának. Ezt követte a módszertani anyagok fontosságát jelölők közel 60%-os aránya, de több mint 40%-uk a tréningeken való részvételt is igen hasznosnak ítélte. Ezek az arányok teljesen összhangban vannak a megyei beszámolókkal, ahol a rehabilitációs munkacsoportok is kiemelt fontosságot tulajdonítottak a regionális konzultációknak. Ez a fórum az utóbbi években lehetőséget teremtett arra, hogy a közeli megyék megismerjék egymás rehabilitációs munkáját, átadják tapasztalataikat és megbeszéljék azokat a problémás eseteket, amelyekkel nehezen boldogulnak. Ugyancsak igen pozitív volt azoknak a kiadványoknak a fogadtatása is, amelyek korábban alig ismert, de mára nélkülözhetetlenné vált ismeretekkel segítik a munkatársak tevékenységét. (21. táblázat)

A kérdőív zárókérdéseként arra kerestünk választ, hogy a megváltozott munkaképességű ügyfelekkel foglalkozó kirendeltségi munkatársak véleménye szerint milyen intézkedésekkel, szervezeti és

jogszabályi változtatásokkal lehetne javítani a rehabilitációs munka hatékonyságát. A nyitott kérdésre a közvetítők 70%-a fejtette ki véleményét. Legtöbben (a válaszolók 42%-a) úgy vélték, hogy a munkáltatók nagyobb ösztönzésére lenne szükség a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával kapcsolatban. Ezen belül nagyobb támogatást biztosító törvényekkel, adó- és járulékkedvezmények valamint törvénymódosításokkal a pozitív diszkrimináció érvényesítését szorgalmazták. 26%-uk szerint a rehabilitációs munkahelyek számának növelése érdekében egyszerűsíteni kellene a támogatások feltételrendszerét és több támogatást igényelnének a szociális foglalkoztatók és a védett munkahelyek. A megkérdezettek 15%-a a személyi feltételek biztosítását – például több munkatárs, független munkakör, folyamatos szakemberképzés – tartja elengedhetetlennek a személyre szabott rehabilitációs munkához. A kérdésre választ adó közvetítő munkatársak 10%-a a rehabilitációs hozzájárulás jelentős mértékű megemelését, további 10% pedig a rehabilitációs foglalkoztatási és képzési támogatás alanyi körének kiterjesztését javasolta. 4-4% a távmunka kiépítését, illetve kormányzati szintű munkahelyteremtést, valamint rehabilitációs ügyfelek számára fenntartott munkakörök kijelölését tartaná fontosnak a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek sikeresebb elhelyezése érdekében.

További javaslatként még az alábbiak fogalmazódtak meg:

- központilag elkülönített pénzkeret a rehabilitációs munkára;
- a támogatott munkáltatók hatékony és átfogó ellenőrzése;
- a bedolgozói munka támogatása;
- a részmunkaidős foglalkoztatás elterjesztése;
- akadálymentes környezet kialakítása;
- munkáltatók körében hatékonyabb PR tevékenység;
- a rehabilitációban érintett személyek együttműködésének javítása;
- az önkormányzatok felelősségének érvényesítése;
- jobb munkaszervezés és infocsatorna működtetése; a bürokrácia csökkentése;
- a Foglalkozás-egészségügyi kézikönyv kibővítése az összes FEOR-ra.

Összegzésként elmondható, hogy a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjának szükségességéte általában elfogadták kirendeltségi szinten is, de a munkatársak szemléletében, attitűdjében még igen erősen jelen vannak a korábbi évek szelektív elemei. Annak ellenére igaz ez, hogy mára a kirendeltségi munkatársak közül is jóval többen tették magukévá – ha csak az elmélet szintjén is – a rehabilitáció követendő irányait (például integrált képzés támogatása). A valódi empátiát, segítő magatartást nehezíti a munkatársak jelenlegi leterheltsége, esetenként felesleges adminisztrációs feladatai, amelyek mellett nehezen teljesíthető az a személyre szóló ügyintézés, amelyre a hátrányos helyzetű munkanélküliek többségének – köztük a megváltozott munkaképességű személyeknek is – szüksége van. Több területen ugyan – a korlátok és a nehézségek oldására – megpróbáltak a kirendeltségek áthidaló megoldásokat működtetni (például az első interjú időtartamának meghosszabbítása), de a kényszer sok esetben veszélyes szabálytalanságokat is szült (például a munkavállalási tanácsadók igen alacsony számának pótlására esetenként hozzá nem értő, képzettséggel nem rendelkező munkatársak is tartanak rehabilitációs tanácsadást).

Nem könnyíti a közvetítők munkáját az sem, hogy nagyon lassan válnak a munkáltatók – különösen a versenyszférában – befogadóbbá a megváltozott munkaképességű munkaerő iránt, bár kétségtelen, hogy az érdeklődés felkeltésében még a szervezetnek is igen sok tennivalója van. A rehabilitációs munkában sokkal inkább partnereknek bizonyultak a civil szervezetek, de a szolgáltatásokra vonatkozó egységes szabályozás hiánya, továbbá a szakmai normák kidolgozatlansága még nem teszi lehetővé e kapcsolatban rejlő lehetőségek széleskörű kihasználását.

A kutatás során bizonyítást nyert a rehabilitációs eljárás számos elemének (például foglalkozás-egészségügyi szakvélemények, rehabilitációs munkacsoportok kirendeltségeket segítő funkciója, regionális konzultációk, módszertani segédanyagok) használhatósága, ez sok esetben nem a direkt válaszokban, hanem a kölcsönhatások összefüggésében vált egyértelművé.

Végezetül elmondható, hogy az empirikus vizsgálat egyértelmű – bár meglehetősen lassú ütemű – fejlődést regisztrált a kirendeltségek rehabilitációs tevékenységében és igen hasznos információkat adott a foglalkozási rehabilitáció további fejlesztéséhez mind a döntéselőkészítés, mind a gyakorlat szintjén.

A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBEREK BEKAPCSOLÁSA A MUNKA VILÁGÁBA

Dr. Gere Ilona

Tartalom

1. A megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzete	79
1.1. A foglalkoztatottság alakulása	80
2. Érdekeltségi viszonyok – ösztönzési technikák	82
2.1. Az egyének érdekeltsége	82
2.2. Munkáltatói érdekeltség	82
2.3. Kötelező társadalmi szolidaritás – „kvótarendszer”	83
2.4. Állami ösztönzések	83
3. A rehabilitáció fejlesztésére irányuló kormányzati döntések	84
3.1. A rokkantságnyugdíj-rendszer reformja – az orvosszakértői minősítés átalakítása	84
3.2. A foglalkozási rehabilitációval kapcsolatos fejlesztési elképzelések	85
4. A fejlesztések megvalósulása a foglalkoztatáspolitikai területén	86
4.1. Jogszabályi környezet megteremtése	86
4.2. Intézményrendszer kialakítása	87
4.3. A megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci esélyeinek javítása	88
4.3.1. A munkavégző-képesség fejlesztése	89
4.3.2. A munkahelyfeltáró tevékenység javítása	89
4.3.3. Új munkahelyek létrehozása, a meglévők megőrzése	89
4.3.4. A munkáltatók támogatásának bővítése	91
4.3.5. Az elhelyezkedések közvetlen segítése	91
4.4. A foglalkozási rehabilitáció fejlesztésének hatása a célcsoport munkaerő-piaci integrációjára	91
5. Kapcsolatrendszer kiépítése a rehabilitáció szereplői között	93
6. További teendők a kormányzati ciklus végéig a foglalkozási rehabilitáció fejlesztése terén	93
Irodalom	97

Az Európai Unióhoz történő csatlakozás egyik feltétele, hogy minden állampolgár – köztük a fogyatékkal élő, egészségükben tartósan károsodott emberek – számára megteremtődjön az esélyegyenlőség a társadalmi élet minden színterén; a fizikai és a kulturális környezetben, a lakhatás és a közlekedési eszközök vonatkozásában, a szociális és az egészségügyi ellátás, az iskoláztatási és a munkaalkalmak, valamint a kulturális és a társadalmi élet, a sport és a szórakozási lehetőségek területén.

A tanulmány célja: bemutatni és elemezni, hogy milyen fejlődési fokozatokon át milyen állapotba jutott a foglalkozási rehabilitáció hazai feltételrendszere, és van-e ennek a megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci integrációját tekintve már mérhető eredménye. További teendők meghatározása a célcsoport nagyobb arányú foglalkoztatottsága és társadalmi kohéziója reményében.

1. A megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzete

Magyarországon a kilencvenes évek közepéig nem történt összehangolt társadalmi intézkedés a megváltozott munkaképességű (fogyatékkal élő) személyek munkaerő-piaci hátrányainak csökkentése érdekében. E témában született ugyan néhány rendelet, de sem az érintettek esélyegyenlőségét biztosító törvényt, sem a rehabilitációt átfogóan szabályozó jogi háttérrel nem dolgozták ki. A megjelent rendelkezések végrehajtása pedig legfeljebb az anyagi kompenzáció szintjéig jutott. Nem épült ki a foglalkozási rehabilitáció intézményrendszere, módszertani háttere, finanszírozási bázisa és sok esetben ellenérdekeltséget teremtő anomáliák sora jellemezte a foglalkoztatás elősegítését célzó támogatási rendszereket.

A gazdasági átalakulás idejére a megváltozott munkaképességű személyek munkavállalói pozícióikban erőtlének, a szükséges alkalmazkodásra képtelenek voltak. Integrációjukat segítő intézmények hiányában – passzivitásra szocializálva – teljesen védtelenek voltak a munkaerőpiac eseményeivel szemben. Egyetlen megoldásként az ellátásra való jogosultság megszerzése kínálkozott. Mindez magyarázatát adja annak a nagymértékű növekedésnek, amely a rokkantsági nyugdíjasok és a szociális ellátottak létszámában a 90-es években bekövetkezett. 1990–1996 között 540 ezerről 740 ezerre nőtt a rokkantsági ellátottak száma, és 1999. január elsején mintegy 600 ezer ember részesült korhatár alatt rokkantsági nyugdíjban és a megváltozott munkaképességű személyek különböző ellátásaiban. Közülük mintegy 10% 40 évnél fiatalabb, 34% 40–49 éves és 54%

Az inaktivitás drasztikus növekedését nem követte az intézmények rendszerszerű felülvizsgálata: így a helyzetet egyszerre jellemezte a párhuzamosság, a pazarlás és ugyanakkor jelentős csoportok élethelyzetének ellehetetlenülése. Érdemi, a szokásos szférára is kiterjedő foglalkoztatási rehabilitációs intézményrendszer hiányában az állam növekvő szerepvállalásra kényszerült a passzív ellátás területén. Az Egészségbiztosítási Alapot terhelő rokkantságnyugdíj-kiadások összege rohamosan növekedett: 1992-ben 44 milliárd, 1996-ban 79 milliárd, 1998-ban több mint 150 milliárd forint volt kifizetés.

A költségek csökkentése érdekében a kormányok már az évtized eleje óta szigorú nyugdíjreformra készültek. Bár a reform végrehajtása évről-évre húzódik, a szigorodó feltételeket mutatják az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság adatai is. Ezek szerint 1996–1998 között több mint 30%-kal csökkent az új rokkantságnyugdíj-megállapítások száma, és mindkét nemből csökkent az aktív korú népességhez viszonyított aránya.

Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy a csökkenés ellenére a rehabilitálhatóság szempontjából lényeges rokkantsági csoportok szerinti megoszlások alig változtak, azaz továbbra is a III. kategóriás rokkant személyek adják az összlétszám jelentős részét. Ők azok, akiknek az állapota nem végleges, és megfelelő szintű rehabilitálással – és elegendő munkahely birtokában – ellátottból aktív dolgozókká válhatnak.

1. TÁBLÁZAT
ROKKANTSÁGI NYUGDÍJASOK MEGOSZLÁSA A ROKKANTSÁGI CSOPORTOK SZERINT
1996–1998

Rokkantsági csoport	Létszámadatok (fő)			% -os megoszlás		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998
I.	927	808	734	1,78	2,01	2,05
II.	6 252	5 427	4 839	12,04	13,48	13,51
III.	44 758	34 013	30 245	86,18	84,51	84,44
Összesen	51 937	40 248	35 818	100,00	100,00	100,00

Forrás: Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság

A rokkantsági nyugdíj intézménye – mint a korábbi években is gyakran – javította a munkanélküliségi mutatókat (vagy elfedte a valós számokat), hiszen az ellátásban részesülők jelentős részének számtalan olyan képessége maradt érintetlenül, amely – megfelelő fejlesztés és jó irányú hasznosítás esetén – elegendő lett volna teljes értékű munka végzésére. Az ellátásban részesülőket nem regisztrálták, s ílymódon a munkanélküliség kezelésére kiépített foglalkoztatáspolitikai eszközrendszer sem érhetette el őket. Másfelől ezek az eszközök sem voltak alkalmasak a hátrányos helyzetekből adódó problémák differenciált kezelésére.

Ennek hiányát felismerve a munkaügyi kormányzat több esetben indított ún. „réteprogramot”, amely célzottan a fogyatékkal élő emberek munkavállalását kívánta segíteni. A megyei munkaügyi tanácsok is gyakran biztosítottak többlettámogatást e réteg foglalkoztatásához. Az eredmények azonban többnyire igen szerények voltak, bár a speciális programok hosszabb távra jó irányokat fogalmaztak meg, amelyek közül néhány a későbbiek során meg is valósult (például a rehabilitációs, rehabilitációs képzéseknek helyet adó rehabilitációs képzési központok vagy a fogyatékkal élő fiatalok szakképzését biztosító központok). Összefoglalóan megállapítható, hogy 1991–1996 között a foglalkozási rehabilitáció nem vált a szervezet alaptevékenységének részévé.

Ráadásul ezekben az években jelentősen csökkent a megváltozott munkaképességű dolgozók munkajogi védelme is. A 8/1983. (VI. 21.) EüM—PM együttes rendelet megalkotásakor a Munka Törvénykönyvéhez képest pozitív diszkriminációt jelentett az egészségében tartósan károsodott munkavállaló védelme szempontjából, mert általában megtiltotta a 20 főnél több dolgozót foglalkoztató munkáltatók számára a legalább 50%-ban megváltozott munkaképességű munkavállaló munkaviszonyának rendes felmondással történő megszüntetését. 1996-ra azonban már a munkáltatók alig egyhatoda foglalkoztatott 20 főnél többet, ezért a tilalom által érintett munkavállalói kör beszűkült, ezen túl a gazdasági rendszerváltás keretében a tulajdoni formák változása, a csőd-, és a felszámolási eljárások miatt a munkaviszony megszüntetése jellemzően az egyébként érintett munkáltatói körben is kikerült a szabályozott esetkörből. Ennek következtében a megváltozott munkaképességű munkavállalók munkajogi védelme az általános munkavállalói jogvédelem szintjére esett vissza. Kicsit oldott ezen az 1996. évi LIX. törvény 18. §-a, amelynek értelmében a rokkantsági nyugdíjra való jogosultság megszűnt felmondási ok lenni.

1.1. A foglalkoztatottság alakulása

Nyilvántartások és erre vonatkozó statisztikai megfigyelések hiányában a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának teljes köréről nem rendelkezünk értékelhető adatokkal. Közelítő információt a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása esetén járó állami támogatások megoszlásából nyerhetünk. Ennek alapján kimutatható, hogy például 1998-ban a legnagyobb állami támogatást jelentő dotáció csaknem 90%-a a célszervezeti foglalkoztatást szolgálta, e formáról mérlegbeszámolók adatai alapján képet alkothatunk. A dotáció további 10%-a áll rendelkezésre az összes többi megváltozott munkaképességű munkavállalót – kvótán felül foglalkoztató – munkáltató támogatására.¹

¹ A szociális foglalkoztatók és a 20 fő feletti létszámot foglalkoztató teljes versenyszféra által teljesített foglalkoztatásra.

A célszervezetek foglalkoztatotti létszámának alakulásából természetesen nem lehet pontosan következtetni az egyéb foglalkoztatotti létszámra, hiszen a dotáció bérarányos és a számítási kulcsok sem azonosak.²

2. TÁBLÁZAT
CÉLSZERVEZETEKNEÉL FOGLALKOZTATOTTAK LÉTSZÁMÁNAK ALAKULÁSA*/ (FŐ)

Év	A célszervezetek száma	A foglalkoztatottak száma	A megváltozott munkaképességű foglalkoztatottak száma
1990	32	13 124	7 245
1992	43	13 621	8 893
1994	41	9 683	6 625
1996	43	16 774	13 207
1998	44	20 849	16 643

*/ átlagos statisztikai állományi létszám

Forrás: Szociálpolitikai Információs Évkönyvek

Mint a táblázatból látható, a foglalkoztatottak számában jelentős csökkenés következett be az évtized közepére, majd ezt követően folyamatos emelkedés figyelhető meg mind az összes foglalkoztatott, mind a megváltozott munkaképességű személyek létszámában. Míg a foglalkoztatottak száma 1990–1998 között 60%-kal növekedett, addig a megváltozott munkaképességű foglalkoztatottak esetében a növekedés 130%-os volt és 20%-kal magasabb a célszervezetek számára kötelezően előírt 60%-os megváltozott munkaképességű foglalkoztatotti aránynál. Ezek a számok minden valószínűség szerint azt is jelzik, hogy a célszervezetek gazdálkodásában a megváltozott munkaképességű dolgozók után felvehető állami dotációnak nagyobb szerepe van, mint az egészséges dolgozók magasabb munkavégző (értéktermelő) képességének.

Önkormányzati tulajdonban is működnek megváltozott munkaképességű személyeket foglalkoztató nonprofit szervezetek, szociális foglalkoztatók. Szerepük nem kizárólag az egészségkárosodással élő emberek, hanem a szociális szempontból arra rászoruló (idősek, ápolási díjon lévők stb.) foglalkoztatása is. 1990-ben a 37 szociális foglalkoztatóban (1998-ban 31 foglalkoztató) 7065 (1998-ban 2341) főt foglalkoztattak, közülük 2092 fő (1998-ban 1273 fő) volt megváltozott munkaképességű.³ A létszámvesztés oka, hogy az utóbbi években a tulajdonosok – az önkormányzatok – számos feladatuk mellett nem fordítanak elegendő figyelmet a foglalkoztatási formára, többnyire hiányoznak az anyagi lehetőségeik is, ezért sok esetben a foglalkoztatási forma megszüntetésére törekcsenek, vagy a jól működő szociális foglalkoztatók – a nagyobb támogatás reményében – a célszervezeti körbe igyekeznek bejutni.

Az utóbbi években felerősödött az alternatív foglalkoztatás szerepe. A nonprofit (karitatív, alapítványi stb.) szervezetek – bár tevékenységük csak kis létszámot érint – kedvező eredményeket értek el a megváltozott munkaképességű emberek közvetítésében és foglalkoztatásában. E szervezetek helyzetében változást jelentett a közhasznú szervezetekről szóló törvény által megteremtett közhasznú, vagy kiemelten közhasznú minősítés; segítséget jelentett a Munkaerő-piaci Alap foglalkoztatási és rehabilitációs alaprészének decentralizált keretéből elnyerhető munkahelyteremtő támogatás, és jellemzően elsősorban számukra segítség az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány is. A pályázati rendszer miatt azonban működésük meglehetősen kiszolgáltatott és bizonytalan.

A versenyszféra rehabilitációs foglalkoztatásának nagyságáról semmilyen adattal nem rendelkezünk. Szakértői becslések valamint az igénybe vett dotáció aránya alapján megállapítható, hogy – az előírt foglalkoztatási kötelezettség ellenére – ma még igen kevés megváltozott munkaképességű dolgozó talál munkát az elsődleges munkaerőpiacon.

Ezek a számok – bár csak igen közelítően – azt mutatják, hogy Magyarországon – az igényekhez képest igen szűk a foglalkoztatási kapacitás, és ennek is szinte kizárólagos színterei a célszervezetek.

² A célszervezetek esetében a károsodás mértékét is figyelembe veszük.

³ Forrás: Szociálpolitikai Információs Évkönyv 1990, 1998.

Pedig általában minden nemzetközi ajánlás külön hangsúlyozza, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatására nem szolgálhatnak kizárólagosan a védett vállalatok. Ez újabb elszigeteltséget jelent, ráadásul ezek a vállalatok többnyire komoly gazdálkodási nehézségekkel küzdenek, ami mindenképpen hátrасorolja az itt dolgozókat is.

2. Érdekeltségi viszonyok, ösztönzési technikák

A megváltozott munkaképességű dolgozók rehabilitációjának, foglalkoztatásának, másfelől ezek vállalásának meghatározó eleme az érdekelttség. A társadalom érdeke ebben a kérdésben egyértelmű, nevezetesen, hogy – különösen az aktív korúak közül – minél kevesebben szoruljanak pénzbeni ellátásra; hogy csökkenjenek az állam eltartási terhei, növekedjen a foglalkoztatottak száma. Ha valamelyik ország számára a fogyatékossgal élő emberek ellátására fordított kiadások növekedése gondot okoz, akkor a költségek csökkentésének és az általános jólét növelésének egyik legfőbb eszköze a rehabilitáció, azaz a dolgozók munkavégző képességének lehető legteljesebb helyreállítása és a munkaerőpiacra való visszakérülésük elősegítése. Ezzel szemben a munkáltató és a munkavállaló érdekelttsége már nem ilyen egyértelmű.

2.1. Az egyének érdekelttsége

A labilis munkaerőpiacon, a foglalkoztatási lehetőségek beszűkülése mellett a megváltozott munkaképességű emberek sokkal inkább az alacsony, de biztos ellátás igénybevételére vannak ösztönözve, mint a ma még igen kétséges kimenetelű rehabilitáció vállalására. További probléma, hogy míg a fejlett országokban az ellátások túl magas színvonala miatt alacsony az érdeklődés a rehabilitációs foglalkoztatás iránt, addig Magyarországon az alacsony munkabérek miatt kicsi a különbség az elérhető munkajövedelmek és az ellátások között, s ez ugyancsak csökkenti a rehabilitációs érdekelttséget.

A foglalkozási rehabilitáció egyéni érdekelttséget teremtő elemének szánták a keresetkiegészítés intézményét. Megállapítási módja azonban ellenérdekelttséget teremt, ugyanis egyszerű, alacsony keresettel járó munkakör esetén a korábbi keresetig kiegészítik az alacsony bért, míg a jobban fizetett munkára felkészítő, a munkavállalótól tényleges erőfeszítést igénylő rehabilitáció esetén nincs ok a keresetkiegészítésre.

2.2. Munkáltatói érdekelttség

A magyarországi munkaerőpiacot jelenleg erős túlkínálat jellemzi. A jól felkészült, rugalmas, egészséges munkaerővel szemben a ma munkát vállalni kívánó megváltozott munkaképességű személyek általában alulképzettek, nem tartoznak a legfiatalabb korosztályba, munkavégző készségekben és képességekben meggyengültek és rehabilitáció hiányában ritkán felelnek meg a munkaerőpiac mai követelményeinek. A munkáltatókban pedig komoly előítéletek és fenntartások élnek az egészségkárosodással élő dolgozók értékeivel szemben. A munkáltatók félnek a táppénz gyakori igénybevételétől (különösen amióta a cégeknek is kötelezettségük van a táppénzfizetésben); a speciális munkakörülmények kényszerétől; a munkaszervezési többletfeladatokról és nem bíznak a teljes értékű munkavégzésben.

Milyen tényezők miatt vállalkozhatnak mégis a munkáltatók megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatására?

- Ha valamelyik szakmában, munkaterületen, régióban vagy időpontban a munkaerő-kínálat-hoz képest túlkereslet van (minden mobilizálható munkaerőre szükség van);
- Teljesértékűen rehabilitált – a munkaterületen 100%-osan teljesíteni tudó – megváltozott munkaképességű személyek esetében;
- Kötelező vagy önként vállalt társadalmi szolidaritás miatt;
- Megfelelő állami ösztönzések esetén.

Az első két motiváció a megváltozott munkaképességű személyek esetében ritkán érvényesül. Nagyobb arányú kereslet ma elsősorban azokat a munkaköröket jellemzi, amelyek vagy igen korszerű ismereteket követelnek vagy alacsony bérezés mellett komoly igénybevételt támasztanak (például testi vagy készenléti szempontból). Az egészségkárosodással élő emberek ritkán tudnak eleget tenni a második elvárásnak, a hiányzó rehabilitáció miatt pedig általában alkalmatlanok a korszerű felkészültséget igénylő munkakörök betöltésére.

2.3. Kötelező társadalmi szolidaritás, kvótarendszer

A fejlett nyugati államokban a munkáltatókat jól kidolgozott ösztönző, illetve szankcionáló eszközök összehangolt működtetésével készítetik a foglalkozási rehabilitációban való részvételre. A rehabilitált dolgozók foglalkoztatására elsősorban pénzügyi kedvezményekkel, zömmel gazdasági úton, ritkábban adminisztratív, hivatali eljárásokkal szorítják rá a vállalatokat.

Az Európai Közösség országaiban – Dánia kivételével – különböző mértékű foglalkoztatási kötelezettséget rónak a munkáltatókra, aminek elmulasztása esetén mérlegelésre készített mértékű hozzájárulás fizetésére kötelezik a nem teljesítő cégeket. Az így befolyt összegekből támogatják a megváltozott munkaképességű személyek védett foglalkoztatását. A foglalkoztatási kötelezettség mellett minden fejlett ország különféle támogatásokat (tb- és adókedvezmények; bértámogatás stb.) biztosít azoknak munkáltatóknak a számára, amelyek vállalják megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatását.

Magyarországon 1987. óta működik az ún. kvótarendszer. Mértéke, illetve a foglalkoztatásra kötelezett munkáltatók köre többször változott. 1998. január elsejétől valamennyi 20 főnél nagyobb létszámot foglalkoztató munkáltatónak – beleértve a korábban mentességet élvező költségvetési szerveket és nonprofit szervezeteket is – a statisztikai állományi létszám 5%-áig megváltozott munkaképességű dolgozót kell foglalkoztatnia. A foglalkoztatási kötelezettségüket nem teljesítő munkáltatók a hiányzó létszám miatt rehabilitációs hozzájárulást fizetnek, ami 1999-től a tárgyévet megelőző nemzetgazdasági bruttó átlagkereset 3%-a (2000-ben 24 400 forint).

A kötelező foglalkoztatási szint alatt teljesítő munkáltatók befizetéseiből képződik a Rehabilitációs Alap(rész)⁴, amelynek pénzeszközeit – pályázat útján – olyan munkahelyek megőrzésére, bővítésére, átalakítására és teremtésére lehet fordítani, ahol ezáltal megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására vagy továbbfoglalkoztatására nyílik lehetőség.⁵

A kötelező foglalkoztatási szint bevezetésével és működtetésével szemben számtalan ellenérv megfogalmazódott a nemzetközi irodalomban. Többek között az, hogy a munkáltatók formálisan ugyan teljesíteni fogják a kötelező kvótát, de érdemi rehabilitáció – az előírás hatására – nem történik. A másik ellenvetés az volt, hogy minden ilyen beavatkozás stigmatizál, vagyis erősíti a fogyatékos-sággal élő emberekkel szemben amúgy is meglévő munkáltatói előítéleteket. A magyarországi gyakorlatban is bebizonyosodott, hogy a félelmek nem alaptalanok, ugyanakkor – különösen ilyen beszűkült munkaerőpiacon – a kvóta – megfelelő ellenőrzés és egyidejű támogatási rendszer működtetésével – valamilyen szinten segíthet a megváltozott munkaképességű emberek munkához jutásában.

2.4. Állami ösztönzések

Hazánkban a foglalkozási rehabilitáció többletterheinek kompenzálására – a kvóta felett foglalkoztatott megváltozott munkaképességű dolgozói létszám alapján – a munkáltatók költségvetési dotációt igényelhetnek, aminek mértéke a megváltozott munkaképességű dolgozók részére kifizetett bér, de legfeljebb a minimálbér 45–150; szociális foglalkoztatók esetében 50–150 százaléka. Speciális elbírálás alá esnek a célszervezetek, ahol feltétel, hogy a létszám minimum 60%-a megváltozott munkaképességű személy legyen. A célszervezetek esetében a dotáció – a foglalkoztatottak munkaképesség-csökkenésének arányában – differenciált, és a telephelyi pótlékokkal együtt a 440%-ot is elérheti.⁶

A dotáció korábban valamennyi megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatása alapján igényelhető volt, 1996. január 1-jétől csak a kvóta feletti foglalkoztatás után jár.

A társasági adóról és az osztalékról szóló törvény hatálya alá nem tartozó munkáltatók (költségvetési szervek, nonprofit szervezetek) – függetlenül a foglalkoztatott megváltozott munkaképességűek létszámától és attól, hogy foglalkoztatási kötelezettség hatálya alá esnek-e – dotáció igénylésére nem jogosultak.

1998. január 1-jétől a foglalkoztatási kötelezettséggel nem bíró, 20 főnél kisebb létszámot foglalkoztató jogi személyiségű munkáltatók és az egyéni vállalkozók, legalább 50%-os mértékben megvál-

⁴ A Munkaerő-piaci Alap része.

⁵ A Rehabilitációs Alaprész munkahelyteremtő hatását a 4.3.3. fejezetben részletesen elemezzük.

⁶ 1999-ben 13 milliárd forintot (ebből 9,9 milliárd forintot az MPA-ból) fizetett ki dotáció címén a célszervezetek számára.

tozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatása esetén – az adótörvényekben szabályozott módon – havonta és fejenként 3000 forinttal csökkenthetik adóalapjukat. Ezzel a versenyszféra munkáltatói körében a rehabilitációs foglalkoztatás ösztönzése – legalábbis elméletileg – teljes körűvé vált. A gyakorlatban azonban – az évek óta változatlan mérték miatt – évről-évre csökken a támogatás reálértéke (jelenleg havi 540 forint).

3. A rehabilitáció fejlesztésére irányuló kormányzati döntések

A foglalkozási rehabilitáció eredményessége a munkaügyi intézményrendszer és érdekeltségi viszonyok kiépítésén túl meghatározóan függ a minősítő rendszer állapotától. Komoly akadályt jelent a rehabilitáció folyamatában az a jogos kritika, amely évtizedek óta éri az orvosszakértői minősítés gyakorlatát, ahol nem a megmaradt és hasznosítható, hanem az elveszett munkavégző képességet rögzítik.

A rokkantságnyugdíj-rendszer tervezett átalakítása pedig – szigorító intézkedéseivel – jelentősen lecsökkentené az ellátásra jogosultak körét, s ily módon megnövelné a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek számát. A rendszer átalakítása tehát – legalábbis morális okok miatt – nem következhetne be a működőképes foglalkozási rehabilitáció feltételeinek megteremtése nélkül. Az utóbbi évek során több kísérlet is történt a reformok végrehajtására, de a drasztikus átalakítás a mai napig nem történt meg, bizonyos elemei (például a minősítés megváltoztatása) hátráltatják, bizonyos elemei (például az ellátások szigorítása) könnyítik a foglalkozási rehabilitációs rendszer kiépítését.

3.1. A rokkantságnyugdíj-rendszer reformja, az orvosszakértői minősítés átalakítása

A társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról szóló 60/1991. (X. 29.) OGY-határozat a rokkantságnyugdíj-rendszer átalakításának kérdését az öregségnyugdíj-rendszerrel összefüggésben koherenciaproblémaként kezelte és hosszabb időre meghatározta, hogy a rokkantságnyugdíj-rendszer átalakítása pusztán ellátórendszerbeli átalakítási kérdésként jelenjen meg.

Az orvosszakértői minősítés és a foglalkozási rehabilitáció intézményi, jogi, finanszírozási feltételeinek kiépítése iránti igény ezt követően az államháztartási reform 1995. évi előmunkálataiban jelent meg, majd a nyugdíjreform bevezetésének érdekegyeztetési folyamatában erősödött fel.

1997. április 29-én ÉT-megállapodás rögzítette, hogy a szociális partnerek csak a rehabilitáció intézményrendszerének kiépítése és hatékony működése esetén értenek egyet a rokkantsági és a bal-eseti rokkantságnyugdíj-rendszer átalakításával. Azt is rögzítette a megállapodás, hogy a feltételek megteremtéséről országgyűlési határozat rendelkezzen.

Az Országgyűlés által meghatározott feladatok:

Az Országgyűlés a megváltozott munkaképességű és rokkant emberek társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerének átalakításáról szóló 75/1997. (VII. 18.) OGY-határozatban (továbbiakban OGY-határozat) rendelkezett a megvalósítandó ellátórendszer elemeiről, valamint ennek alárendelten arról, hogy megvalósításához milyen intézményi, szolgáltatási feltételek, eljárási szabályok szükségesek. Az átalakított ellátórendszer bevezetésének 1999. január elsejei határidővel a szükséges feltételek átalakulásával együtt kellett volna megvalósulnia.

Az Országgyűlés az alábbi komplex célok megvalósítását jelölte meg:

- az ellátórendszer jobban igazodjon az egészségi állapothoz és ezzel összefüggésben a tényleges munkavégző képességhez, jelenjenek meg benne a szakmai rokkantság elemei,
- legyen lehetőség az egyén számára foglalkoztatási rehabilitáció segítségével a munka világában maradni, vagy oda visszatérni,
- a megváltozott munkaképességhez kapcsolódó egészségügyi, szociális és foglalkoztatási problémák kezelése összhangban történjen,
- csökkenjenek az ezzel együtt járó társadalmi terhek.

1997 decemberében a Miniszterelnöki Hivatal irányításával tárcaközi szakértői bizottság alakult, amely a munkaadók és a munkavállalók, valamint a fogyatékoszervezetek képviselőinek közreműkö-

désével összefoglalta azokat a szakmai és finanszírozási feltételeket, amelyek a megváltozott munkaképességű és rokkant emberek társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerének átalakítását megalapozhatják.

A team valamennyi érintett területre vonatkozóan áttekintette az elvégzendő feladatokat és 1998 márciusában a Megváltozott munkaképességűek és rokkantak társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerének felülvizsgálata az értékelemzés módszerével című tanulmányban elemezte és értékelte a hatályos szabályozás és gyakorlati alkalmazás jellemzőit, valamint javaslatot tett az átalakítás legfontosabb területeire és a megvalósítás módjára; a javasolt ellátási modell elemeire.

A szakértői tanulmány fontosabb megállapításai:

- Az utóbbi években a rokkantsági nyugellátás és a megváltozott munkaképességű személyek ellátásának szabályrendszerében számottevő változás még a foglalkoztatás körülményeit követő részletszabályok szintjén sem történt. A megváltozott munkaképességű személyek jelenlegi ellátórendszere a rokkantsági nyugellátást és a megváltozott munkaképességű személyek szociális ellátásait helyezi középpontba.
- Az orvos-szakértői elbírálás jelenlegi rendszere elsősorban a pénzbeli ellátásokat alapozza meg, mert a munkaképesség-csökkenés mértékének megállapításakor csak az egészségi állapot általános, ún. „össz-szervezeti” feltételeit veszi figyelembe. A korábbi foglalkozás, a ténylegesen gyakorolt szakma, a konkrét élet- és munkakörnyezet mérlegelése annak ellenére sem játszanak szerepet az elbíráláskor, hogy a prognosztizálható jövedelemvesztés mértékét jelentősen befolyásolja az érintett személyek képzettsége, munkaképesség-változás előtti munkaköre, életkora. Hátráltatja a megváltozott munkaképességű személyek szociális integrációját az elvesztett képességek kimutatására szorítkozó gyakorlat, amely nem fordít figyelmet a megmaradt, fejleszthető képességekre.
- Az érintett személyek problémáinak kezelésére szolgáló aktív ellátórendszer Magyarországon fejletlen, nagymértékben kialakulatlan. A foglalkozási rehabilitáció korábbi évtizedekben létrehozott eljárási rendje, intézményrendszere a teljes foglalkoztatás feltételei között épült ki, az eredeti munkahelyen történő rehabilitáció meghatározó szerepére épül. Ennek lehetőségei a gazdasági átalakulás során jelentősen beszűkültek. A munkáltató rehabilitációs eljárásának megghiúsulása esetén a települési önkormányzatok mellett működő helyi rehabilitációs bizottságnak kellene rehabilitációs munkahelyet felajánlani, azonban a bizottságoknak általában nincs áttekintésük a munkaerőpiacról, a rehabilitációs szolgáltatásokról, ezért a foglalkoztatási lehetőség feltáratlansága miatt az igénylők jelentős hányada passzív ellátásra válik jogosulttá.

Az 1998-ban elkészített javaslatban az átalakítás államháztartási hatásait bemutató középtávú számítások is szerepeltek, ennek értékelését 1999-ben a Pénzügyminisztérium munkatársai elvégezték és azonos következtetésre jutottak.

Mindkét számítási változathoz kitűnik, hogy – a tárcaigények alapján kalkulálva – a rendszer átalakítása az első időszakban jelentős kiadásokkal jár. Az első évek többletkiadásai legkorábban (az optimista változat feltételei alapján) csak az átalakítás időpontját követő első évtized vége után térülnek meg. Ettől az időponttól kezdve keletkezhet „tisztá megtakarítás” az államháztartás egészét tekintve.

A kormánydöntést megalapozó tanulmányt az előző kormány nem tárgyalta, a feladatok meghatározására, ütemezésére, a kialakult tárcaközi együttműködés intézményes folytatására, a minősítés új rendszerének szakmai és szervezeti megalapozására, valamint nem utolsósorban a szükséges források biztosítására nem került sor.

A társadalmi és a munkaerő-piaci folyamatok ugyanakkor egyaránt a foglalkozási rehabilitáció kiépítését kényszerítő kihívásokat fogalmaztak meg.

3.2. A foglalkozási rehabilitációval kapcsolatos fejlesztési elképzelések

Az ellátórendszer átalakításának elhúzódása ellenére a 2381/1996. (XII. 20.) sz. kormányhatározat a foglalkozási rehabilitáció történetében új fejezetet indított, amikor meghatározta, hogy alakuljon ki a foglalkozási rehabilitáció orvosszakértői, jogi, érdekeltségi és minimális intézményi feltételrendszere; kapcsolódjon a pénzbeli ellátás a rehabilitációban való részvételhez; a finanszírozáshoz osszák meg a társadalombiztosítási alapok, a Munkaerő-piaci Alap és a szociális költségvetés között.

Az orvosszakértői feltételek, valamint a pénzbeli ellátások átalakításáért a Népjóléti Minisztérium, a foglalkozási rehabilitáció jogi és intézményi feltételeinek megteremtéséért a Munkaügyi Minisztérium lett felelős.

A feladat végrehajtása érdekében a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 1997. évi módosításának középpontjában a foglalkozási rehabilitáció feltételrendszerének megteremtése állt.⁷

Ennek keretében 1998. január 1-jétől

- meghatározták a foglalkozási rehabilitáció szabályozásának, irányításának és minisztériumok közti koordinációjának feladatát és jogosultságát a Munkaügyi Minisztérium feladatkörében, (8. § (3) bekezdés);
- megjelent a korábban nem ismert elem, a megváltozott munkaképességű személyek számára a munkáltatótól független foglalkozási rehabilitáció intézményrendszerének kialakítása.
- a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek foglalkozási rehabilitációjának irányítását az Ft. 1998. január 1-jétől a munkaerő-piaci szervezet feladatává tette, egyidejűleg több területen kedvezőbb szabályokat állapított meg a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek munkaközvetítése, foglalkoztatásának elősegítése terén.⁸

A munkanélküli-járadék folyósítási szabályainak módosítása a megváltozott munkaképességű személyek járadékainak és rokkantsági nyugdíjának folyósítási idejét követően is lehetőséget adott munkanélküli-ellátásra, lehetővé téve ezzel az ellátásból kikerülő foglalkozási rehabilitációját (29. § (1) bekezdés e)).

4. A fejlesztések megvalósulása a foglalkoztatáspolitikai területén

4.1. A jogszabályi környezet megteremtése

A kormány 1998. és 1999. évi foglalkoztatáspolitikai irányelveiben a foglalkoztatási rehabilitáció rendszerének kiépítése az egyik legfontosabb új feladatként fogalmazódott meg. (1166/1998. (XII. 30. kormányhatározata).

A rehabilitáció munkaügyi szervezetbe történő beillesztése érdekében a következő feltételeket biztosították:

- meghatározták a megyei szervek és kirendeltségek feladatait és munkamegosztását a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek foglalkozási rehabilitációjával kapcsolatban.⁹
- megjelent a 6/1998. (III. 4.) MüM-rendelet a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerő-piaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére adható támogatásokról szóló 6/1996. (VII. 16.) MüM-rendelet módosítása, ami a rehabilitációs alaprész decentralizálásához szükséges feltételeket tartalmazza.
- a 11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet a munkaügyi központok foglalkozási rehabilitációs eljárásáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek foglalkoztatását elősegítő egyes támogatásokról rendelkezik.

⁷ 1997. évi CXX. törvény

⁸ A foglalkoztatási törvény alkalmazása szempontjából megváltozott munkaképességű személy: aki testi vagy szellemi fogyatékossgal él, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahelymegtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.

A törvény hatálya tehát kiterjed valamennyi fogyatékossgal élő, illetve a foglalkoztatást hátrányosan befolyásoló egészségkárosodással élő személyre, függetlenül attól, hogy munkaképességének csökkenése milyen mértékű, továbbá munkanélküli-e vagy munkaviszonyban áll, illetve egyéb kereső tevékenységet folytat, tekintet nélkül arra, hogy egészségi állapota alapján ellátásban részesül-e vagy sem.

A megváltozott munkaképességű személyek jogosultak a munkaerő-piaci szervezet szolgáltatásainak ingyenes igénybevételére, továbbá – jogszabályi feltételek teljesülése esetén – foglalkoztatásuk elősegítéséhez támogatás adható a Munkaerő-piaci Alapból.

⁹ 5/1998. (II. 11.) MüM-rendelettel módosított 9/1996. (XII. 20.) MüM-rendelet.

- a 6/1999 (IX. 3.) SZCSM-rendelet lehetővé teszi a rehabilitációs alaptól támogatott munkahelyen történő foglalkoztatás megkezdésének pótlólagos támogatását.

A foglalkozási rehabilitáció egyik meghatározó feltételeként a foglalkozás-egészségügyi szabályok jelentős részének módosítása biztosította a munkaügyi központok számára a szükséges jogszabályi és orvosi szolgáltatási hátteret.¹⁰

Az évtized második felében több olyan törvény is hatályba lépett, amely kedvezően befolyásolta a foglalkozási rehabilitáció körüli társadalmi légkört.

Kihirdették és 1999. január elsején hatályba lépett a fogyatékos emberek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvényt, ami többek között a foglalkoztatás tekintetében a rehabilitáció fejlesztésének és az akadályok felszámolásának folyamatos igényét teremti meg.¹¹

Hatályba lépett a közhasznú szervezetekről szóló törvény, amely a civil szervezetek rehabilitációs tevékenységét teljes körűen a közhasznú tevékenységek közé sorolta, keretet adva ezzel a civil szervezetek rehabilitáció érdekében tett fontos kezdeményezéseinek.¹²

1998-ban megtörtént a foglalkozási rehabilitáció működéséhez alapvetően szükséges kapcsolódó jogszabályok jelentős részének (például adótörvények, egészségügyi, foglalkozás-egészségügyi jogszabályok) módosítása.¹³

4.2. Az intézményrendszer kialakítása

A foglalkozási rehabilitáció intézményrendszerének kiépítése részben előzmény nélküli volt, másrészt egy olyan szervezetre – a munkaerő-piaci szervezetre – kívánták telepíteni, amely a munkanélküliség kezelésében a 90-es évek elején elsősorban hatósági feladatokat kapott. Sem személyi, sem módszertani felkészültsége nem volt az egyének adottságaira építő, a hátrányokat mérlegelni és figyelembe venni tudó, differenciált munkaerő-piaci integráció segítéséhez.

A másik probléma az volt, hogy először azokat a megváltozott munkaképességű személyeket kellett a rehabilitáció körébe vonni, akik regisztrált munkanélküliek voltak. Ez azt jelentette, hogy a célcsoporton belül is az egyik legnehezebb csoporttal – a hosszabb ideje inaktivitásban lévővel, ezért leépült (vagy leépülőben lévő) készségekkel és munkavállalási szándékkal rendelkező személyekkel – kellett foglalkozniuk.

1997 tavaszán kísérletként három, munkaerő-piaci adottságait tekintve eltérő helyzetű megyében (Baranya, Fejér, Nógrád) modellkísérlet keretében megtörtént a munkaerő-piaci szervezet rehabilitációs tevékenységének előkészítése, módszertanának kialakítása és annak elsajátítása.

A rehabilitációs tevékenység előkészítése során elkészült a foglalkozási rehabilitációval kapcsolatos alap- és speciális ismeretek tananyaga, valamint megkezdődött a munkatársak belső képzése.

A foglalkozási rehabilitáció programja – a meglévő szolgáltatási tevékenységre építve – az eljárás fő végrehajtási helyszínéül a munkaügyi kirendeltségeket jelölte meg. Feladatuk a regisztrált megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek helyzetének felmérése; tájékoztatása a rehabilitációs eljárás menetéről, a rendelkezésre álló eszközökről és lehetőségekről; a szükséges orvosszakértői (foglalkozás-egészségügyi) szakvélemények bekérése; a munkáltatók e csoport iránti fogadókészségének megismerése és tájékoztatása a foglalkoztatás esetén igénybe vehető támogatásokról. A kirendeltségi munkát minden megyében rehabilitációs munkacsoport koordinálja.

1999 végére lezárult a munkaügyi szervezet foglalkozási rehabilitációs tevékenységének felkészülési időszaka. A feladat beépült a munkaügyi szervezet alaptevékenységébe; szolgáltatási és a támogatási eszközrendszerébe. A legtöbb megyében megnyugtatóan el vannak határolva a kirendeltségek és munkacsoportok feladatai, és működnek a felelősségi kompetenciák. Ugyanakkor nem kétséges, hogy a kirendeltségek rehabilitációs tevékenysége – részben az egyébirányú leterheltség, részben a nehezen változtatható beidegződések (például a munkalehetőségek feltárásával kapcsolatos

¹⁰ 33/1998. NM-rendelet; 9/1999. (I. 27.) és 43/1999. (III. 3.) kormányrendelet

¹¹ Módosítva: 1998. évi LXXXVI. törvénnyel, az 1999. évi CX. törvénnyel, az 1999. évi CXXII. törvénnyel.

¹² 1997. évi CLVI. törvény.

¹³ az 1996. évi LXXXI. törvényt módosító 1997. évi CVI. törvény a társasági adóról és az osztalékadóról, valamint a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvényt módosító 1997. évi LXXXVIII. törvény.

passzív magatartás) miatt még nem mindenütt eredményorientált. Pedig a megváltozott munkaképességű emberek integrációjának segítése igen időigényes, összetett feladat és ritkán lehet egyszerű közvetítéssel munkát találni számukra. A rehabilitációs eljárásrend is felsorakoztatja azokat az eszközöket és szolgáltatásokat, amelyeket használni lehet és kell a sikeres rehabilitáció érdekében.

A regisztrációban lévő megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek jelentős része – éppen a hosszú passzív időszak miatt – nem csak munkavégző képességében, hanem munkavállalói szerepében is bizonytalan (milyen kínálatból választhat; melyek a keresett szakmák a régióban; milyen eszközökkel lehet munkát keresni; milyen szociális és mentális problémákat kell megoldani a munkavállalás előtt stb.). Annak érdekében tehát, hogy ezek az emberek „eladható” munkaerővé váljanak, segítő tanácsadások, felkészítések, tréningek sorozatán kell részt venniük. A munkaügyi szervezet számos ilyen szolgáltatást biztosít a munkanélküli – köztük a megváltozott munkaképességű – emberek részére, amelyek közül néhány – például a rehabilitációs tanácsadás és a foglalkozás-egészségügyi vizsgálat – kifejezetten a foglalkozási rehabilitáció érdekében működik.¹⁴

A szakmai minősítés hiányát igyekszik valamilyen szinten pótolni a foglalkozás-egészségügyi vizsgálat beépítése a rehabilitáció folyamatába. Komoly eredménynek tekinthető, hogy sikerült ehhez a feladathoz a program által „provokált” jogszabályi háttérrel biztosítani, továbbá, hogy konstruktív együttműködés épült ki a munkaügyi szervezet és a megyei foglalkozás-egészségügyi szolgálat között.

Munkaügyi szakemberek és foglalkozás-egészségügyi orvosok együttes munkájának eredményeként elkészült a foglalkozási rehabilitáció egyik alapdokumentuma, a Foglalkozások egészségügyi tényezői című kézikönyv. A dokumentáció a foglalkozások és a készségek párosításával lehetővé teszi, hogy a munkaügyi szervezet a foglalkozási rehabilitáció során a munkaközvetítés, a pályakorrekció érdekében a szakmai alkalmasságra, a foglalkoztathatóságra vonatkozó, a megmaradt készségek értékelésére támaszkodó foglalkozás-egészségügyi szakvéleményt értelmezni és alkalmazni tudja. Igen nagy segítséget jelentene a közvetítők munkájában a kézikönyv számítástechnikai adaptációja, aminek elkészítésére az OMMK vállalkozott.¹⁵

A két szakterület közös dokumentációja – a szükséges továbbfejlesztéssel – része lehet a megmaradt képességeket is értékelő orvosszakértői eljárásnak is.

4.3. A megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci esélyeinek javítása

A munkaügyi szervezet rehabilitációs eljárása, valamennyi szolgáltatása arra irányul, hogy a munkanélküli embereket – köztük a megváltozott munkaképességű személyeket is – az elsődleges munkaerőpiacra segítse vissza.

Ennek teljesülése, az igazi eredményes kilépés a munkanélküli regisztrációból minden hátrányos helyzetű munkanélküli ember számára igen nehéz. A foglalkozási rehabilitáció intézményrendszerének kiépítése során kísérlet történik e nehézségek oldására is. Ennek formái:

- a megváltozott munkaképességű emberek munkavégző képességének fejlesztése.
- a munkaerő-piaci szervezet munkahelyfeltáró tevékenységének javítása,
- új munkahelyek létrehozása,
- munkáltatók támogatása a célcsoport foglalkoztatása esetén,
- az elhelyezkedések közvetlen segítése.

¹⁴ 1999-ben a szervezetben megjelent megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek 34%-a (9069) vett igénybe valamilyen segítő szolgáltatást. Ez lehet például:

- pályaaorientációs, pályakorrekciós, pályamegerősítő foglalkozás,
- pszichológiai tanácsadás,
- álláskeresési technikák oktatása,
- munkavállalási, munkajogi, képzési tanácsadás,
- rehabilitációs tanácsadás.
- reintegráló csoportfoglalkozás stb.

¹⁵ A program elkészítése két éve várat magára.

4.3.1. A MUNKAVÉGZŐ-KÉPESSÉG FEJLESZTÉSE

A megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek sikeres újraelhelyezkedéséhez meglévő képességeik gyakran kevésnek bizonyulnak, s a hosszú munkanélküliség alatt korábbi ismeretük, szaktudásuk is jelentősen veszít értékéből, ezért a képzésnek, a fejlesztésnek ebben a körben kitüntetett szerepe van. Ugyanakkor nem kétséges, hogy ez a csoport a képzés előkészítésében, a megfelelő szakirány megkeresésében nagyobb figyelmet igényel, és vannak közöttük olyanok is, akik csak speciális, egészségkárosodásukhoz, fogyatékosságukhoz alkalmazkodó tanfolyamokon tudnak részt venni. A modern rehabilitáció alaptétele, hogy a megváltozott munkaképességű emberek elsősorban integrált képzésbe kapcsolódjanak be.

Az utóbbi évtizedekben igen kevés embernek sikerült ezt a perspektívát biztosítani. A Munkaügyi Minisztérium kezelésében létrehozott Rehabilitációs Képzési Alapítvány ugyan támogatta a megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek munkaerő-piaci képzését, átképzését, ez azonban a szükséglethez képest igen kis létszámot érintett.

A foglalkozási rehabilitációs program időszakában megvalósult székesfehérvári modellközpont ma még inkább a létezése tényével, mintsem nagyságrendeket jelentő hiánypótló képzési kapacitásaival van jelen az intézményrendszerben.¹⁶ A program – illetve a képzés – segítésére új eszközök is bevezettek, aminek értelmében a gyakorlati képzést vállaló munkáltató – a képzésbe vont személy speciális körülményei miatt – többletköltségeit meg lehet téríteni.¹⁷ Az eltelt másfél év alatt azonban ezzel a lehetőséggel még alig éltek az érintettek, s a program képzéseket preferáló szándéka ellenére 1999-ben mindössze 1640 megváltozott munkaképességű személyt iskoláztak be valamilyen tanfolyamra.

A megyei tapasztalatok szerint a képzőhelyek ilyen irányú felkészüléséhez hosszabb idő szükséges. Ma még általában igen szűk az a képzési skála, amelyre be tudnak iskolázni megváltozott munkaképességű személyeket.

4.3.2. A MUNKAHELYFELTÁRÓ TEVÉKENYSÉG JAVÍTÁSA

A megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek rehabilitációjának egyik legkritikusabb pontja a megfelelő munkahely megtalálása. Az általában is jellemző szűkös munkaerő-kereslet ritkán vonatkozik a valamilyen szempontból hátrányos helyzetű munkavállalókra. Ugyanakkor a racionális – a munkáltató érdekeit érvényesítő – indokok mellett számos esetben találkozunk a munkaadók mérlegeléstől mentes elutasításával is. A munkaügyi szervezet munkáltatókkal való kapcsolatának tehát kitüntetett szerepe van a rehabilitáció szempontjából. Az utóbbi évek kirendeltségi gyakorlatából azonban többnyire hiányzott az a fajta partneri viszony, amely adott esetben a munkavégzésre ténylegesen kész és képes megváltozott munkaképességű munkanélküli személy fogadásáról is meg tudta volna győzni az üres álláshelyet jelző munkáltatót.

A program ezért nagy hangsúlyt fektetett a lehetséges munkahelyek feltárásának, a potenciális munkáltatók megnyerésének fontosságára. Sok megyében már érzékelhető kismértékű változás ebben a kérdésben, de a rossz beidegződések, valamint a megváltozott munkaképességű emberek munkavégző képességével szemben meglévő kétségek csak hosszabb idő alatt hozhatnak érdemi változást.

4.3.3. ÚJ MUNKAHELYEK LÉTREHOZÁSA, MEGLÉVŐK MEGŐRZÉSE

A korábbi években szinte kizárólag a másodlagos, vagy támogatott munkaerőpiacon volt lehetőség új rehabilitációs munkahelyek létrehozására. A munkahelyteremtés (és -megőrzés) legfőbb forrása az – 1996 óta kizárólag a munkáltatók által befizetett rehabilitációs hozzájárulásból képződő –

¹⁶ A németországi kormány anyagi és módszertani támogatásával 1995–1998 között létrejött a Székesfehérvári Regionális Munkaerő-fejlesztő és Képző Központban az első magyarországi Rehabilitációs Modellközpont. A cél az volt, hogy a székesfehérvári intézmény mintául szolgáljon az összes regionális munkaerő-piaci képzőközpont számára, s hogy az ott kiképzett szakemberek tudásának továbbadásával, illetve a képzési módszerek átadásával megkezdődjön a rehabilitációs képzések hálózatának kiépítése. A modellközpontot – amely minden szempontból megfelel a speciális képzés követelményeinek (akadálymentesség, alakítható berendezések stb.) – 1998-ban adták át és 1999-ben megkezdődött az ismeretek továbbítása az ország többi regionális képzőközpontja számára. A központi programok keretéből 1995-ben 22,2 millió forintot, 1996-ban 19 millió forintot, míg 1997-ben 30 millió forintot biztosítottak erre a célra.

¹⁷ Jogszabályi háttér: 11/1998 (IV. 29.) MüM-rendelet.

Rehabilitációs Alap volt, amely 1996. január elsejétől az egységes Munkaerő-piaci Alap részévé vált.¹⁸ megőrizve azt a sajátosságát, hogy a belőle adható támogatások nemcsak az Flt. hatálya alá tartozó személyek foglalkoztatását elősegítő célokra használhatók. A rehabilitációs alaprész felhasználása központi pályázati rendszerben történt.

1998-tól összefüggésben azzal, hogy a foglalkozási rehabilitáció kiépítésének koordinációja a Munkaügyi Minisztérium feladatkörébe került, és megkezdődött a munkaügyi központokban a foglalkozási rehabilitáció szervezeti és szolgáltatási feltételeinek megteremtése – az MPA rehabilitációs alaprészének működtetésében és döntési mechanizmusában is lényegi változás történt: az alaprész nagyobb hányadát decentralizált forrásként a megyei munkaügyi központok döntése alapján használták fel. A megyei tapasztalatok egyértelműen bizonyítják, hogy ez az intézkedés igen kedvezően hatott a munkahelyteremtésre. Jelentősen bővült a pályázatok száma (például 1999-ben 65,3%-kal több pályázatot adtak be, mint 1998-ban) és a korábbi néhány megyés részvétel – ami első sorban a célszervezettel rendelkező megyékre vonatkozott – gyakorlatilag országossá vált. Jellemzően magas a munkahely-teremtési szándék a magas munkanélküliségi rátájú régiókban.

A támogatással létrehozott munkahelyek egyre színesebbek. Az egyszerű, hagyományos betanított munkakörökön túl egyre több a szakmunka és a felsősokú végzettséget igénylő munkakör (például orvosasszisztens, szociális gondozó, számítástechnikus stb.)

A támogatással érintett munkahelyeken – a megyék saját döntésükkel – átlagosan 2-3 évre határoznak meg foglalkoztatási kötelezettséget. A pályázatok elbírálása során a legtöbb megyében előnyt élveztek azok a munkáltatók, akik illetve amelyek regisztrált munkanélküli embereket kívántak alkalmazni a támogatott munkahelyeken.

Jelentős átrendeződés figyelhető meg a nyertes pályázók körében a gazdálkodás típusa alapján is. Míg korábban a versenyszférában tevékenykedő, de igen támogatott célszervezetek adták a nyertes pályázatok közel felét, s a versenyszféra egyéb munkáltatói mindössze 19%-kal részesedtek, addig 1999-re jelentősen csökkent a célszervezetek aránya, ugyanakkor 68%-ra emelkedett az egyéb gazdálkodó szervezetek részesedése. Közülük első sorban a 20-nál kevesebb dolgozót foglalkoztató szervezetek és az egyéni vállalkozók éltek a támogatás lehetőségével. Nagy létszámú, illetve multinacionális cégek egyáltalán nem kívántak ily módon munkahelyet teremteni.

3. TÁBLÁZAT

A REHABILITÁCIÓS ALAPRÉSZBŐL TÁMOGATÁSBAN RÉSZESÜLT PÁLYÁZATOK MEGOSZLÁSA

A pályázók gazdálkodási típusa	1997.		1999.	
	A pályázatok száma	Megoszlása %	A pályázatok száma	Megoszlása %
Versenyszféra	18	18,6	223	67,8
Célszervezet	43	44,3	64	19,5
Szociális foglalkoztató	8	8,3	7	2,1
Egyéb	28	28,8	35	10,6
Összesen	97	100,0	329	100,0

Forrás: SZCSM-adatokból saját számítás

A nonprofit szervezetek pályázati és támogatási száma továbbra is igen alacsony, mivel többségüknek nem áll rendelkezésre megfelelő fedezet, és a foglalkoztatási kötelezettség többévi teljesítésére sem tudnak vállalkozni. Ugyanakkor látható, hogy a rehabilitációs alaprésznek a foglalkoztatás hosszú távú garanciáit mérlegelő támogatási rendszere sürgetővé teszi a foglalkoztató jellegű – első sorban civil, nonprofit szervezetek – funkcióihoz illeszkedő, integrált szociális, rehabilitációs támogatási rendszer kidolgozását.

Ugyancsak új munkahelyek teremtését, a hátrányos helyzetű emberek önfoglalkoztatóvá válását segítené az az 1998. óta működtetett (illetve módosított) eszköz – a munkanélküliek vállalkozóvá válásának támogatása – is, amely kedvezőbb feltételekkel vehető igénybe megváltozott munkaképességű

¹⁸ 1996-ban az alaprész előirányzata 760 millió forint volt, amiből végül az adott évben 387 millió forintot használtak fel. 1997-ben 1000 millió forint állt rendelkezésre munkahelyteremtésre, amiből 840 millió forintot fizettek ki. 1998-ban 1017 millió forint előirányzattal – az áthúzódó kötelezettségekkel együtt – 980 millió forintot fizettek ki. 1999-ben az 1550 millió forintos decentralizált keret 98,18%-át használták fel. (SZCSM 2000.)

személyek esetében. Erre az eszközre azonban az eltelt másfél év alatt szinte egyáltalán nem volt igény. Oka lehet többek között, hogy a megváltozott munkaképességű emberek jellemzően rossz szociális helyzetben vannak, s így nincs anyagi bázisuk a vállalkozás beindításához, ugyanakkor a betegség csökkentheti a vállalkozásnál nélkülözhetetlen perspektivikus gondolkodást. A saját képességeiben elbizonytalanodott ember számára a vállalkozóvá válás – még támogatások mellett is – ritkán jelent reális alternatívát. Megoldást valószínűleg olyan komplex vállalkozóvá válási támogatás jelenthet, amely egyaránt tartalmazza a képzést, a felkészítést; a folyamatos tanácsadást és a finansziális támogatást.

4.3.4. A MUNKÁLTATÓK TÁMOGATÁSÁNAK BŐVÍTÉSE

A munkáltatók fogadókészségének növelése érdekében – az flt.-ben biztosított és a megváltozott munkaképességű személyek számára is igénybe vehető támogatásokon kívül – 1998. június elsejével egy új speciális eszközt dolgoztak ki.¹⁹ Ennek értelmében 18 hónapig adható – fokozatosan csökkenő mértékű – bértámogatás annak a munkáltatónak, aki ellátásban nem részesülő, minimum 40%-ban megváltozott munkaképességű munkanélküli személyt alkalmaz. A támogatást azok a munkáltatók igényelhetik, akik nem kötelesek rehabilitációs hozzájárulást fizetni, illetve akik teljesítették rehabilitációs foglalkoztatási kötelezettségüket.

1998-ban a rehabilitációs bértámogatással kapcsolatban még általános problémaként fogalmazódott meg, hogy a munkáltatók az igen kedvező konstrukció mellett sem kívánnak megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztatni, s ha mégis, szinte kizárólag alacsony bérezésű munkahelyekre akarják őket felvenni, még akkor is, ha a magasabb bér kompenzációját is megkapnák. A minimálbér viszont a megváltozott munkaképességű dolgozónak nem vonzó perspektíva, és a továbbra is bizonytalan munkaerőpiacon nehezen mondanak le alacsony szintű, de biztos szociális ellátásukról.

1999-ben azonban már kimutatható nagyságrendet ért el a rehabilitációs bértámogatással elhelyezett munkanélküli emberek száma (824 fő), akiket jellemzően a kis- és közepes méretű vállalkozások alkalmaztak.

4.3.5. AZ ELHELYEZKEDÉS KÖZVETLEN SEGÍTÉSE

A megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek elhelyezése a rehabilitációval foglalkozó szakemberek részéről igen komoly ráfordítást igényel, és ehhez képest szerény eredményeket mutat. A rehabilitációs program utóbbi két éve alatt az általános és a tematikus tanácsadások, a támogatott foglalkozások és képzési lehetőségek szélesítése mellett kialakult és egyre jobban terjed a „munkába segítés” direkt formája. Ez az Európai Unió gyakorlatával kompatibilis szolgáltatás a munkáltató és munkavállaló egymásra találását és a rehabilitált dolgozó tartós munkában maradását segíti. Közhasznú szervezetek számára kiírt pályázatok egyre több megyében teszik lehetővé az ún. mentorok (foglalkoztatás-szervező menedzserek, munkaasszisztensek) működését, akik személyre szólóan segítenek az állásfeltárásban, az elhelyezkedésben és az utógondozásban.

4.4. A foglalkozási rehabilitáció fejlesztésének hatása a célcsoport munkaerő-piaci integrációjára

Az elvégzett munka eredményessége csak akkor mérhető egyszerűen (és egyértelműen), ha a befektetések és a hozamok között igen szoros a kapcsolat, valamint ha kevés az olyan tényező, amely jelentősen befolyásolhatja, eltérítheti az eredményeket. Még nehezebb a mérés abban az esetben, ha nem csak a legvégső kimenet tekinthető eredménynek, hanem valamely köztes állapot is. A foglalkozási rehabilitáció végső – és egyszerűen mérhető – eredménye a megfelelő munkalehetőség biztosítása. Ugyanakkor a képzésbe kerülés is jelentősen javíthatja a későbbi elhelyezkedés esélyeit, sőt a különféle tanácsadásnak, szolgáltatásnak is lehet olyan hozadéka, ami akár a megváltozott munkaképességű emberek önálló elhelyezkedését, akár egy későbbi sikeres kimenetet készíthet elő. Különösen igaz ez azokra az emberekre, akik évek óta munka nélkül éltek, s akik ily módon – segítő beavatkozások nélkül – esélytelenek voltak a munkaerőpiacon. Az ő esetükben tehát a rehabilitációs eljárás minden elemét valamilyen mértékben eredményes ráfordításnak kell tekinteni.

¹⁹ Jogszabályi háttér: 11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet.

A rehabilitációs program számszerűsíthető eredményei 1999-ben:²⁰

- 26 705 megváltozott munkaképességű munkanélküli személy jelent meg a munkaügyi szervezet regisztrációjában, közülük 34,4%-ot sikerült az év folyamán aktivizálni.²¹
- 7891 főnek (30%) sikerült elhelyezkednie;²² közülük 1165 fő önállóan és 6726 fő közvetítéssel talált munkát.
- Az elhelyezkedettek 60%-a támogatással talált munkát. A kritikus megyékben – érthetően – az átlagnál jóval magasabb a támogatással elhelyezettek aránya.
- A támogatással elhelyezett 4735 fő közel 50%-a közhasznú munkát kapott, 8%-uk bértámogatással, 18%-uk rehabilitációs bértámogatással helyezkedett el. Munkahelyteremtő beruházás támogatásával 532 fő; rehabilitációs munkahelyteremtéssel 350 fő regisztrált és 142 fő nem regisztrált megváltozott munkaképességű dolgozó jutott munkalehetőséghez.

Az MPA rehabilitációs alaprészből – a foglalkozási rehabilitációs program támogatását szolgáló decentralizálás (1998) óta – összesen 5151 új munkahely jött létre és 3212 olyan munkahelyet sikerült megőrizni, ahol megváltozott munkaképességű dolgozót foglalkoztatnak. (4. táblázat)

Összegezve megállapítható, hogy az elért kezdeti eredmények a rehabilitáció megalapozásának fontos elemei, azonban a foglalkoztatási szakemberek még elégtelennek tartják a személyi, a tárgyi feltételeket, a rehabilitáció szakmai bázisát, az aktív rehabilitáció terjedelmét, kapacitását, forrásait, a foglalkoztatás munkáltatói és munkavállalói érdekeltségi viszonyait ahhoz mérten, hogy a szolgáltatásnak jelenlegi pénzbeli ellátások alternatívájaként kellene megjelennie.

4. TÁBLÁZAT AZ MPA REHABILITÁCIÓS ALAPRÉSZEK DECENTRALIZÁLT KERETÉNEK 1998–1999. ÉVI FELHASZNÁLÁSA

Megye	A pályázatok száma		A támogatások száma		Az új munkahelyek száma		A megőrző támogatásban részesülők	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Budapest	16	30	8	10	166	76	1298	97
Baranya	27	45	8	35	182	124	769	0
Bács-Kiskun	9	30	7	15	75	63	0	5
Békés	44	59	14	41	120	166	74	158
Borsod-Abaúj-Zemplén	36	43	16	25	55	128	195	74
Csongrád	12	21	7	17	38	96	227	11
Fejér	10	14	6	10	14	116	83	13
Győr-Moson-Sopron	6	23	5	10	62	58	15	25
Hajdú-Bihar	10	16	7	12	90	159	0	0
Heves	8	27	3	15	41	103	171	214
Jász-Nagykun-Szolnok	18	21	8	16	71	146	156	0
Komárom-Esztergom	14	18	7	9	56	65	51	113
Nógrád	18	31	6	23	26	85	146	12
Pest	6	19	2	8	62	98	0	7
Somogy	15	31	11	21	59	90	34	37
Szabolcs-Szatmár-Bereg	35	44	19	19	313	291	0	0
Tolna	14	20	9	17	33	106	0	37
Vas	8	9	6	6	51	43	8	44
Veszprém	5	14	5	12	63	109	112	96
Zala	6	9	4	8	39	64	196	83
Összesen	317	524	158	329	1616	2186	3535	1026

Forrás: SzCsM, 2000.

²⁰ Az 1998-ra vonatkozó eredmények – a statisztikai lekérdező program elkészítésének 2 éves csúszása miatt – nem voltak összesíthetőek.

²¹ Ez az adat tartalmazza az elhelyezkedések számát (az önállóan elhelyezkedőket 0,5-es szorzóval); a képzésbe kerültek létszámát, valamint a rehabilitációs munkahelyteremtő beruházási támogatás segítségével elhelyezkedett nem regisztrált megváltozott munkaképességű személyek létszámát.

²² Az elhelyezkedések esetszámokat takarnak, azaz egy személy a vizsgált időszakban többször is érintett lehet.

5. Kapcsolatrendszer kiépítése a rehabilitáció szereplői között

A korábbi években a foglalkozási rehabilitáció egy-egy szegmensében helyi szinteken született ugyan néhány igen hasznos kezdeményezés, de hatékonyságuk többek között azért maradt rendkívül alacsony, mert egymástól elszigetelten, az eredményeket kihasználatlanul hagyva, sőt sokszor azokat kioltva működtek. A munkaügyi szervezet deklarált vállalása volt, hogy a foglalkozási rehabilitáció intézményrendszerének kiépítése kapcsán figyelmet fordít a rehabilitáció egyéb szereplőinek mozgósítására; a parciális kezdeményezések összehangolására; a helyi erők összefogására. Az utóbbi két év eredménye, hogy a többi szereplő megismerte és elfogadta a munkaügyi szervezet ezirányú tevékenységét és egyre többen fordultak feléjük érdeklődéssel (együttműködési szándékkal). Legsikeresebb együttműködés a foglalkozás-egészségügyi szolgálattal és a civil szerveződésekkel alakult ki.

Mivel az utóbbiaknál általában közös érdekekről van szó, s így nyilvánvalóan mindkét fél kezdeményez, a civil szervezetek fontos stratégiai partnerei lettek a rehabilitációs munkatársaknak.

A határozott szándék ellenére igen lassan sikerül együttműködő partnerré tenni a helyi rehabilitációs struktúrában kitüntetett szereppel bíró önkormányzatokat.

6. További teendők a kormányzati ciklus végéig a foglalkozási rehabilitáció fejlesztése terén

A fejlesztési stratégia iránya:

- a) Az ellátórendszer átalakítása, a minősítés korszerűsítése
- b) A minél kisebb veszteség elvének érvényesítése
- c) A foglalkozási rehabilitáció környezeti (kapcsolódó) feltételeinek kialakítása
- d) A foglalkozási rehabilitáció feltételeinek javítása
- e) Védett foglalkoztatási formák kiépítése
- f) Statisztikai számbavétel

Ezeknek a fejlesztési céloknak a teljesítése természetesen hosszú időt igényel, ezért az alábbiakban azokkal kapcsolatban fogalmazunk meg javaslatokat, amelyek a kormányzati ciklus végéig teljesíthetők, illetve amelyeket ebben az időszakban feltétlenül el kell indítani.

A fejlesztés egyik legnagyobb problémája, hogy miközben a foglalkozási rehabilitáció gyakorlati megvalósításával kapcsolatban mind a társtárca, mind a társadalombiztosítási önkormányzatok részéről jelentős a várakozás, nincs az ellátórendszerek átalakításának és a foglalkozási rehabilitáció egyidejű kiépítésének olyan megoldása, amely ne igényelne kezdetben jelentős többletáfordításokat. Hosszabb távon azonban – feltételezhetően – a sikeres rehabilitáció a passzív ellátások terén megtakarítást, az államháztartás adó-, és járulékbévételeiben pedig többletet eredményez. Megnehezíti az első időszak ráfordításainak biztosítását, hogy számszerűsítve csak a kezdet költségei vannak, a hosszabb távú hatások csak verbálisan mutathatók be.

Ezért szükség van egy olyan, 10-15 éves időszakot felölelő makroszintű modell kidolgozására, amely bemutatja a költség-haszon-szerkezet időbeli alakulását, és lehetővé teszi egy erre alapozott prognózis elkészítését.

- a) Az ellátó rendszer átalakítása, a minősítés rendszerének korszerűsítése:

A rokkantságnyugdíj-rendszer, illetve annak finanszírozása a társadalombiztosítás egyik legneuralgikusabb területe. E rendszer kiadásai, a kieső járulékok mind arányaikban, mind pedig abszolút értékükben jelentős tételt képeznek. Az elbírálás és az ellenőrzés körül egyre inkább romlik a társadalmi közérzet. Mindezek alapján elemi érdek e kérdésnek az átalakult társadalmi-gazdasági viszonyoknak megfelelő rendezése.

Ugyanakkor nem kétséges, hogy foglalkoztatáspolitikai szempontból a rokkantságnyugdíj-rendszer korszerűsítése önmagában nem jelent pozitív változást. Ha a minősítések során a jövőben a megmaradt (és nem az elveszett) képességek, továbbá a foglalkoztathatóság szempontjai érvényesülnek, de ezt nem követi működőképes orvosi, fejlesztési és foglalkozási rehabilitáció, akkor a változás csak annyi lesz, hogy a terhek átstrukturálódnak, s a társadalombiztosítás kiadásai helyett a munkanélküli-ellátások növekednek.

A rokkantságinnyugdíj-rendszer átalakítása során érdemes figyelembe venni:

- hogy a fejlett országokban közös felelősséget igyekeznek érvényesíteni az egészségkárosodás következményeinek kezelésében. Így például ún. bonus-malus-rendszerrel a munkáltatókat egészséges munkahelyek kialakítására ösztönzik. Korkedvezményrel honorálják azokat a munkáltatókat, amelyek fontosnak tartják az egészségkárosodást okozó munkakörülmények megváltoztatását. Az e célra nem áldozók viszont magasabb járulékért vásárolhatják meg a korkedvezményt.
- Magyarországon – a fejlett országok gyakorlatától eltérően – a társadalombiztosítás nem vesz részt a rehabilitáció finanszírozásában. Pedig sikeres rehabilitáció esetén igen komoly megtakarítást könyvelhet el. Fontos lenne az új nyugdíjrendszer kialakításakor a közös felelősséget ebbe az irányba is kiterjeszteni.

Az új ellátórendszer tervezett elemei és annak megítélése, hogy kik lehetnek passzív ellátás helyett a foglalkozási rehabilitáció alanyai csak az új orvosszakértői minősítés bázisán definiálható. Ez különösen jelentős abból a szempontból, hogy a passzív ellátásban részesülők létszámának csökkenése elsősorban az ellátásba kerülés megelőzésével, a keresőképtelenségnek a foglalkoztathatósággal (rehabilitálhatósággal) összefüggő megállapítása által mérsékelhető.

Ennek érdekében az alábbi feladatok elvégzése szükséges:

- Az Országos Orvosszakértői Intézet feladat- és hatásköréből ki kell tűnnie, hogy az részben az egészségbiztosítási pénztár, részben a költségvetésből finanszírozott szociális ellátások, támogatások megállapításának alapjául szolgáló utalványozó tevékenységet végez, s a minősítés tartalmának a finanszírozótól függetlenül azonos tartalmúnak kell lennie. Ezért elsősorban az 1997. évi LXXXI. törvényben és a 83/1987. (XII. 27.) MT-rendeletben meghatározott rokkantsági, és a 8/1983. (VI. 29.) EüM—PM együttes rendeletben meghatározott munkaképesség-változási, valamint az 1998. évi XXVI. törvény végrehajtásaként a fogyatékoság kategóriáinak értékelését, valamint minden más, e kategóriákat alkalmazó jogszabály alkalmazását (például a munkaügyi központok rehabilitációs eljárásáról szóló 11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet) az eljárásnak meg kell alapoznia. (Ennyiben már a mai értékelési rendszerben is megjelenhetne a szakmai rokkantság, illetve az életminőség romlásának árnyaltabb mérlegelése).
- Fontos szempont, hogy a minősítés tartalma az azt alkalmazók (kapcsolódó jogszabályok) számára egyértelmű legyen.

Különösen komoly feszültséget okoz a teljesen munkaképtelen minősítés gyakorlati alkalmazása a megmaradt képességekre alapozott foglalkozási rehabilitációban.

Miközben a fogyatékosok esélyegyenlőségi törvénye alapján és a rokkantsági nyugdíjra vonatkozó munkavállalási lehetőségek szabályozott rendszerét²³ ismerte egyértelmű, hogy a jogalkotó számára a „teljesen munkaképtelen” ember nem minden képességét veszítette el, a minősítés alkalmazásában a foglalkozási rehabilitációs eljárás, valamint a foglalkoztathatóság vizsgálata során csak a rokkantságról szóló államigazgatási határozat „teljesen munkaképtelen”, vagy 100%-ban munkaképtelen minősítése áll rendelkezésre.

Fontos lenne, hogy az orvosszakértői minősítésből tűnjön ki: a teljesen munkaképtelen személy

- munkavégzésre egyáltalán nem képes, vagy
- munkát a foglalkozások szokásos feltételei közt végezni nem tud, ezen belül foglalkoztatásához személyi segítséget vagy a munkafeltételek, munkakörnyezet jelentős átalakítását igényli.
- A tényleges munkakörülményekről szóló nyilatkozat objektivitásának fokozását szolgálná, ha oldani lehetne a foglalkozás-egészségügyi alapellátás direkt egzisztenciális függését a munkáltatótól.²⁴ A magánpraxis visszavonása nem reális alternatíva, azonban a finanszírozás szabályai módosíthatóak. (Ha például a munkáltató a díjtételek változatlansága mellett az ÁNTSZ-nek térít, és a tevékenység jogszabályban előírt minőségi paraméterei indokolják, akkor a kifizetés – vagy annak meghatározott hányada – bizonyos rehabilitációs intézkedésekhez, vagy a munkakörülmények szigorúbb felügyeletéhez lehetne köthető).

²³ Társadalmi nyugellátások, 1997. évi LXXXI. törvény.

²⁴ Ez kielégítené az ILO-val e tárgyban aláírt egyezmény követelményét is.

A javaslat részben segítené feloldani azt az ellentmondásos helyzetet, ami a kistélepülések – egyben foglalkozás-egészségügyi alapellátást is ellátó – háziorvosai esetében ma feloldhatatlan.

- Jelentősen növelni kellene az eljárás iránti társadalmi bizalmat. Ehhez az orvosszakértői első fokú bizottságban minden esetben legalább két orvos személyes jelenlétét kell biztosítani, a bizottság összetételét a vizsgálatra berendelt személyek összetételének függvényében szakorvosokból kell összeállítani.

b) A minél kisebb veszteség elvének érvényesítése

A munkavégző képességet érintő egészségkárosodást követő legrövidebb időn belül meg kell kezdeni a rehabilitációt; a legmagasabb színvonalon meg kell őrizni a megmaradt képességeket; folyamatosan törekedni kell karbantartásukra és a sérülésből következően leépült készségek kiváltására alkalmas egyéb készségek fejlesztésére. A gyógyulást (stabilizálódást) követően – a munkába állásig – folyamatos szintentartó és fejlesztő foglalkozásokkal meg kell előzni az értékvesztést, a tudás devalválódását, a munkavállalási szándékok elbizonytalanodását.

c) A foglalkozási rehabilitáció környezeti (kapcsolódó) feltételeinek kialakítása:

Jelentősen hátráltatta a foglalkozási rehabilitáció programjának teljesítését, az intézményrendszer kiépülését az a tény, hogy – az Országgyűlés határozott feladatmegosztása ellenére – más tárcánál még nem indultak meg az ezzel kapcsolatos munkálatok. Néhány hiányzó láncszemet a munkaügy megpróbált ugyan pótolni (például a szakmai minősítés hiányát a foglalkozás-egészségügyi szakvéleményekkel), de hosszabb távon a rehabilitáció csak akkor lehet eredményes, ha minden eleme funkcionál, és szoros kapcsolat és feladatmegosztás van a folyamat minden szereplője között.

Minél előbb meg kell kezdeni e folyamat teljes körűvé tételét, a formálisan meglévő funkciók reformját, részben más ágazathoz tartozó elemek összehangolt szabályozását, fejlesztését, részben a még hiányzó elemek kialakítását. A fejlesztési stratégia az egészségügyi, a szociális és családügyi, az oktatási és a pénzügyi tárca közös javaslata alapján dolgozható ki.

d) A foglalkozási rehabilitáció feltételeinek javítása:

Ezen belül:

- a munkaerő-piaci szervezet rehabilitációs kapacitásainak bővítése,
- a helyi és a területi rehabilitációs bizottságok érdemi működési alapjainak megteremtése,
- a munkáltatók rehabilitációs kötelezettségeinek újraszabályozása,
- a munkáltatók – különösen a 20-nál kevesebb dolgozót foglalkoztatók – rehabilitációs érdekeltiségének fokozása.

A fenti feladatok elvégzése jelenti az alapját annak, hogy a megváltozott munkaképességű emberek szociális ellátórendszerét az elhelyezkedésre ösztönző rendszerré lehessen átalakítani. A feltételek megteremtése évi 5-10 milliárd forintos többlettámogatást igényel.

A munkáltatók támogatási rendszerének átalakítása:

A fő szempont, hogy a támogatási rendszer a foglalkoztatottak munkavégző és jövedelemtermelő képességének függvényében differenciált legyen. Ezen belül:

- a dotáció a fogyatékossgal élő emberek integrált foglalkoztatásának elősegítése érdekében minden munkáltatóra kiterjedően differenciált, a munkavállaló munkaképesség-változásának (fogyatékossgának) arányában növekvő, a munkavégző képesség helyreállításának függvényében időben korlátozható legyen;
- önálló jogi, finanszírozási szabályokat szükséges kialakítani a szociális feladatokat és a terápiás foglalkoztatást átmenetileg vagy tartósan egyaránt ellátó, jövedelemtermelésre nem képes szervezetek számára;
- figyelmet kell fordítani a támogatások valorizálására.

e) Védett foglalkoztatási formák kiépítése:

Bár alapvető cél, hogy a megváltozott munkaképességű személyek integrálása az elsődleges munkaerőpiacon történjen, a munkaerőpiac jelenlegi állapota, illetve a rehabilitáció alacsony színvonalára szükségessé teszi, hogy a támogatott foglalkoztatások, a munkáltatói érdekeltségek fejlesztésén

túl – részben költségvetési forrásból, részben a Rehabilitációs Alaprészből – megkezdődjön egy sokszínű védett foglalkoztatási rendszer kiépítése is, amely lehetőséget teremt a rehabilitálódás különböző szakaszában lévő, eltérő károsodással élő személyek minél korábbi munkába kerülésére. Magyarországon csak egyetlen (kvázi) védett foglalkoztatási forma létezik: a célszervezet. Azok a megváltozott munkaképességű személyek, akiknek megmaradt képessége – még fejlesztés után – sem elégséges versenyfeltételek közötti munkavégzésre, a minimális választás lehetőségétől is meg vannak fosztva, a célszervezetek vitathatatlan társadalmi hasznosságát támogató állami kompenzációk pedig háttérbe szorítják e szervezetek önfejlődését.

Néhány ötlet a fejlesztéssel kapcsolatban:

- A védett foglalkoztatás feltételeit nonprofit keretek között indokolt újraszabályozni. (Ezen belül a terápiás és a szociális foglalkoztatást is szükséges definiálni.)
- A feladatok háttereként ösztönözni és támogatni indokolt a nonprofit és a védett foglalkoztatók piacra jutását segítő önszerveződéseket.
- Az önkormányzatok helyi foglalkoztatási felelősségét erősítve, a szociális szférában meglévő valós igényeket kielégítve is lehetne védett munkahelyeket (például személyi szolgáltatások, környezet gondozása és védelme, helyi kultúrák őrzése stb.) teremteni a rehabilitált munkanélküli személyeknek.
- Egyértelműen tisztázni szükséges a célszervezetek szerepét és feladatát a rehabilitációban, s ehhez kell igazítani a támogatás rendszerét valamint a gazdálkodás szabályait.

f) Statisztikai számbavétel:

A foglalkozási rehabilitáció megvalósításának jelenlegi szintjén az eszközök felhasználási monitoringjához és a támogatási rendszer célzott átalakításához is indokolt számba venni a foglalkoztatás adatait és ebben a különféle foglalkoztatási formák részvételét.

Ennek érdekében szükséges a csoportos rehabilitációs foglalkoztatás adatfelvételének korszerűsítése, valamint a KSH éves munkaügyi jelentési és munkaerő-felvételi adatsorába a megváltozott munkaképességű és a fogyatékkal élő emberek foglalkoztatására vonatkozó adatok felvétele.

Irodalom

1. Gere Ilona: A foglalkozási rehabilitáció eltérő gyakorlata hazánkban és a fejlett országokban. Munkaügyi Szemle, 1998/12. (27–29. o.) (Gere,1998)
2. Lechnerné Vadász Judit: Megváltozott munkaképességű emberek bekapcsolása a munka világába (részanyag az EU-konform foglalkoztatáspolitikai tárgyában készülő tanulmányhoz) Budapest, 2000. Kézirat (Lechnerné, 2000)
3. Megváltozott munkaképességű dolgozók Kelet- és Közép-Európában. Nemzetközi Munkaügyi Szervezet Kelet- és Közép-Európai Csoport. Budapest, 1994. január (ILO, 1994)
4. A megváltozott munkaképességűek álláslehetőségei az átmenet országában. Útmutató a megváltozott munkaképességűek aktív képzés- és foglalkoztatáspolitikájához Közép- és Kelet-Európában. Nemzetközi Munkaügyi Hivatal, Genf, 1996. (ILO, 1996)
5. Megváltozott munkaképességűek és rokkantak társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerének felülvizsgálata az értékelemzés módszerével. Miniszterelnöki Hivatal Gazdasági Koordinációs Titkárság. Budapest, 1998. március. Kézirat (MEH, 1998)
6. Beszámoló a megváltozott munkaképességű munkanélküliek foglalkozási rehabilitációját elősegítő 1998. évi program végrehajtásáról. SZCSM. 1999. március. Kézirat (SZCSM, 1999/a)
7. Tájékoztató a Személyügyi kollégium, az Országos Fogytékosügyi Tanács, valamint az Országgyűlés Foglalkoztatási Bizottságának Rehabilitációs Albizottsága részére a foglalkozási rehabilitáció munkaerő-piaci szervezetben való kiépítésének, működésének helyzetéről, tapasztalatairól. Munkaügyi Minisztérium, Szociális és Családügyi Minisztérium,1998–99 (MüM—SZCSM, 1999)
8. Javaslat a megváltozott munkaképességűek szociális ellátórendszerének átalakításáról készülő kormány-előterjesztéshez. Szociális és Családügyi Minisztérium (1999. július) Kézirat (SZCSM, 1999/b)
9. Rehabilitációs modellközpont-koncepció és -program 1999. Székesfehérvári Regionális Munkaerőfejlesztő és Képző Központ. Kézirat (RMKK, 1999)
10. Beszámoló a Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs alaprésze decentralizált működtetésének 1998. és 1999. évi tapasztalatairól. Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest, 2000. március (SZCSM, 2000)

Dr. Gere Ilona

BESZÁMOLÓ
A FOGLALKOZÁSI
REHABILITÁCIÓS
FELADATOK
2003. ÉVI MEGYEI
TELJESÍTÉSÉRŐL

Kézirat, Budapest, 2004

TARTALOM

I. A rehabilitációs eljárás létszámadatai	100
II. Az elhelyezkedések	103
III. Képzésbe kerülő megváltozott munkaképességű személyek	107
IV. A munkaerő-piaci szolgáltatással érintett személyek létszáma	109
V. Kapcsolatépítés a rehabilitáció helyi szereplőivel	112
Rendezvényeken való részvétel	113
Pályázatokban való együttműködés	114
Állásbörzék	114
VI. A megyei és a kirendeltségi rehabilitációs munka	115
VII. Tapasztalatok, javaslatok	115

I. A rehabilitációs eljárás létszámadatai

A munkaügyi statisztikák szerint évről évre emelkedik azoknak a megváltozott munkaképességű személyeknek a száma, akik felkeresik az ÁFSZ intézményeit. Részben álláskeresői céllal, részben bizonyos szolgáltatások igénybevételének szándékával jönnek. 2003-ban összesen 42706 egészségkárosodott személy volt ügyfele a szervezetnek. Ez a szám 12%-kal magasabb mint 2002-ben, és 30%-kal haladja meg a 2000. évi értéket. Az alanyi körbe a vizsgált évben bekerülők létszáma 14%-kal, míg az első alkalommal bekerülők létszáma 16%-kal növekedett. Ezáltal 2003-ban összesen 26 079 megváltozott munkaképességű személy került regisztrációba, s közülük 4600-an első alkalommal. (1. táblázat) A legmagasabb létszámokat Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből (3969 fő), Hajdú-Bihar megyéből (3210 fő) és Borsod-Abaúj-Zemplén megyéből (3187 fő) jelentették. Az első két megyében az adott évben az alanyi körbe bekerülő megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek létszáma is a legmagasabb volt az országban, míg a harmadik legmagasabb értéket Pest megye mutatja. A legalacsonyabb érintett létszámot Tolna, Vas és Veszprém megyéből jelentették (1184, 1081, 1064 fő).

Az első alkalommal regisztráltak száma a fővárosban a legmagasabb (459 fő), majd Pest megye (408 fő) és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye következik (337 fő), míg legalacsonyabb Tolna (88 fő) és Nógrád megyében (98 fő).

2003-ban az érintett létszám 34%-át (14 600 főt) sikerült elhelyezni, és 4,5%-a (1900 fő) került képzésbe. Az elhelyezkedések száma 4,5%-kal, míg a képzésbe jutottak száma 1,4%-kal növekedett. Ha figyelembe vesszük, hogy 2002-höz viszonyítva az érintett létszám 12%-kal nőtt, akkor látható, hogy mind az elhelyezkedések, mind a képzések növekménye ettől az értéktől messze elmaradt. Ezt a tendenciát mutatja a bővített eredménymutató 2,7%-os és a szűkített eredménymutató közel 1,8%-os visszaesése is. Ha a trendeket vizsgáljuk, akkor a visszaesés még jelentősebb, hiszen 2002-ben 4,6%-os növekedés volt a bővített és 2,3%-os növekedés a szűkített eredménymutatóban. Így az utóbbi két évben több mint 7%-kal csökkent a bővített eredménymutató.¹ (1. táblázat)

Hosszabb időtávon ezeket a mutatókat – kicsi hullámmzással – meglehetősen stabilitás jellemzi. Ebben az esetben azonban a stabilitás azt is jelzi, hogy évről évre nem sikerül nagyobb arányban aktivizálni azt a munkanélküli populációt, amely elsősorban egészségi állapota miatt nem tud munkát találni. Ha a mutatók megyei alakulását vizsgáljuk, akkor azt látjuk, hogy egyes megyék (például Vas, Békés, Szabolcs-Szatmár-bereg megye) évről évre az országos átlag fölött teljesítenek, míg mások (például a főváros, Bács-Kiskun) ugyancsak tartósan a negatív tartományban foglalnak helyet. (2. táblázat)

2003-ban 14 506 személy került ki egyéb okból – nem eredményes rehabilitáció útján – a regisztrációból.² Ez az érintett létszám 34%-a (2002-ben 31%), de ha összehasonlítjuk a 2000-es és a 2001-es évekkel, amikor ez az érték 50% körül volt, akkor ez mindenképpen pozitív változást jelezhet. Az év folyamán a megváltozott munkaképességű minősítettsége 134 személynél szűnt meg. (1. táblázat)

Egyes vélemények szerint az egyéb okból kikerülők viszonylag magas aránya azt mutatja, hogy a megváltozott munkaképességű ügyfelek egy része szeretne elhelyezkedni, a kirendeltségen tájékozódni, de kitartásuk nem elég erős, illetve egészségügyi, családi problémák miatt a továbbiakban nem tartják folyamatosan a kapcsolatot. Más vélemények szerint azért kerülnek ki a regisztrációból a tartósan egészségkárosodással élő ügyfelek, mert a megjelölt időpontban – állapotuk, esetleges orvosi kezelések miatt – nem tudnak megjelenni a munkaügyi szervezetnél. Sok esetben a kikerülés annak következménye, hogy megszűnik a regisztráltak segélyezése, és a továbbiakban már nem vállalják az együttműködést a kirendeltségekkel, ugyanakkor a rehabilitációs munkacsoport és a humán szakszolgálat segítségét sok nem regisztrált ügyfél továbbra is igényli.

¹ A bővített eredménybe az elhelyezkedések és a képzések számítanak bele, kivéve a közcélú munka, illetve az önálló elhelyezkedéseknek csak 50%-át veszik számba. A szűkített eredmény csak a közvetítéssel történő elhelyezkedéseket tartalmazza, a közcélú munkát kivéve.

² Egy személy a vizsgált időszak alatt többször is érintett lehet.

1. TÁBLÁZAT
A REHABILITÁCIÓS ELJÁRÁS LÉTSZÁMADATAINAK ALAKULÁSA 2000–2003³

Megnevezés	Összes létszám (fő)				
	2000	2001	2002	2003	2003/2000 változás %
1. Nyitó létszám	13 805	14 973	15 334	16 627	+ 20,4
2. Az alanyi körbe bekerülők (az időszak alatt)	19 094	27 852	22 942	26 079	+ 36,6
2.1. Első alkalommal regisztráltak száma	–	–	3 953	4 600	–
3. Az időszak érintett létszáma (1 + 2)*	32 899	42 825	38 276	42 706	+29,8
4. Önállóan elhelyezkedett	1 482	1 540	2 970	3 008	+103,0
5. Közvetlen elhelyezkedett támogatás nélküli munkahelyen	4 389	4 778	2 987	3 592	–18,2
6. Támogatással elhelyezkedett esetszám összesen**	5 429	6 088	7 998	7 984	+47,1
6.1. Munkánélküli vállalkozóvá válás támogatása	20	19	20	18	–10,0
6.2. Megváltozott munkaképességű vállalkozóvá válás támogatása	50	51	31	38	–24,0
6.3. Foglalkoztatást bővítő bértámogatás	462	580	645	646	+39,8
6.4. Rehabilitációs foglalkoztatást bővítő bértámogatás	1 081	1 216	1 146	1 311	+21,3
6.5. Közhasznú munkavégzés	2 138	2 198	2 737	2 731	+27,7
6.6. Munkahelyteremtés támogatása****	627	495	269	280	–55,3
6.7. Rehabilitációs munkahely- teremtés támogatása****	414	534	554	414	0,0
6.8. Önfoglalkoztatás támogatása	3	2	2	0	0,0
6.9. Pályakezdők munka- tapasztalatszerzési támogatása	35	34	51	40	+14,3
6.10. Pályakezdők foglalkoztatási támogatása	5	23	3	13	+160,0
6.11. Helyközi utazás támogatása	14	15	131	129	+821,4
6.12. Csoportos személy- szállítás támogatása	0	0	0	0	0,0
6.13. Lakhatási hozzájárulás támogatása	0	0	0	0	0,0
6.14. Foglalkoztatáshoz kapcsolódó járulékok átvállalása	5	5	2	16	+220,0
6.15. Közmunka	277	232	607	295	+6,5
6.16. Közcélú munka****	–	–	1 617	1 886	–
6.17. Egyéb támogatás	298	684	183	167	–44,0
7. Elhelyezkedési esetszám összesen (4 + 5 + 6)	9 818	10 866	13 955	14 584	+ 48,5
8. Képzésbe került összesen	2 144	2 395	1 890	1 917	– 10,6
8.1. Képzés gyakorlóhelyének támogatása	0	0	6	0	
9. Támogatás nélkül + támogatással elhelyezkedett képzésbe került személyek száma*	10 290	11 430	12 780	13 829	+ 34,4

³ A 2002. előtti értékek esetszámot jelentenek, azaz egy személy a vizsgált időszak alatt többször is érintett lehetett.

10. Egyéb okból kikerülő esetszáma összesen**	16 179	21 159	11 970	14 506	– 10,3
10.1 A megváltozott munkaképesség megszűnt	95	67	70	134	+ 41,1
11. Záró létszám (az időszak zárónapján tényl. áll.)	14 973	15 321	16 623	17 686	+ 18,1
12. Nem reg.megv. mkép. rehab. munkahelyt. beruh.	196	186	303	296	+ 51,0
13. A program bővített eredm. beszámítható esetszám összesen (4 / 2) + 5 + 6 + 8 + 12 – 6.16)***	11 422	12 686	13 087	13 449	+ 17,7
14. A program szűkít. eredményébe beszámítható esetszám összesen (5 + 6 – 6.16)	8 532	9 515	9 368	9 690	+ 13,6
15. A bővített eredmény az érintett létszámhoz viszonyítva (13 / 3 x 100)	34,7%	29,6%	34,2%	31,5%	– 3,2%
16. A szűkített eredmény az érintett létszámhoz viszonyítva (14 / 3 x 100)	25,9%	22,2%	24,5%	22,7%	– 3,2%
17. Nem nyilvántartott pályakezdő képzésbe került	–	–	0	2	–

Megjegyzés: * = Egy személy csak egyszer vehető számításba.

** = Egy személy a vizsgált időszak alatt többször is érintett lehet.

*** = Az eredmény kimut. szempontjából a 6.1.pontban lévő adat 50%-a kerül beszámításra.

**** = A foglalkoztatási kötelezettség fennállásáig.

/□ = Mivel a bázisérték=0, százalékos változást nem lehet számítani.

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

2. TÁBLÁZAT

REHABILITÁCIÓS EREDMÉNYMUTATÓK ALAKULÁSA MEGYEI BONTÁSBAN (ESETSZÁM/ÉRINTETT LÉTSZÁM) 2000–2003

Megye	Bővített eredménymutató* (%)				Szűkített eredménymutató** (%)			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Budapest	19,6	14,4	16,2	16,2	8,4	7,1	6,7	8,3
Baranya	35,2	32,7	25,4	27,5	25,9	24,8	18,4	18,4
Bács-Kiskun	28,1	23,2	28,1	23,5	21,1	14,2	19,0	15,2
Békés	46,9	40,0	36,7	37,7	36,4	32,5	27,2	31,2
Borsod-Abaúj-Zemplén	38,9	31,5	37,3	32,6	32,0	25,8	31,5	26,2
Csongrád	33,6	30,1	33,6	25,1	17,8	15,0	18,1	13,3
Fejér	30,9	30,5	34,7	27,5	20,1	19,3	22,0	15,2
Győr-Moson-Sopron	36,5	30,3	33,4	28,7	31,4	24,2	28,0	20,8
Hajdú-Bihar	27,3	21,3	32,0	32,6	20,7	15,4	22,6	23,7
Heves	38,6	28,7	33,2	33,5	29,0	19,4	23,6	25,4
Komárom-Esztergom	35,8	30,6	34,8	38,2	29,6	24,3	26,8	30,1
Nógrád	35,2	25,9	28,8	26,4	27,8	20,3	20,9	19,7
Pest	25,6	25,3	36,6	34,8	15,5	16,5	26,4	26,3
Somogy	39,3	23,6	31,7	29,9	29,4	19,2	24,4	24,2
Szabolcs-Szatmár-Bereg	39,2	38,1	45,5	38,7	32,3	32,4	36,6	29,6
Jász-Nagykun-Szolnok	36,1	32,8	38,9	34,0	28,6	28,5	28,8	26,8
Tolna	36,9	28,5	29,6	23,1	28,1	22,2	21,4	17,3
Vas	57,5	62,6	70,1	58,1	41,6	49,4	38,0	34,3
Veszprém	38,8	28,3	32,2	36,2	27,9	20,9	22,1	26,6
Zala	52,3	39,5	34,7	34,7	46,1	33,2	24,3	24,6
Ország összesen	34,7	29,6	34,2	31,5	25,9	22,2	24,5	22,7

* A bővített eredménybe beszámítható esetszám: Önállóan elhelyezkedettek x 0,5 + Közvetítés nélkül támogatással elhelyezkedettek + Közvetítéssel elhelyezkedettek + Képzésbe kerültek + Nem regisztrált megváltozott munkakép. rehab. munkahelyteremt. beruházással érintettek száma.

** A szűkített eredménybe beszámítható esetszám: Közvetítés nélkül, támogatással elhelyezkedettek + Közvetítéssel elhelyezkedettek + Nem regisztrált megváltozott munkakép. rehab. munkahelyteremtéssel, beruházással érintettek száma

II. Elhelyezkedések

Az érintett létszám 34%-át, azaz 14 584 megváltozott munkaképességű személyt sikerült 2003-ban a rehabilitációs eljárás keretében elhelyezni, vagy elhelyezkedésében segíteni. Ez 4%-kal haladja meg az elmúlt évi értéket és közel 50%-kal magasabb a 2000. évi adatoknál (akkor 9818 főt helyeztek el). Ha az elhelyezkedések formáját vizsgáljuk, nagyon ellentétes képet kapunk. Míg a támogatással elhelyezett létszám 2000-hez viszonyítva közel 50%-os emelkedést mutat, addig az önálló elhelyezkedések növekedése több mint 100%-os. Ezzel szemben a közvetítéssel, de támogatás nélkül elhelyezettek arányában – bár 2002-höz viszonyítva 20%-os emelkedés figyelhető meg, 2000 és 2001-hez képest jelentős (20-25%-os) visszaesés következett be.⁴

A foglalkoztatási támogatások formáit vizsgálva láthatjuk, hogy folyamatosan a közhasznú munkavégzés, illetve a rehabilitációs foglalkoztatást bővítő bértámogatás mozgatja meg a legnagyobb számban a tartósan károsodott egészségű embereket. Közhasznú munkavégzés keretében 2003-ban 2731 fő, míg rehabilitációs foglalkoztatást bővítő bértámogatással 1311 fő tudott munkát vállalni. 2000-hez viszonyítva a növekedés mindkét formánál 20-30% között mozog. Jelentős létszámot sikerült foglalkoztatni közcélú munka keretében, míg bizonyos támogatási formák évről évre 0 (vagy ahhoz nagyon közeli) értékeket mutatnak. Ilyen például az önfoglalkoztatás támogatása, a csoportos személyszállítás támogatása és a lakhatási hozzájárulás támogatása. A legnagyobb növekedést a vizsgált periódusban a helyközi utazás támogatásában (+821%), a foglalkoztatáshoz kapcsolódó járulékok átvállalásában (+220%) és a pályakezdekők foglalkoztatási támogatásában (+160%) figyelhetünk meg. Bár e két utóbbi eszközzel érintettek száma elhanyagolható nagyságrendű (16, illetve 13 fő). (1. táblázat)

Tanulságos képet mutat a támogatási formák belső struktúrája is. A vizsgált 4 évben a közhasznú munkavégzés az összes támogatások 34-39%-át teszi ki; a rehabilitációs foglalkoztatást bővítő bértámogatás 16-20% között mozog és a legutolsó két évben 20-24%-os arányt képviselt a közcélú munka. Ezzel szemben az összes többi tétel képviselte a támogatási formák között – két tétel kivételével – nem éri el a 4%-ot. (5. táblázat) A Köz célú és Közhasznú munka iránti magas igényt magyarázza e foglalkoztatási forma nagy előnye az egyén szempontjából, nevezetesen, hogy helyben van a munkavégzés, ismerik és megértik a problémáit, igazodnak az ő tempójához, munkaidő-igényéhez, mert a támogatás kompenzálja az esetleg kisebb teljesítményt. Hátránya azonban, hogy ez a fajta munka-lehetőség csak időszakos lehetőség és nem oldja meg az érintettek tartós elhelyezkedését.

Az elhelyezkedett megváltozott munkaképességű ügyfelek 20%-a önállóan, 80%-a közvetítéssel talált munkát. Az önálló elhelyezkedések az elmúlt években folyamatosan emelkedtek, míg a közvetítéssel sikeresen elhelyezettek aránya kissé csökkent. Az önálló elhelyezkedések emelkedése a célcsoport munkavállalási motivációjának javulását jelezheti, de lehet, hogy csak a rehabilitációs közvetítőkkal való érdemibb kapcsolattartást mutatja, azáltal, hogy az érintett ügyfelek nagyobb arányban jeleznek vissza, ha sikerül állást találniuk.

Az országos átlagnál (21%) lényegesen nagyobb arányban helyezkedtek el önállóan a fővárosban (46%), Csongrád (39%) és Vas megyében (29%), míg Jász-Nagykun-Szolnok, Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megyében az országos átlag alatti az önálló elhelyezkedések aránya. A főváros és Csongrád megye 2000–2003 között folyamatosan átlag fölötti önálló elhelyezkedéseket regisztrál. (3. táblázat)

2003-ban az elhelyezkedett egészségkárosodott személyek 55%-a valamilyen támogatási forma igénybevételével talált munkát. Ez az arány évek óta nagyon hasonló értéket mutat. A támogatott elhelyezkedések megyei mutatóit vizsgálva láthatjuk, hogy 2003-ban három megyében (Nógrád, Borsod-Abaúj-Zemplén és Pest megyében) az átlagot jelentősen meghaladó arányban helyeztek el megváltozott munkaképességű ügyfeleket támogatással. Nógrád és Borsod megyében 2000-től minden évben magasabb az átlaghoz viszonyított támogatott elhelyezések aránya. Ezzel szemben Győr-Moson-Sopron, Jász-Nagykun-Szolnok megyében és a fővárosban évről évre jóval az átlag alatti az ilyen típusú elhelyezések aránya. Az abszolút értékek nagyon nagy különbséget mutatnak az egyes megyék viszonylatában. Míg például Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 2003-ban 1000 főt helyeztek el támogatással, addig például Győr-Moson-Sopron megyében ez a létszám mindössze 158 fő volt. (4. táblázat)

⁴ Ezeknél az adatoknál azonban figyelembe kell venni azt is, hogy a 2002. előtti értékek esetszámot jelentenek, azaz egy személy a vizsgált időszak alatt többször is érintett lehetett.

3. TÁBLÁZAT

MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ MUNKANÉLKÜLI SZEMÉLYEK ELHELYEZKEDÉSÉNEK ALAKULÁSA MEGYEI BONTÁSBAN 2000–2003

Megye	Elhelyezkedések esetszáma				Az elhelyezkedések megoszlása (%)							
	összesen (fő)*				Önállóan				Közvetítéssel			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Budapest	431	327	394	399	55,5	44,0	53,8	45,6	44,5	56,0	46,2	54,4
Baranya	639	718	668	750	13,6	12,5	21,7	20,4	86,4	87,5	78,3	79,6
Bács-Kiskun	484	438	605	584	12,6	22,8	22,3	23,6	87,4	77,2	77,7	76,4
Békés	498	518	585	703	7,2	7,1	20,9	14,5	92,8	92,9	79,1	85,5
Borsod-Abaúj-Zemplén	925	1 062	1 209	1 192	5,7	6,5	11,7	13,5	94,3	93,5	88,3	86,5
Csongrád	378	418	627	632	28,0	20,6	29,5	38,9	72,0	79,4	70,5	61,1
Fejér	402	467	600	536	27,6	27,0	26,0	28,9	72,4	73,0	74,0	71,1
Győr-Moson-Sopron	262	348	484	431	11,8	11,8	14,7	22,3	88,2	88,2	85,3	77,7
Hajdú-Bihar	670	644	989	1 127	16,4	20,7	25,1	23,1	83,6	79,3	74,9	76,9
Heves	395	362	473	485	11,4	14,4	19,7	14,0	88,6	85,6	80,3	86,0
Komárom-Esztergom	562	640	940	1 128	12,8	14,8	19,7	19,1	87,2	85,2	80,3	80,9
Nógrád	574	548	625	640	16,0	16,2	19,2	19,7	84,0	83,8	80,8	80,3
Pest	419	576	1 062	1 188	27,9	23,8	23,8	20,5	72,1	76,2	36,2	79,5
Somogy	406	385	597	633	8,6	10,9	18,3	17,4	91,4	89,1	81,7	82,6
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1 002	1 355	1 771	1 703	6,0	5,5	17,6	16,8	94,0	94,5	82,4	83,2
Jász-Nagykun-Szolnok	516	711	694	712	9,3	6,5	14,6	10,8	90,7	93,5	85,4	89,2
Tolna	324	276	324	316	9,6	8,3	18,2	15,5	90,4	91,7	81,8	84,5
Vas	330	469	568	580	18,8	16,0	26,2	29,3	81,2	84,0	73,8	70,7
Veszprém	294	262	330	399	19,0	14,9	23,9	19,5	81,0	85,1	76,1	80,5
Zala	307	342	410	446	9,8	12,0	23,2	20,6	90,2	88,0	76,8	79,4
Ország összesen	9 818	10 866	13 955	14 584	15,1	14,2	21,3	20,6	84,9	85,8	78,7	79,4

Megjegyzés: Egy személy a vizsgált időszak alatt többször is érintett lehet.

4. TÁBLÁZAT
MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ MUNKANÉLKÜLI SZEMÉLYEK ELHELYEZKEDÉSÉNEK
ALAKULÁSA MEGYEI BONTÁSBAN

Megye	Támogatással elhelyezkedett összesen (esetszám)*				A támogatással elhelyezettek aránya az összes elhelyezkedésen belül (%)*			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Budapest	157	413	145	168	36,4	45,6	36,8	42,1
Baranya	298	373	332	360	46,6	52,5	49,7	48,0
Bács-Kiskun	297	311	357	314	61,4	55,9	59,0	53,8
Békés	277	168	353	388	55,6	58,3	60,3	55,2
Borsod-Abaúj-Zemplén	611	845	903	828	66,1	67,5	74,7	69,5
Csongrád	187	323	307	296	49,5	52,9	49,0	46,8
Fejér	169	191	377	336	42,0	36,4	62,8	62,7
Győr-Moson-Sopron	64	307	173	158	24,4	32,8	35,7	36,7
Hajdú-Bihar	423	141	497	487	63,1	57,8	50,3	43,2
Heves	191	121	235	262	48,4	41,2	49,7	54,0
Komárom-Esztergom	337	149	579	591	60,0	64,5	61,6	52,4
Nógrád	403	377	440	465	70,2	68,1	70,4	72,7
Pest	206	245	682	788	49,2	54,0	64,2	66,3
Somogy	222	302	328	350	54,7	43,6	54,9	55,3
Szabolcs-Szatmár-Bereg	732	717	1 105	1 000	73,1	62,4	62,4	58,7
Jász-Nagykun-Szolnok	225	221	279	279	43,6	45,4	40,2	39,2
Tolna	198	249	207	193	61,1	69,2	63,9	61,1
Vas	168	114	352	318	50,9	65,5	62,0	54,8
Veszprém	161	372	165	183	54,8	53,8	50,0	45,9
Zala	103	149	182	220	33,6	35,4	44,4	49,3
Ország összesen	5 429	6 088	7 998	7 984	55,3	56,0	57,3	54,7

Megjegyzés: Egy személy a vizsgált időszak alatt többször is érintett lehet.

5. TÁBLÁZAT
A TÁMOGATÁSI FORMÁK MEGOSZLÁSA 2000–2003*

Támogatási formák	A támogatással elhelyezkedettek							
	Esetszáma				Aránya			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Megvált. munkakép.vállalkozóvá válás támogatása	50	51	31	38	0,9	0,8	0,4	0,5
Foglalkoztatást bővítő bértámogatás	462	580	645	646	8,5	9,5	8,1	8,1
Rehab.foglkoztatást bővítő bértámogatás	1 081	1 216	1 146	1 311	19,9	20,0	14,3	16,4
Közhasznú munkavégzés	2 138	2 198	2 737	2 731	39,4	36,1	34,2	34,2
Munkahelyteremtés támogatása*	627	495	269	280	11,5	8,1	3,4	3,5
Rehab. munkahelyteremtés támogatása*	414	534	554	414	7,6	8,8	6,9	5,2
Önfoglalkoztatás támogatása	3	2	2	0	0,1	0,1	0,0	0,0
Pályakezdők munkatapasztalat-szerzési támogatása	35	34	51	40	0,6	0,6	0,6	0,5
Pályakezdők foglalkoztatási támogatása	5	23	3	13	0,1	0,4	0,0	0,2
Helyközi utazás támogatása	14	15	131	129	0,3	0,2	1,6	1,6
Csoportos személyszállítás támogatása	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lakhatási hozzájárulás támogatása	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Foglalkoztatáshoz kapcs. járulékok átvállalása	5	5	2	16	0,1	0,1	0,0	0,2
Közmunka	277	232	607	295	5,1	3,8	7,6	3,7
Közcélú munka*	–	–	1 617	1 886	0,0	–	20,2	23,6
Egyéb támogatás	298	684	183	167	5,5	11,2	2,4	2,1
Támogatással elhelyezkedettek összesen	5 429	6 088	7 998	7 984	100,0	100,0	100,0	100,0

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

III. Képzésbe kerülő megváltozott munkaképességű személyek

2003-ban is folytatódott az a kedvezőtlen tendencia, amely évek óta jellemzi a tartósan károsodott egészséggel élő munkanélküli emberek képzési helyzetét. Általában jellemző, hogy a megváltozott munkaképességű személyek integrációját mindenekelőtt szakképzettségük hiányossága, meglévő szaktudásuk elavultsága akadályozza. Az Európai Unióban minden ajánlás első helyen említi a piacképes szaktudás fontosságát az egészségkárosodott, fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlőségének megteremtésében, s a tagállamok igen komoly forrásokat biztosítanak az esélyegyenlőség megteremtésére. Ezzel szemben nálunk az állami munkaügyi szolgálatnál regisztrációba került egészségkárosodott személyeknek mindössze 4,5%-a volt alanya valamilyen képzésnek. Ez 1917 főt jelent a 42 700 érintettel szemben. Ráadásul még ez az adat is folyamatos csökkenés eredménye. (2000-ben az érintett létszám 6,5%-a került képzésbe).

Mélyebb problémákat jelez az is, hogy míg 2000–2002 között az országos átlag fölött teljesítő megyék (Csongrád és Vas megye) jelentősen nagyobb arányban képeztek megváltozott munkaképességű embereket, addig 2003-ban – megtartották ugyan vezető pozíciójukat, de – a különbség már lényegesen kisebb. Kezdenek „lezárkózni” az országos átlaghoz. Vannak tartósan alacsony szinten teljesítő megyék (például Nógrád, Győr-Moson-Sopron), és vannak olyanok is (például Békés, Somogy), ahol jó kezdet után az országos 2%-os visszaesés helyett 2003-ban 6,5% lett a képzésbe kerülők arányának csökkenése. Mindössze Baranya és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében következett be a tavalyi évhez képest jelentősebb létszámnövekedés, de mivel ez utóbbinál ezt a növekményt elvitte az érintett létszám emelkedése, a képzésbe kerültek arányaiban már csak Baranya megyében mutatható ki pozitív elmozdulás. (6. táblázat)

A képzésbe kerülő ügyfelek döntő többsége integrált képzésben vett részt. Tavaly már több helyen alkalmaztak jeltolmácsot a hallásfogyatékossgal élő személyek képzésének segítésére.

Jelzés érkezett arról is, hogy a képzések terén megnőtt az igény és az érdeklődés a távoktatási lehetőségek iránt.

A megyei beszámolók szerint az alacsony képzési mutatók egyik magyarázata, hogy bizonyos fogyatékossgal élő csoportok (például a vak, a siket emberek) oktatásához a régió képző központjaiban a technikai feltételek nem adóttak, és hiányoznak a speciális oktatásra felkészült szakemberek is. Problémát jelent az utazás a tanfolyami helyekre, valamint az is, hogy az alacsony végzettségűek számára kevés a megfelelő, a helyi kistérségben is hasznosítható képzési ajánlat a képzők részéről. Általános tapasztalat, hogy a tanfolyamra jelentkezők közül legtöbben a számítástechnika alkalmazási területeivel kapcsolatos képzéseket választják.

Sokan életkorukkal magyarázzák a tanulási kedv hiányát. Nagyrészüket szakképzetlen, többszöri sikertelen elhelyezkedési kísérlettel, amikor leginkább az életkoruk miatt utasították őket el, így újonnan megszerzett szakmával sem látnak esélyt az elhelyezkedésre.

Somogy megyében a tavalyi év első felében komoly problémát jelentett, hogy a felnőttképző szervezetek, intézmények csekély hányadának volt akkreditációja, ezért csoportos képzések nem is tudtak beindulni.

Több beszámoló említi, hogy legszívesebben olyan képzésre mennek el a megváltozott munkaképességű ügyfelek, amelyre lakóhelyük közelében konkrét munkáltatói igény mutatkozik. (Borsod-Abaúj-Zemplén megyében így képeztek műanyagablak-gyártókat, fóliaházi haszonnövény-termesztőket, betanított gyümölcstermesztőket, illetve gipszkarton-szerelőket.)

6. TÁBLÁZAT
A KÉPZÉSBE KERÜLT MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBEREK
LÉTSZÁMÁNAK ALAKULÁSA 2000–2003

Megye	A képzésbe kerültek száma (fő)				A képzésbe kerültek az érintett létszám arányában (%)			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Budapest	136	113	110	91	5,9	4,4	4,7	3,9
Baranya	154	154	91	171	7,2	6,1	3,8	6,2
Bács-Kiskun	110	166	118	132	5,5	7,0	5,6	5,3
Békés	115	93	78	56	9,0	6,2	5,2	3,3
Borsod-Abaúj-Zemplén	164	187	89	104	5,9	4,9	3,1	3,3
Csongrád	188	290	242	193	12,3	13,1	11,2	7,1
Fejér	125	158	131	112	7,4	8,0	7,6	5,7
Győr-Moson-Sopron	22	55	37	48	3,0	4,3	2,7	3,5
Hajdú-Bihar	124	138	123	133	4,6	4,0	4,3	4,1
Heves	92	122	73	75	7,6	7,7	5,5	5,3
Komárom-Esztergom	65	95	83	89	3,9	4,2	3,8	3,6
Nógrád	81	86	49	48	4,7	3,6	2,7	2,5
Pest	137	166	128	126	7,0	6,2	5,0	4,3
Somogy	107	58	59	34	8,5	3,2	3,6	2,0
Szabolcs-Szatmár-Bereg	174	190	160	214	6,0	4,8	4,5	5,4
Jász-Nagykun-Szolnok	98	76	101	89	6,0	3,3	5,4	4,3
Tolna	76	61	52	43	7,3	5,3	5,1	3,6
Vas	71	86	83	64	11,0	9,2	8,4	5,9
Veszprém	65	60	41	51	7,6	5,6	4,6	4,8
Zala	40	41	42	44	4,5	4,2	4,0	3,8
Ország összesen	2 144	2 395	1 890	1 917	6,5	5,6	4,9	4,5

IV. Munkaerő-piaci szolgáltatással érintett személyek létszámának alakulása

2003-ban a regisztrált megváltozott munkaképességű személyek közül 9932 fő részesült valamilyen munkaerő-piaci szolgáltatásban. A szolgáltatási események száma 15 027 volt. Ez azt jelenti, hogy az adott évben érintett létszám 23%-ának adott a munkaügyi szolgálat átlagosan 1,5 szolgáltatást. Természetesen ezek a számok nagyon alacsonyak, hiszen mind az Európai Foglalkoztatási Stratégia, mind az ILO-egyezmények és a Madridi Nyilatkozat is – amely meghatározta a csatlakozó országok feladatait a tartósan károsodott egészségű emberek munkaerő-piaci integrációjával kapcsolatban – az egyik legfontosabb feladatnak jelölték a személyi szükségleteknek megfelelő szolgáltatások hozzáférhetőségének biztosítását. Csak akkor van esély a foglalkoztatás megvalósulására, ha az érintett személyek olyan szolgáltatásokban részesülnek, amelyek célzottan a foglalkoztathatóság javítását, a munkavállalási és a munkavégzési akadályok elhárítását szolgálják.

Még kedvezőtlenebb a kép, ha a tendenciát vizsgáljuk, hiszen még az alacsony szolgáltatási színvonal is folyamatos csökkenést mutat. Míg 2000-ben az összes regisztrált megváltozott munkaképességű ügyfél 31%-a részesült valamilyen szolgáltatásban, addig 2003-ban már csak 23%-uk. Ha nem másfél szolgáltatásról lenne szó az érintett célcsoport 23%-ánál, akkor a csökkenés magyarázható lenne azzal is, hogy minden erőfeszítés ellenére van egy kör, amelynél a szolgáltatások sem vezetnek eredményre.

Valamivel kedvezőbb a helyzet, ha viszonyításként nem a teljes létszámot, hanem az adott évben regisztrációba kerülőket vesszük. Ez az arány 2003-ban 38% volt. Ez az érték azonban csak akkor lenne használható mutató, ha feltételeznénk, hogy a szolgáltatások döntő többségét a bekerülés utáni első időszakban kínálják a munkanélküli embereknek. Ha azonban a „bentrekedteket” is folyamatosan „ostromolják” a legkülönbébb szolgáltatásokkal, hogy ki tudják őket mozdtítani, akkor ez a viszonyszám nem használható.

Míg országos átlagban a szolgáltatással érintettek aránya 2000–2003 között 8%-kal csökkent, addig a fővárosban ez a csökkenés több mint 40%-os volt, de Békés megyében is közel 20%-os. Ezen kívül is a megyék szolgáltatási teljesítései igen nagy különbségeket mutatnak. Míg egyes megyék folyamatosan az országos átlag fölött teljesítenek (például Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Tolna, Vas, Veszprém és Zala megye), s kicsit alacsonyabb szinten Bács-Kiskun és Fejér megye, addig másoknak még ezt az alacsony átlagot sem sikerül teljesíteniük (például Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Somogy és Szabolcs-Szatmár megye), bár Borsod és Szabolcs megye 2003-ban a csökkenő tendenciával szemben növekedést produkált. (7. táblázat)

A gépi statisztikában a Foglalkozási Információs Tanácsadó (FIT) szolgáltatásai nem szerepelnek, bár ezeket igen nagy számban veszik igénybe a megváltozott munkaképességű ügyfelek.

A szolgáltatások közül legtöbben (5557 fő) rehabilitációs tanácsadásban részesültek, illetve foglalkozás-egészségügyi vizsgálaton vettek részt (4197 fő). Ezer fölötti létszám részesült munkavállalási tanácsadásban, illetve a képzési tanácsadásban. A tizenöt féle szolgáltatás közül azonban hat olyan is van, amely egy év alatt 100 személy sem jutott el. (8. táblázat)

7. TÁBLÁZAT
A SZOLGÁLTATÁSSAL ÉRINTETTEK LÉTSZÁMÁNAK ALAKULÁSA MEGYEI BONTÁSBAN 2000–2003

Megye	Összes létszám											
	A szolgáltatással érintettek tényleges létszáma (fő)				A szolgáltatással érintettek az időszak érintett létszámának arányában (%)				A szolgáltatással érintettek az adott évben bekerülők arányában (%)			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Budapest	1 187	742	461	218	51,8	29,0	19,9	9,3	73,7	42,5	28,9	14,2
Baranya	484	423	320	377	22,7	16,7	13,4	13,7	34,8	23,8	19,8	20,8
Bács-Kiskun	751	673	574	720	37,4	28,2	27,2	28,8	64,5	45,0	44,5	43,9
Békés	556	482	487	420	43,7	31,9	32,6	24,8	69,9	47,6	49,8	40,1
Borsod-Abaúj-Zemplén	525	563	303	458	19,0	14,6	10,4	14,4	42,1	24,4	21,1	28,0
Csongrád	327	341	289	337	21,4	15,4	13,3	12,4	33,5	23,6	20,7	19,3
Fejér	656	728	510	594	39,0	36,8	29,4	30,0	63,6	54,0	45,7	45,8
Győr-Moson-Sopron	321	584	471	468	43,2	46,1	34,8	34,4	69,9	58,7	52,2	49,3
Hajdú-Bihar	777	617	356	529	28,7	18,0	12,5	16,5	49,2	32,2	24,8	27,8
Heves	156	291	458	389	12,9	18,3	34,4	27,4	22,0	26,5	55,4	45,8
Komárom-Esztergom	596	720	1 042	960	36,1	32,0	47,1	39,2	66,1	47,9	72,9	64,0
Nógrád	630	591	334	360	36,4	25,0	18,3	19,0	80,2	46,7	46,4	44,1
Pest	476	849	854	774	24,5	31,8	33,5	26,3	42,4	44,7	52,5	41,0
Somogy	211	179	378	353	16,7	10,0	23,0	20,4	29,7	15,3	43,9	37,4
Szabolcs-Szatmár-Bereg	426	539	667	809	14,6	13,6	18,8	20,4	26,7	21,5	31,5	33,5
Jász-Nagykun-Szolnok	527	545	456	412	32,3	23,4	24,6	19,9	47,6	31,7	39,8	32,2
Tolna	497	357	454	426	47,7	31,3	44,8	36,0	79,9	48,8	71,9	56,7
Vas	287	395	360	366	44,6	42,1	36,4	33,9	83,4	61,2	55,6	53,9
Veszprém	419	363	413	531	49,2	34,0	46,1	49,9	85,7	49,9	75,0	72,1
Zala	434	332	434	431	49,2	33,8	40,9	37,4	91,8	60,3	70,3	65,8
Ország összesen	10 243	10 314	9 621	9 932	31,1	24,1	25,1	23,3	53,6	37,0	41,9	38,1

8. TÁBLÁZAT
A SZOLGÁLTATÁSSAL ÉRINTETT MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ SZEMÉLYEK
LÉTSZÁMADATAINAK ALAKULÁSA 2000 – 2003

A szolgáltatás fajtája	A szolgáltatással érintettek				Változás 2003/2000	Összes létszám			
	esetszáma*					A szolgáltatási esetszámok a bekerülő létszám arányában (%)			
	2000	2001	2002	2003		2000	2001	2002	2003
Impulzustréning	37	47	20	12	–68%	0,2	0,2	0,1	0,05
Pályaorientációs foglalkozás	38	57	68	111	+192%	0,2	0,2	0,3	0,4
Pályakorrekciós foglalkozás	30	37	36	45	+50%	0,2	0,1	0,2	0,2
Pályamegerősítő foglalkozás	16	13	27	54	+238%	0,1	0,1	0,1	0,2
Pszichológiai tanácsadás	589	403	354	411	–30%	3,1	1,4	1,5	1,6
Álláskeresési technikák oktatása	143	148	215	339	+137%	0,9	0,5	0,9	1,3
Álláskereső Klub	81	87	81	84	+4%	0,4	0,3	0,4	0,3
Munkavállalási tanácsadás	2 217	2 459	1 809	1 823	–18%	11,6	8,8	7,9	7,0
Munkajogi tanácsadás	301	142	218	185	–39%	1,6	0,5	1,0	0,7
Képzési tanácsadás	1 059	1 405	1 333	1 632	+54%	5,5	5,0	5,8	6,3
Rehabilitációs tanácsadás	6 732	5 968	5 188	5 557	–17%	35,3	21,4	22,6	21,3
Reintegráló csoportfoglalkozás	285	268	302	315	+11%	1,5	1,0	1,3	1,2
Újraintegráló csoportfoglalkozás	130	19	30	51	–61%	0,7	0,1	0,1	0,2
Kulcsképeség-fejlesztő csoportfoglalkozás	63	28	4	10	–84%	0,3	0,1	0,02	0,04
Motivációs csoportfoglalkozás	193	70	99	201	+4%	1,0	0,3	0,4	0,8
Részvétel foglalkozás-eü. vizsgálaton	4 829	4 931	4 818	4 197	–13%	25,3	17,7	21,0	16,1
A szolgáltatással érintettek esetszáma összesen*	16 743	16 082	14 602	15 027	–10%	87,7	57,7	63,6	57,6
A szolgáltatással érintettek tényleges létszáma**	10 243	10 314	9 621	9 932	–3%	53,6	37,0	41,9	38,1

Megjegyzés: * Egy-egy személy több szolgáltatásban is részt vehet.

** Egy-egy személy csak egyszer vehető számításba.

V. Kapcsolatépítés a rehabilitáció helyi szereplőivel

A megyék többségében már túlléptek a helyi rehabilitációs szereplőkkel történő kapcsolatépítés fázisán, és mára a mindennapok gyakorlatává vált az együttműködés, az információk cseréje, a különféle ismeretek átadásának igénye. A rehabilitációs munkacsoportok tagjai és a rehabilitációs ügyintézők állandó kapcsolatban állnak az önkormányzatokkal, a munkáltatókkal, a civil szervezetekkel, folyamatosan tájékoztatják őket a rehabilitációs programokról, az igénybe vehető támogatásokról és a pályázati lehetőségekről valamint napi kapcsolatban állnak a foglalkozás-egészségügyi szakellátó-helyekkel is.

Az együttműködés találkozási pontjai igen színesek, de legtöbbször a foglalkozási rehabilitációs munka egyes elemeinek megvalósításában, szakmai rendezvények lebonyolításában, pályázatok elkészítésében, illetve a projektek végrehajtásában építenek egymás tudására.

Néhány jellemző és újonnan létrejött együttműködés:

- A foglalkoztatást közvetlenül segítő együttműködés jött létre a Fejér Megyei Munkaügyi Központ, a helyi önkormányzatok és munkáltatók között, amelynek eredményeképp két rehabilitációs munkahely jött létre 20-20 fő foglalkoztatásával. Nagy előnye a kialakított és a létrejövő munkahelyeknek, hogy a lakóhelyen (Zámolyon és Vereben) kínálnak munkalehetőséget az egészségkárosodott embereknek.
- A fővárosban folytatódott az évek óta tartó jó együttműködés a Motiváció Mozgássérülteket Segítő Alapítvánnyal és a Salva Vita Alapítvánnyal. Az együttműködés keretében az alapítványok a közvetlen elhelyezkedést segítő munkaerő-piaci szolgáltatásokat kínálnak a megváltozott munkaképességű ügyfelek részére.
- Egyre több megyében működnek mentor szolgálatok, amelyek egyes tartósan munkanélküli csoportok közvetlen elhelyezkedését segítik. E szolgálatok kapcsán folyamatos az együttműködés a területi önkormányzatokkal, a szociális szervezetekkel, az érdekképviselletekkel. Győr-Moson-Sopron megye elsőként alakította ki e szolgálatot, amely 7 éve működik. Sikeresen folytatódott Hajdú-Bihar megyében a Mentor 2002-től program, amelynek keretében 2003-ban 1112 főt helyeztek el; 488 új munkáltatót kerestek meg és közülük 462 vállalta az együttműködést. Heves megyében 2003-ban 8 felsőfokú végzettségű mentor segítette a halmozottan hátrányos helyzetű, nehezen elhelyezhető ügyfelek ügyeinek intézését, valamint munkába állását. Vas megyében a Munkaasszisztensi Program keretében 112 személy helyezkedett el.
- A 2003. év egyik sikertörténete az értelmi fogyatékossgal élő fiatalok integrációját segítő munkahelyi gyakorlat program volt, melynek megvalósítása sok eredményes együttműködésre adott lehetőséget a speciális szakiskolák, a civil szervezetek és a munkaügyi központok között. (Például Borsod-Abaúj-Zemplén megye és Veszprém megye számolt be ilyen eredményekről.)
- Komárom-Esztergom megye kórházában a pszichiátriai betegek rehabilitációját szolgáló naplapi ellátási formát vezettek be. Az osztályon dolgozó pszichopedagógus kezdeményezésére együttműködés kezdődött a RIC és a kórház között.
- Somogy megyében 2003-ban fejeződött be a családi munkanélküliség enyhítését célzó megyei program végrehajtása. A programban – amelynek legfőbb célja a hátrányos helyzetű személyek (köztük a megváltozott munkaképességű, fogyatékossgal élő emberek) munkaerő-piaci esélyeinek növelése volt – három civil szervezettel működött együtt a munkaügyi szervezet.
- Tolna megyében keretmegállapodást kötöttek egy civil szervezettel a halmozottan hátrányos helyzetben lévő személyeknek szánt munkaerő-piaci szolgáltatásra, valamint a munkaügyi központ által kezdeményezett kutatásokban, felmérésekben való részvételre.
- A Vas megyei rehabilitációs munkacsoport folyamatosan részt vesz a Vas Megyei Szakosított Szociális Intézetben 2003-ban megalakult módszertani bizottság munkájában.
- 2003-ban a Zala Megyei Munkaügyi Központ támogatásával – brit–magyar-program keretében – tovább működött a 4M program. A program keretében civil szervezetek vállalkoztak a halmozottan hátrányos helyzetű emberek foglalkoztatási gondjainak enyhítésére, személyre szabott megoldásokkal a megmaradt képességekre épített foglalkoztatás elősegítésére. A program keretében eddig 113 munkakeresőt sikerült elhelyezni, közülük 78 személyt az elsődleges munkaerőpiacon.

2003-ban – központi keret terhére kiírt pályázat útján – egyes megyékben hoztak létre Rehabilitációs Információs Centrumot. Ez a munka mind az előkészítés, mind a megvalósítás fázisában komoly társadalmi együttműködést generált. A munkaügyi szervezeten kívül más helyi szereplők is komolyan számolnak a centrum kínálta lehetőségekkel. Több megye jelezte, hogy a megváltozott munkaképességű ügyfeleken kívül oktatási intézmények, civil szervezetek, szociális szférában tevékenykedő kollégák is gyakran látogatják az információs centrumokat, szakmai tanácsot kérnek és információkat gyűjtenek munkájukhoz. Sok intézménynek van már honlapja is.

Az országban elsőként Komárom-Esztergom megyében alakítottak ki RIC-et. A komplex rehabilitációs szolgáltató intézmény országos elterjesztését célul tűző minisztériumi projekt (RIC-program) végrehajtásában a megye munkatársai komoly szerepet vállaltak. Munkájuk iránt más országok szakemberei is nagy érdeklődést tanúsítanak.

Bács-Kiskun megyében nagy gondot fordítottak arra, hogy az információs centrum akadálymentes legyen. Ennek jegyében alakították ki az ügyfélfogadásra és egyéni tanácsadásra alkalmas helyiségeket, és a mozgáskorlátozott ügyfelek számára gépi emelőszerkezetet építettek be. A centrum munkatársai oktatás keretében elsajátították az emelőgép működtetését.

A Rehabilitációs Információs Centrumok egyfajta bázisát adják a térség rehabilitációs tevékenységének. Van ahol a RIC ad teret szakmai műhelyeknek és érdekképviselők itt bonyolítják képzéseiket, szupervíziós foglalkozásaikat, fogadóóráikat. Sok megyében a RIC-be telepítették a rehabilitációs tanácsadást.

A RIC keretében különféle tematikájú fogadónapokat (fogadóórákat) is tartanak. Néhány példa:

- Baranya megyében 2003-ban a gyermekjóléti szolgálatok, a családsegítő központok és a területi szociális központok munkatársai voltak jelen a fogadónapon. Így az ügyfelek megismerhették ezeknek a szervezeteknek a tevékenységét és információt kaptak az őket érintő témákban.
- Hajdú-Bihar megyében az első fogadóórán a Windows ABC bemutatása volt a téma. Ez olyan módszer, amely hatékonyabbá teszi a rendszer erőforrásainak kihasználását vak és gyengénlátó személyek számára. A következő fogadóóra témája a ló és a lovaglás hatásainak tudatos, kontrollált felhasználása volt az egészségkárosodott, fogyatékossgal élő emberek rehabilitációjának folyamatában.
- Nógrád megyében strukturált tanácsadó napokat szerveztek a megyében élő, különféle fogyatékossgal, krónikus betegséggel élő emberek számára.

Sokan pályáztak az FMM által meghirdetett kommunikációs szemléletű akadálymentesítés témakörben. Bács-Kiskun megyében a pályázott kommunikációs eszközök (speciális szoftverek, induktív hurkos erősítők) alkalmazása lehetővé tenné, hogy vak és gyengénlátó valamint siket ügyfelek részére is megfelelő színvonalú szolgáltatást kínáljanak.

Rendezvényeken való részvétel

A 2003. évet az Európai Bizottság a Madridi Nyilatkozatban a Fogyatékos Emberek Európai Évének nyilvánította, azzal a céllal, hogy felhívja a figyelmet a fogyatékossgal élő emberek problémáira. Ennek kapcsán több rendezvényre került sor a megyékben, a rehabilitációban közreműködő szervezetek között szorosabbá vált az együttműködés.

További rendezvények:

- 2003-ban is minden megye – a központi keret terhére – megrendezte az Új lehetőségek a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű emberek komplex rehabilitációjában és a szociális gondoskodásban című konferenciáját. Többen az Európai Unió rehabilitációs gyakorlatának megismertetését szolgáló tematika mentén szervezték a rendezvényt.
- Baranya megyében egy civil szervezet megrendezte a Fogyatékossgal élő emberek napját, ahol a rehabilitációs csoport tájékoztatást, információt kínált az érdeklődőknek.
- A fővárosban Munkaadói Napot szerveztek, amelyen tájékoztatták a munkaadókat a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásához kapcsolódó támogatásokról.
- Komárom-Esztergom megyében Egészségkárosodott fiatalok és a pályaválasztás címmel rendeztek konferenciát. Ezen részt vettek a megye általános- és középiskoláinak pályaválasztási felelősei, képzőközpontok, a fogyatékossgal élő megyei személyeket tömörítő érdekvédelmi szervezetek, regionális képző központok, országos pedagógiai intézmények.

- A Nógrád MMK partneri szerepet vállalt a Magyar Vöröskereszt Nógrád Megyei Szervezete által a fogyatékossgal élő tehetséges fiatalok munkáit bemutató kiállítás szervezésében.
- Tolna megyében Osztrák—Magyar Szakmai Napok keretében regionális tudományos konferenciára került sor a harmadik szektor szerepéről és a megváltozott munkaképességű személyek munkába állásának lehetséges formáiról.
- Vas megyében Öt éves a munkaasszisztensi program címmel rehabilitációs szakmai napot rendeztek a régióban működő munkaügyi központok rehabilitációs csoportjai, a régió szociális intézményei és a működő munkaerő-piaci támogató szolgálatok munkatársainak részvételével.

Pályázatokban való együttműködés

- Baranya megyében egy alapítvány – a rehabilitációs csoport segítségével – eredményesen pályázott a Támogatott Foglalkoztatás és Szolgáltatás programra, amelynek célja a fogyatékossgal élő fiatalok foglalkoztatásának segítése.
- A Bács-Kiskun megyei Munkaügyi Központ nyertes pályázóként részt vesz A fogyatékossgal élő emberek munkaerőpiacra jutásának elősegítése című Phare-programban, amelyben egyik fő partnere a Mozgáskorlátozottak Megyei Egyesülete.
- A Nógrád Megyei Munkaügyi Központ egy salgótarjáni alapítvány partnereként vesz részt a rehabilitáció rendszerszerű fejlesztését célul tűző Phare-programban, amely halláskorlátozottsággal élő fiatalok képzését és foglalkoztatását valósítja meg.
- A Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Munkaügyi Központ főpályázóként vett részt a fogyatékossgal élő személyek foglalkoztatását elősegítő Phare-pályázaton. A projekt egy foglalkozási rehabilitációs központú mentorhálózat kialakítását tűzte ki célul. Partnerként két civil szervezettel és három munkáltatóval működnek együtt.
- Zala megyében a rehabilitációs csoport folyamatos kapcsolatban áll azokkal a Teleházakkal, amelyek az SZCSM által kiírt pályázat keretében támogatást nyertek megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek foglalkoztatásához. A közös munka, az információcsere, az együttműködés eredményét a munkaügyi központ ügyfelei és a Teleház segítségét igénybe vevők egyaránt tapasztalják.

Állásbörzék

Az állásbörzék megrendezése már országos hagyománnyá vált. Itt azok az érdeklődők kaphatnak hasznos információkat, akik nincsenek a regisztrációban, de állást keresnek. Ezek a rendezvények is jó alkalmat adnak a rehabilitáció különböző szereplőinek (munkáltatók, képzők, érdekképviseleti szervezetek, rehabilitációs munkacsoport, civil szervezetek) találkozására, hasznos együttműködéseikre. Minden évben kiemelkedően nagyszabású rehabilitációs állásbörzét és kiállítást rendeznek a fővárosban, ahol 2003-ban 500 látogató közül minden második ügyfél talált magának megfelelő tanfolyami vagy állásajánlatot. Vas megyében a Pályaválasztási és Képzési Vásáron – a fogyatékossgal élő emberek elfogadásának segítése érdekében – a Student Service bemutatta az Ability Park szolgáltatásait és az iskolás gyermekeknek lehetőséget biztosítottak arra, hogy mindenki kipróbálhassa, milyen a látásában, mozgásában vagy hallásában akadályozott ember élete a mindennapokban.

VI. A megyei és a kirendeltségi rehabilitációs munka

Ezen a területen is bejáratott munka folyik. Kialakultak az e célt szolgáló személyes és intézményi szakmai kapcsolatok; működnek a kirendeltségeken a rehabilitációs koordinátorok; rendszeresen sor kerül a rehabilitációs koordinatori értekezletekre. Továbbra is megrendezik a Regionális Rehabilitációs Konzultációkat (Szakmai napok), ahol a társ megyék rehabilitációs munkatársai kicserélhetik szakmai tapasztalataikat, megvitatják az aktuális szakmai kérdéseket.

Több megyében – nagyobb vállalatok megszűnése miatt – kihelyezett irodákat hozott létre a munkaügyi szolgálat a munkáltatóknál, hogy tájékoztatást és segítséget kínáljanak az elbocsátott dolgozók részére. Ezekben az irodákban általában rehabilitációs tanácsadó is jelen van, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozók számára is azonnali segítséget adhasson.

VII. Tapasztalatok, javaslatok

- A megváltozott munkaképességű személyekkel történő foglalkozás kiemelt figyelmet, türelmet, toleranciát, egyéni bánásmódot igényel. Az eredményes munkához azonban szükség van a társadalmi feltételek által biztosított háttérre is (támogatások, az elfogadás erősítése stb.) A jelenlegi munkaerő-piaci folyamatokat figyelembe véve kedvezőbb támogatási feltételekkel kellene a munkáltatókat ösztönözni a foglalkoztatásra, a súlyos fogyatékkal élő ügyfelek érdekében pedig a védett munkakörök visszaállításával kellene biztosítani az elhelyezkedés lehetőségét.
- A foglalkozási rehabilitáció területén dolgozó munkatársak egyöntetű véleménye, hogy a jelenlegi képzési rendszer néhány pontját célszerű lenne újragondolni. Ennek érdekében jónak látnák, ha a képző intézmények, valamint az egészségi problémával élőket tömörítő érdekvédelmi szervezetek együttműködve olyan képzési programok kidolgozására törekednének és olyan programokat valósítanának meg, amelyek az alacsony iskolai végzettséggel és fizikai területen szerzett gyakorlattal rendelkező megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek munkavállalási esélyeit is javítanák. További javaslatként fogalmazódott meg, hogy a képzések számának növelése érdekében – figyelembe véve a célcsoport alacsony iskolai végzettségét – a felzárkóztató jellegű képzéseket is támogatni kellene. Ugyancsak fontosnak tartják az ún. munkahelyigényes képzéseket, mivel a legtöbb esetben csak így biztosított a képzést vállaló ügyfelek munkavállalása.
- Problémaként fogalmazódott meg, hogy a rehabilitációs foglalkoztatás-bővítő bértámogatás magas és hosszú távú támogatás (például 4 tartós munkanélküli bértámogatása megoldható az összegből), emiatt nehéz döntés elé kerül a munkáltató. Megoldás lehetne a rehabilitációs foglalkoztatás-bővítő bértámogatás elkülönített kezelése.
- A beszámolók készítői igen fontosnak tartják a rehabilitációs csoport tagjainak képzését, az Európa Unió rehabilitációs gyakorlatával kapcsolatos ismeretek megszerzését, valamint a megváltozott munkaképességű ügyfelekkel foglalkozó munkatársak kiegészítő tréningben való részvételének biztosítását.
- A beszámolók az eredmények értékelését a statisztikai számokra építve végzik el. Ezek az információk azonban nem elegendőek annak megítéléséhez, hogy az alkalmazott eszközök és szolgáltatások milyen mértékben és színvonalon elégítik ki az igényeket, hogy a számszerű eredményeket a források és a kapacitások mellett lehetne-e, és ha igen, milyen mértékben javítani. Empirikus vizsgálattal; a ráfordítások és az eredmények folyamatos monitorozásával lehetne adekvát képet kapni a foglalkozási rehabilitáció tényleges hatásáról és minőségéről, az elhelyezkedések tartósságáról, az integráció érdekében szükséges szolgáltatások lehetséges köréről. Hat év után a költséghatékonysági szempontok érvényesülésének kérdése is szükségessé teszi a rehabilitációs célú foglalkoztatáspolitikai eszközök objektív értékelését.

A MEGVÁLTOZOTT
MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBEREK
MUNKAERŐ-PIACI ESÉLYEINEK
JAVÍTÁSA

A NONPROFIT SZEKTOR
FOGLALKOZTATÓ
KÉPESSÉGÉNEK
MEGERŐSÍTÉSÉVEL,
AZ EHHEZ SZÜKSÉGES
FELTÉTELEK
KIALAKÍTÁSÁVAL CÍMŰ
TÁMOGATÁSI PROGRAM
EREDMÉNYEIRŐL

Kutatási összefoglaló

Készítette: Dr. Gere Ilona

Budapest, 2004

TARTALOM

1. A kutatás jellemzői	118
1.1. A kutatás tárgya	118
1.2. A kutatás módszertana	118
2. A modellkísérlet tapasztalatai	118
2.1. A programban részt vett személyek munkavállalói minősége	118
2.2. Önállóság és függőség	119
2.3. Rehabilitáció és munkavégzés	120
2.4. A felkészítő programelemek hatása a foglalkoztatásra	121
2.5. A képzések szerepe a védett foglalkoztatásban	123
2.6. Egy valódi munkahely modellezése	124
2.7. A munkavégzés formái	124
2.8. Különböző csoportok közös munkavégzése	125
2.9. A projektvezetők észrevételei a védett foglalkoztatással kapcsolatban	125
3. Javaslatok a védett foglalkoztatás szabályozásának előkészítéséhez	128

1. A kutatás jellemzői

1.1. A kutatás tárgya

Tartósan akadályozott (fogyatékossgal élő, megváltozott munkaképességű) emberek védett foglalkoztatásának feltételrendszerét kialakító, standardizálását előkészítő munkálatok elősegítése. A kutatás konkrét feladata: az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány által támogatott – nonprofit szervezetek által végrehajtott – foglalkoztatási modellkísérlet tapasztalatainak összegzése és strukturált értékelése, valamint kormányzati döntést előkészítő javaslatok kidolgozása.

1.2. A kutatás módszertana

1. Elsődleges források által biztosított információk összegyűjtése, rendszerezése. Ezen források:
 - támogatott szervezetek beszámolói
 - projekt-dokumentációk
 - monitorok jelentései
 - monitoring-látogatások tapasztalatai
2. Kiegészítő kutatás elvégzése, aminek során mélyinterjúkat készítettünk (1.sz. melléklet) a modellkísérletben részt vett nonprofit szervezetek vezetőivel. Az interjúk során azokra a kérdésekre kívántunk válaszokat kapni, amelyekre az elsődleges források nem adtak kielégítő, értékelhető információkat.
3. Az elsődleges és a másodlagos források rendszerezett információinak célirányos feldolgozása, ami a védett foglalkoztatás szabályozásának elősegítését célozza.

2. A modellkísérlet tapasztalatai

2.1. A programban részt vett személyek munkavállalói minősége

A program egyik célkitűzése volt, hogy azokat a tartósan károsodott egészségű embereket kívánta bevonni, akik fogyatékossga, krónikus betegsége olyan jellegű vagy súlyosságú volt, hogy csak védett foglalkoztatást tett lehetővé számukra, illetve, akiknek elhelyezése csak személyre szabott segítséggel volt megvalósítható. Ez a kitétel azt is jelenti, hogy a programba vont személyek általában gyenge munkaerő-piaci státusszal rendelkeztek, s részben károsodásuk, de sokkal inkább passzív előéletük, hiányos iskolázottságuk és szaktudásuk, illetve a rehabilitáció hiányosságai miatt munkavállalói minőségük jellemzően alacsony szintű volt. Az európai háztartási panelvizsgálatok is rendre azt bizonyítják, hogy a fogyatékossgal élő emberek rossz munkaerő-piaci helyzete sokkal inkább a társadalmi – elsősorban a munkáltatói – előítéleteknek; a késői és hiányos rehabilitációnak tudható be, mintsem az egészségkárosodás következményeinek.

Magyarországon a korábbi évtizedekben igyekeztek munkát biztosítani azoknak az embereknek, akiknek már aktív korukban megváltozott a munkaképességük. Ezek a munkák azonban – az érintett személy szakmai előéletétől, végzettségétől függetlenül – jellemzően igen alacsony értékű, kisegítő munkakörök voltak. Ez azt eredményezte, hogy akiknek sikerült munkában maradniuk, azok nem tudták megőrizni korábbi munkavállalói státuszukat, akik viszont be sem tudtak lépni a munkaerő-piacra, nem is tudták megtanulni a munkavállalással kapcsolatos viselkedési normákat, a pozícióból fakadó jogokat és kötelességeket.

Ezek a tények a piacgazdasági körülmények meghatározóvá válása után azt eredményezték, hogy a tartósan akadályozott emberek alacsony érteken jelentek meg az egyébként is szűkülő munkaerő-piacon, s ez a többség számára további szegregációt jelentett. A devalválódott munkavállalói értékek másik oka az egészségügy betegállapotot túlhangsúlyozó gyakorlata, illetve a szociális ellátás szereplőinek sokszor az indokoltnál erősebb gondoskodó attitűdje. Ehhez járul még gyakorta a szülői féltés önállóságot nehezítő mértéke is.

Mindezeket összegezve azt tapasztaljuk, hogy a tartósan károsodott emberek értéke az igen labilis, a munkahelyekért kemény küzdelemre kényszerítő munkaerőpiacon meglehetősen alacsony, ezért nehezen találhatnak munkát, hosszabb-rövidebb időre teljesen kiesnek a foglalkoztatásból, s ez tovább rontja munkavállalói pozíciójukat.

Ezeket a feltételezéseket a program során szerzett tapasztalatok megerősítették. Így például az EsErnyő Alapítvány projektjébe bevont 28 epilepsziás ember közül mindössze 5-nek volt a megelőző 2 évben munkaviszonya. Közülük hárman belső, rehabilitációs munkahelyen dolgoztak, 2 fő végzett viszonylag rendszeresen alkalmi munkát és 5-nek még soha nem volt munkahelye. Kevesen voltak tehát azok, akik kommunikálni tudták volna, hogy általában milyenek egy munkahely elvárásai, illetve akik gyakorlati tapasztalataikkal biztathatták volna a többieket a munka vállalhatóságára és előnyeire. Mindezekből következett, hogy a munkavállalói szerep szinte összes kellékének hiányában a kitűzött rehabilitációs időtartamok megnyúltak, gyakran éltek a résztvevők a munkából való kiesés adta „le-maradási lehetőséggel”, hiszen így alacsonyabb szintről kellett folytatniuk a megkezdett munkát és tovább nyújthatták a programban való bennmaradás lehetőségét. Nehezítette a helyzetet, hogy az epilepsziás emberek számára a munkavállalás sok esetben nem teremti meg a megfelelő életminőség elérésének lehetőségét, mivel a családi és a belső konfliktusok túlzottan nagy hátrányt jelentenek számukra (függés, túlvédés, tanult tehetetlenség).

Azoknál a projekteknél, ahol születésük óta fogyatékossgal élő fiatalok voltak a célcsoport tagjai, ott komoly nehézséget okozott, hogy döntő többségük semmilyen munkavállalói tapasztalattal nem rendelkezett. Nem állt előttük minta, nem tudták, miként kell hivatalos helyen megjelenni, viselkedni. Nincsenek tisztában olyan alapfogalmakkal, mint például hogy mi a munkavállalás, mit jelent a munkaszerződés, miért fontos a pontos munkakezdés, mit jelent a teljesítmény, mi a szerepe a munkavezetőnek stb. Ezeknél az embereknél teljesen új volt, hogy teljesítményt várnak el tőlük. Őket egész életükben arra szocializálták, hogy nekik különleges bánásmód jár, körülöttük mindenki azért van, hogy nekik segítsen. Mindenekelőtt meg kellett velük értetni, hogy ugyanaz a szemlélet, ami készen kínál mindent, ugyanakkor ki is zárja őket a társadalomból.

Komoly gondot okozott a projektek megvalósítása során, hogy a résztvevőknek kevés tapasztalatuk volt arról, mennyire terhelhetőek, milyen munkakör lenne a ideális számukra, milyen eredményeket lennének képesek elérni, illetve, hogy mennyire tervezhető a jövőjük. Ezekre a kérdésekre egy jól működő rehabilitációs rendszer már jóval korábban – a tényleges képzés vagy foglalkoztatás megkezdése előtt – meg tudja adni a válaszokat. Egy nálunk még nem működő minősítő gyakorlat már a munkavállalási kor elérésekor, illetve munkaképesség-változás esetén az egészségi állapot stabilizálódását követően pontosan rögzíti, hogy bizonyos személy megmaradt képességei milyen teljesítményre, milyen munkához lesznek elegendőek, illetve, hogy ezek az értékek lehetővé teszik e számára a nyílt munkaerőpiacon való elhelyezkedést, vagy csak valamilyen védett munkakör ellátásához elegendőek-e. A program számára 18 hónap állt rendelkezésre arra, hogy ezeket a hiányokat pótolják, hogy testileg és mentálisan megfelelően felkészítsék a résztvevőket a munkavégzésre, illetve, hogy megkezdjék a foglalkoztatást. A tapasztalatok azt mutatják, hogy ez az időtartam túl kevés volt mindezek végrehajtására és ezáltal a program végére nagyon sok nyitott kérdés maradt a munkavállalói értékeket illetően. Bár kétségtelen, hogy a legtöbb projekt esetében jelentős előrelépést tudtak elérni ebben a vonatkozásban is.

2.2. Önállóság és függőség

A foglalkozási rehabilitáció és maga a foglalkoztatás sem képzelhető el másképp, mint a lehető legteljesebb önállóság biztosításával. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy ha egy tartósan akadályozott személy alkalmas munka végzésére, akkor őt munkavállalóként kell kezelni és nem betegként. A foglalkozási rehabilitációt többnyire tartós kapcsolat előzi meg valamely egészségügyi vagy szociális intézménnyel, szakemberrel, ahol elsősorban a beteg, a károsodott ember fogalma nyer megerősítést, s ezt a minősítő rendszer anomáliája tovább fokozza. Az erős betegségtudat aztán nehezíti az önálló munkavállalóként való megjelenést.

Jó tapasztalatokkal szolgál ebben a témában az EsErnyő Alapítványnál végrehajtott projekt, amely annyiban speciális, hogy egy olyan egészségügyi intézményben valósították meg az epilepsziás emberek foglalkoztatását, ahol ezek az emberek betegként is jelen vannak. Viszonylag sok szakmai vita volt a program egész időtartama alatt a munkavállalói szerep megkövetelte önállóság értelmezé-

séről. Önállóság alatt a foglalkoztatást megvalósító civil szervezet a következőket értette: önálló pénzkezelés, a pénz beosztása (motiváció miatt); munkavállalással kapcsolatos ügyek önálló intézése (műhelyváltás, munkaviszony megszüntetése, további tervek megvalósítása, bérügyek, adóügyek önálló intézése stb.). Az epilepsziás emberek ún. tanult tehetetlensége következtében ezek a készségek többnyire nem tudnak kifejlődni, ezért az általános nehézségeken túl az epilepsziás emberek többsége döntési helyzetekben extrém módon bizonytalan, ezért a munkavállalással kapcsolatos helyzeteket sem tudja jól megoldani.

Konfliktusforrás volt az is, hogy az egészségügyi intézmény erős érzelmi kapcsolatban áll a beteg emberrel, míg a munkáltató szerepében lévő EsErnyő Alapítvány tudatosan vállalta a programban résztvevő személyek racionális megközelítését. Ez a lehetőség biztosította számára, hogy független partnerként tudja kezelni az érintett embereket, akik ebben a kontextusban már munkavállalók és nem kliensek voltak.

Még ennél is nehezebb az önállóság kérdése azoknál az embereknél, akik különböző szociális intézetekben élnek. Itt természetesen nem abszolút értelemben beszélhetünk önállóságról, hiszen a fogyatékoság súlyossága szerint differenciálva, az adható és vállalható önállóság rendkívül sokszínű. Vannak azonban objektív elemek. Így például a Nyújtsd segítő kezéd Alapítvány esetében, ahol a projekt megvalósítása egy bentlakásos szociális és rehabilitációs intézményben történt, s mint ilyenre komoly törvényi szabályozás érvényes rá. Ez pedig kimondja, hogy az intézetben élő gondozottak számára – bármilyen munkát is végeznek – csak munkajutalom fizethető, és az e munkajutalomhoz való hozzáférés is korlátozott. Ez azt eredményezte a programban, hogy hiába tudott magas szinten dolgozni és teljesíteni egy-egy személy, gyakorlatilag ugyanannyi pénzhez jutott hozzá, mint bárki más. Ez a munkamotivációt erősen visszafogta.

Ugyancsak fontos tapasztalata a programnak, hogy azok a nonprofit szervezetek, amelyek hosszabb ideje valamilyen ellátó funkciót is végeznek (például értelmi fogyatékosággal élő emberek napközi otthona, lakóotthon fenntartása stb.), sokkal kevésbé tartják reálisnak gondozottjaik értékteremtő foglalkozásban való helytállását, mint azok, akik a kezdetektől a komplex rehabilitációt, s benne a foglalkoztatást kívánták megvalósítani. Ezt a gondozói szemléletet erősíti a szülő, a család túlféltő hozzáállása is. Minden bizonnyal változna a helyzet, ha egy fogyatékos gyermek születése, vagy egy szerzett betegségből való kilábalás pillanatában más perspektívát rajzolnának fel az egészségügyi, rehabilitációs szakemberek, s az ellátási formák, a gondozási lehetőségek helyett az elérhető célokat, a megvalósítás lehetőségeit s az ehhez szükséges állami segítség formáit hangsúlyoznák.

Azt viszont tényként kell kezelni, hogy ma azoknak a tartósan akadályozott embereknek kell foglalkoztatási, integrációs lehetőségeket kínálni, akik önállósága, önértékelése erősen korlátozott, tehát mindenekelőtt ezt kell megfelelő szintre hozni.

A program időtartama kevésnek bizonyult ahhoz, hogy az önállósággal járó felelősséget a résztvevők fel merjék vállalni, ezért még abban az esetben is a védett körülmények közötti munkavégzést választották, ha egyébként többre is alkalmasak lettek volna. Ez azt jelzi, hogy a felkészítés időigénye – az egyének előéletétől, illetve károsodásuk fajtájától és típusától függően – erősen differenciált, és a kényszerű lerövidítés esetenként az indokoltnál csekélyebb végeredményt hozhat.

2.3. Rehabilitáció és munkavégzés

Magyarországon még megoldatlan kérdés, hogy a tartósan akadályozott emberek foglalkoztatására vállalkozó munkáltatónak van-e rehabilitációs kötelezettsége, vagy csak a foglalkoztatásra kell koncentrálnia. E kérdés eldöntésekor komolyan differenciálni kellene. Nehezen képzelhető el ugyanis, hogy a versenyszférában tevékenykedő munkavállaló számára rehabilitációs feladatokat is meg kellene (lehetne) határozni. Ugyanakkor a védett foglalkoztatók (akárcsak egy meghatározott körének) feladata lehetne a rehabilitáció ama része, amely az érintett személy foglalkoztathatóságának növelését, a munkavállalói készségek erősítését, esetleg az elsődleges munkaerőpiacra való felkészítést szolgálja.

Az EsErnyő Alapítvány által megvalósított projekt egyszerre támasztott rehabilitációs és üzleti követelményeket. A két szempont harmonizálása a projektmenedzsment számára is folytonos értelmezésekre adott alkalmat. Az is fontos volt, hogy a rehabilitációs személyzet is beleilleszkedjen és respektálja azokat a követelményeket, amelyek a rehabilitációnak is részei, csupán nem nyernek „üzleti” megfogalmazásokat, avagy kisebb hangsúllyal esnek latba. Ez a probléma az egész rehabilitációs gondolkodásnak is problémája. Új paradigmák kialakulásához, illetve régi hasznos gyakorlatok

felelevenítéséhez mutatott utat az OFA-program elváráslistája. Ez különösen fontos szempont az epilepszia esetében, hiszen nem léteznek szigorú rehabilitációs standardok, a pszichiátriai rehabilitáció szempontjait próbálják alkalmazni, ugyanakkor nem lehet figyelmen kívül hagyni az epilepsziával élő emberek sajátos problémáit.

Az epilepsziás emberek foglalkozási rehabilitációja jelentősen hosszabb időt igényel, mint a rendelkezésre álló másfél év. Ennek oka részben az önállótlanóságuk, a munkaerő-piaci tapasztalatlanóságuk. Ezt bizonyítja, hogy a programban részt vevők egy része még tovább is tartotta volna magát a rendszerben, mint munkavállalóból lett kliens, vállalva inkább a fizetés nélküli, pusztán rehabilitációs foglalkozásokat, mintsem továbblépjen egy számára adekvát szintre a nyílt munkaerőpiacon.

Ezt az attitűdöt jelentősen erősítette a gyógyítás, a rehabilitáció a foglalkoztatás megvalósulásának elérhetősége. Az egészségügy sokkal erősebb hatásokat tudott kifejteni, mint a foglalkoztatásért felelős civil szervezet. A hatás megértésében az érzelmi kötődés a kulcskérdés. Az érintett személyek számára a partneri viszony kialakítása vagy ennek kísérlete rémisztően hat, szükségük van arra, hogy a segített életük minden területébe bevonják, s viszont: ők is igyekeznek beszívárogni a segítő életébe. Noha úgy tűnik, hogy a feszültségek és a problémák legnagyobb része abból adódott, hogy azonos helyszínen és emberekkel zajlott kétféle entitás, a projektvezető véleménye szerint mégsem ez, hanem sokkal inkább az egészségügyben zajló rehabilitáció dogmaszerűvé válása okozta a feszültségeket.¹

Az viszont láthatóvá vált a projektek végrehajtása kapcsán, hogy a támogatott szervezetek készek és alkalmassá tehetők a foglalkozási rehabilitáció bizonyos elemeinek végrehajtására, sőt sok esetben a megvalósítók maguk jöttek rá arra, hogy gondozottaik mennyire nem készek még a munkavégzésre, ezért pótlólag is beiktattak foglalkoztatásra való felkészítő, illetve különböző fejlesztő foglalkozásokat. Az is egyértelmű tapasztalat, hogy azoknál a támogatott szervezeteknél, ahol szigorú képességfelmérést, illetve személyre szabott fejlesztési és foglalkoztatási tervet készítettek, ott jelentősen előbbre jutottak e rövid másfél év alatt is, mint ahol a korábbi programokat alig változtatva folytatták.

A képességfelmérés során információkat szereztek az érintett személy képzettségéről, munkatapasztalatáról, általános pszichés állapotáról (memória, koncentrációkészség, depresszió, motiváltság, betegséghez való viszony stb.) kommunikációs, tanulási, esztétikai, valamint a munkavégzéshez szükséges egyéb képességeiről, és a csoportmunkában való részvételhez szükséges együttműködés szintjéről is.

Az egyéni fejlesztési és foglalkoztatási terv előkészítő munkálatai során vizsgálták a résztvevők manuális készségeit, a koncentrációt, a figyelmet, a munkafolyamat elvégzésének színvonalát, a motivációt, és kidolgozták a fejlesztéshez szükséges javaslatokat.

2.4. A felkészítő programelemek hatása a foglalkoztatásra

A foglalkoztatásra való felkészítést célzó programokról nagyon pozitív tapasztalatokat szereztek a megvalósító szervezetek. Véleményük szerint ezek a tevékenységek a dolgozókat mint teljes személyiséget érintették; fenntartották, illetve növelték munkaképességüket, segítették a csoportba való beilleszkedésüket és hozzájárultak az önálló, felelős ember érvényre jutásában, ami a munkavégzés minőségében is fontos szerepet játszott.

Jól példázza ezt a Civitan Help Egyesület tapasztalata, ahol a program kezdete előtt az intellektuális fogyatékosággal élő fiatalok alkalmatlanok voltak külső munka végzésére, csak az egyesület telephelyén tudtak dolgozni. A program keretében zajló fejlesztő foglalkozásokon, terápiákon azonban olyan helyzetbe tudták hozni a zárt közösségből érkező fiatalokat, hogy mára igen eredményesen és zavartalanul folynak a külső munkák, és egyre több ilyen típusú (kertrendezés, kertkarbantartás) megrendelést kapnak.

Sokféle testi és pszichés sérüléssel élő, különböző korú és előtörténetű emberekből csak a felkészítő, erősítő foglalkozások hatására lehet együttműködésre képes csoportot kialakítani, akik a magukénak érzik a munkát, a sikereket és felelősséget éreznek a feladatok elvégzése iránt.

¹ Csepeli György Szociálpszichológia (Osiris, 1997) című kötetében a Társas helyzetek című fejezetben főként a magyar társadalom politikai kultúrája hiányosságainak kontextusában tárgyalja ugyan a tanult tehetetlenséget, de tudjuk, hogy bizonyos társadalmi csoportok esetében mindazok a társadalmi színterek implikálják a jelenség rögzülését, amelyek kevés vagy semmilyen lehetőséget sem adnak arra, hogy a személy megtanulja saját sorsának alakítását.

A testi és az értelmi állapot karbantartása rendkívül fontos mind a munkában elért teljesítmény, mind az élet egyéb területén a társadalomba való beilleszkedés, az életminőség javítása szempontjából. A kommunikációs készség fejlesztése, a szocializációt segítő technikák gyakorlása, a művészetekkel való ismerkedés, a hétköznapi életvezetési ismeretek mind segíthetik a foglalkoztatást, a munkában tartást.

A program során az alábbi felkészítő elemeket valósították meg a támogatott szervezetek. Természetesen mind tematikában, mind a megvalósítás módszerében jelentős különbségek voltak az egyes szervezeteknél. Volt olyan kedvezményezett, amelyik az egyéni és a csoportos fejlesztéseket a foglalkoztatásba ágyazva végezte el (például a Gondviselés Alapítvány), de a legtöbb helyen a képzést, illetve a foglalkoztatást megelőzően került sor a fejlesztő, felkészítő foglalkozásokra.

- Az életmód és mentálhigiénés fejlesztés célja a személyes képességek fejlesztése annak érdekében, hogy a programban részt vevő munkatársak képesek legyenek a problémák felismerésére, kezelésére, megoldására. Célja volt a foglalkoztatásban történő megtartás is, aminek érdekében a mentálhigiénés problémák feldolgozását, az önállóság fokozását, az együttműködés elősegítését kívánták erősíteni.
A fejlesztések során két alapvető filozófiát, a normalizációt, valamint az integrációt hármas szintjét kívánták érvényesíteni. A normalizáció érvényesülése azt jelenti, hogy a sérült emberek is hasonló módon és életritmusban éljenek, mint ahogy a többségi társadalom teszi. Az integráció három szintje a földrajzi, a funkcionális és a szociális szint.
A munkatársak közötti jó kapcsolat megtartása, az egymás iránti tolerancia és egymás segítése kiemelt pedagógiai feladat. Az önismeret, az önkifejezés, az önmegélés fejlesztése, az öltözködési szokások, a viselkedési szabályok, az egészséges életmódra nevelés, önellátás fejlesztése mindennapi feladat és közvetve a mások számára is elfogadható, jobb munkakerővé válást segíti.
- A képességfejlesztés programelem célja a résztvevők tanulásra való felkészítése volt. Ezen belül a csoportépítés a csoportos feladatmegoldáshoz szükséges elfogadó, bizalmi légkör megteremtését szolgálta; a kommunikációs képességek fejlesztése a hatékony kommunikáció feltételeit teremtette meg; a tanulástechnika a tanulásra ösztönző tényezők feltárását, a tanulás ösztönzését célozta. Az önismeret, emberismeret programelem önmaguk megismerését és pozitív értékelésük képességét, önbizalmuk növelését célozta. A konfliktuskezelési technikák a problémák felismerését és módszeres megoldását segítették.
- A személyiségfejlesztés biztosította a programba lépés előtt szerzett tudás megtartását, fejlesztését, az egyéni képességek kibontakoztatását, elősegítette a fiatalok szocializálódását és integrálódását.
- A pszichoedukációnak (saját betegséggel kapcsolatos képzés) minden általános rehabilitációs programnak részévé kell válnia, mivel általános tapasztalat az, hogy a tartósan károsodott emberek saját betegségükről sem tudnak eleget. Így nehéz reálisan tervezniük az ezzel való együttélést, illetve azt, hogy mire lennének képesek, mire nem vállalkozhatnak.
- Ergoterápiás fejlesztés: például a munkavégzéshez szükséges mozdulatok begyakorlása, helyes eszközhasználat, ennek fejlesztése, az elfáradás elkerülése, hatékonyabb munkavégzés stb.) Ezek alkalmazása után már a konkrét munkavégzés nem okozott problémát az érintettek számára.
- A munkavállalási tréning módszere azonos volt azzal, ahogyan ezt egészséges csoportok esetében is végzik. Szervezetfejlesztő tréner vezette, a projekt vezetőinek részvételével. A program végén visszacsatolás kérdőívet töltöttek ki a résztvevők, aminek alapján a praktikus ismereteket adó gyakorlatokat (álláshirdetés, önéletrajzírás) ítélték a legjobbnak. A legkevesebb pontot azok a foglalkozások kapták, amelyek érzelmi igénybevétellel jártak és saját élethelyzetükkel való szembenézésre készítették a résztvevőket (saját erősségek és gyengeségek értékelése).
- Az egyéni tanácsadás folyamatába a program során bármikor bekerülhettek az érintettek a szakmai vezetés jelzése és javaslata alapján, vagy a személy saját kérésére. A tanácsadás során jogi, pszichológiai és munkaügyi kérdésekben kaptak a résztvevők segítséget.

A Gondviselés Alapítvány a segítő programelemeket a komplex kései fejlesztési program keretében építve valósította meg. Az egyéni és a csoportos fejlesztéseket (önálló életre nevelés, munkára nevelés, logopédiai foglalkozások, mentálhigiéné stb.) a fogyatékos fiatalok képességeihez és ismereteihez iga-

zították. A foglalkozások – személyre szabottan – elsősorban a munkában való bennmaradást segítették, koncentrálna azokra a szunnyadó képességekre, ezek fejlesztésére, amelyeket a munkavégzés során tud a fogyatékossgal élő fiatal hasznosítani.

Az EsErnyő Alapítvány a programba olyan elemeket is beépített, amelyek a nyílt munkaerőpiacon való elhelyezkedést segítik elő. Ezek hatékonyságát azonban nem lehet mérni, mivel a résztvevők – kevés kivétellel – nem önállóan helyezkedtek el, illetve jellemzően alacsony presztízsű munkát végeznek. Még senki nem kezdett közülük saját vállalkozásba sem, bár többeknek a projekt befejezése előtt irreális elképzeléseik voltak arról, hogy milyen munkát tudnának vállalni.

A program fontos tapasztalata, hogy mindenképpen szükség van nem csak a fogyatékossgal élő személyek, hanem a programban részt vevő segítők felkészítésére is. Többségük még nem találkozott fogyatékossgal élő emberrel, így segíteni kell, hogy fel tudják dolgozni ezt az élményt. Szükség van arra, hogy átértékelődjene a fogyatékossgal élő fiatalokra jellemző stigmák. Ki kell a segítőkben alakítani az elfogadó, segítő partnert, aki tud és akar a fogyatékossgal élő emberrel közösen dolgozni, segít önértékelésük, teljesítésük és felelősségérzetük növelésében, ezzel is erősítve munkavállalói státuszukat. Szükség van továbbá arra is, hogy a segítők konkrét ismereteket szerezzene a különböző fogyatékossgok jellemzőiről, a normalizációs és integrációs törekvésekről, a terápiás fejlesztési, konfliktuskezelési módszerekről.

A fejlesztő, felkészítő foglalkozásoknak, szolgáltatásoknak – a programban megvalósítottaknál jóval szélesebb palettán – a védett foglalkoztatás megkezdése előtt, illetve annak teljes időtartamában minden fogyatékossgal élő ember számára – az illető szükséglete szerint – rendelkezésre kell állnia. A foglalkoztatás lehetősége önmagában sokszor kihasználatlan esély marad az indulás pillanatában munkavégzésre alkalmatlan, a passzív életszakasz alatt elbizonytalanodott, önértékelési zavarokkal küzdő, valódi munkaerő-piaci értékekkel igen szerény mértékben rendelkező fogyatékossgal élő ember számára.

2.5. A képzések szerepe a védett foglalkoztatásban

Nem vitatható, hogy a munkaerőpiacról kiszorult vagy oda be sem került hátrányos helyzetű emberek számára az integráció egyik legbiztosabb eszköze a magasabb szintű, keresett szaktudás megszerzése. Ugyanakkor egy OKJ-s képzettség a súlyosabb fogyatékossgal élő személyek többsége számára elérhetetlen. Ha pedig szervezeti oldalról közelítjük ezt a témát, akkor valószínűsíthető, hogy a védett foglalkoztatás keretében, ahol erősen csökkent képességekkel rendelkeznek a dolgozók, ritkán tudnak olyan típusú tevékenységet folytatni, amelyik OKJ-s végzettséget igényel. Ezeken a munkahelyeken sokkal inkább egyszerű munkafolyamatokról, betanítással elsajátítható ismeretekről és munkamozdulatokról lehet szó. A másik korlát a képzés kivitelezésében mutatkozik. Egy súlyosan károsodott egészségű embernek problémát okozhat a képzőhely megközelítése, a szellemi igénybevétel, a tartós koncentráció stb. Ha túl hosszú idő telt el a korábbi tanulási fázis és az új kísérlete között, akkor jelentősen csökkenhet a tanulási készség. Nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy egyes célcsoportok (például az értelmi fogyatékossgal élő személyek) esetében az elméleti tudás elsajátítása csak a foglalkoztatásba ágyazva lehet eredményes. Ez a forma segít áthidalni azt a nehézséget is, amely a képzéssel járó többletterher vállalása és a foglalkoztatás megvalósulásának esélye között fennáll.

A program során megvalósított képzések – éppen a fenti tényezők, illetve a megvalósító szervezetek védett jellege, s ebből következő termelési struktúrája miatt – jellemzően betanító jellegűek voltak, rövid elméleti oktatás után a gyakorlati felkészítés igazodott a fogyatékossgal élő munkavállalók szomatikus és mentális állapotához, képességeihez, és folyamatosan, de nem egyforma ütemben tette lehetővé számukra újabb és újabb részfeladatok elsajátítását. A képzésbe kevés elméleti és sok gyakorlati elem került, általában a konkrét munkakörülményekhez igazított, pénzzel támogatott egyéni munkatrénning (training on the job, on the job training) elvét alkalmazták. A képzés irányát a munka jellegéhez, illetve a résztvevők képességeihez, állapotához igazították.

Fontos tapasztalat, hogy az a néhány ember, aki OKJ-s képzésen vett részt, a sikeres vizsga után nem tudott elhelyezkedni. Ennek több oka lehet: egyfelől mutathatja, hogy a munkaerőpiacon nagyobb értéke van a munkahelyi gyakorlatnak mint a szakképzettségnek; másfelől a megszerzett képzettségre védett munkahelyeken nincs igény, a nyílt munkaerőpiac pedig ezzel együtt sem vevő a fogyatékossgal élő emberekre; de lehet az is, hogy a megváltozott munkaképességű személyek önbizalma a képzettség megszerzéséhez még elegendő volt, de felelősebb, magasabb szintű munka vállalásához már kevésnek bizonyult.

Általános tapasztalat, hogy a képzéseknél nagyon fontos a differenciálás, a fogyatékoság milyenségének és fokának figyelembe vétele. Az értelmi fogyatékosággal élő személyek például csak a szűken vett napi tennivalók elsajátítására képesek, a szakma komplexitását nem tudják átélni. A látás-fogyatékosággal élő személyek képzésénél különös gondot kell fordítani a szemléltetésre, mindent kézbe adva kell megmutatni, nehogy az elméleti tudás verbalizmussá szűküljön, ami a gyakorlati munkában hasznavehetetlen. Az oktatónak partnerként kell együttműködni a látásfogyatékosággal élő fiatalal, megismerve, hogy maradék látása mennyire hasznosítható, illetve milyen más érzékelési források alapján tud eligazodni (például látja vagy tapintja a növényt, milyen vizuális vagy taktilis jelzést tud értékelni annak megállapításához, hogy a növény egészséges-e stb.)

A képzések szervezésekor fontos az oktatók felkészítése a fogyatékosággal élő emberekkel való bánásmódra, elengedhetetlen azoknak a technikáknak, módszereknek az ismerete, amelyek segítségével differenciált képzési formákat lehet megvalósítani, és folyamatosan különös figyelmet kell fordítani a motiválásra és a lemorzsolódás megakadályozására.

2.6. Egy valódi munkahely modellezése

A projektek nagyon különböző munkahelyeket modelleztek. Bár a program a védett foglalkoztatás kísérletéről szólt, mivel azonban ennek keretei még egyáltalán nincsenek meghatározva, minden támogatott szervezet a maga elgondolása, előlétele és filozófiája szerint valósította meg a foglalkoztatást. A legmagasabb szintű munkaszervezetet az EsErnyő Alapítvány próbálta modellezni, de mivel ők célcsoportjuk nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatását is tervezték, a programban megvalósított szervezeti képlet is elsősorban ezt szimulálta. A projektmenedzsment többnyire azt az elvet követte, hogy a célcsoport számára minél inkább a szabad munkaerőpiacot kell modellálni a belső (önálló munkavégzés, önálló döntések és felelősség) és a külső elvárások (munkafegyelem betartása, teljesítmény, a projekt egészére gyakorolt pozitív hatások) terén. Ennek érdekében a megvalósításban részt vett mentorok egyfajta művezetői feladatkört, illetve egyikőjük a „szakszervezetet” prezentálta. Erős rehabilitációs szemléletük, illetve a mentori szerepük azonban akadályozta őket abban, hogy e szerepben hatékonyan helyt tudjanak állni. Még leginkább a szakszervezeti szerepet tudták hitelesen vállalni.

A többi támogatott szervezet a védett foglalkoztatás valamilyen – általuk jónak vagy megvalósíthatónak tartott – egyszerű modelljét építették fel. Ezek a modellek azonban sokkal inkább magukon hordozták a projektmegvalósítók eredeti szerepeit (például bentlakásos szociális rehabilitációs intézmény, lakóotthon, nappali szociális ellátás), mintsem egy valódi munkahely jellemzőit.

Az EsErnyő Alapítvány világos feltételekkel, de nem paternalista, túlzottan védő módon készítette el a munkaszerződéseket, azaz nem voltak benne a hasonló szervezetekben, intézményekben és segítő helyeken megszokott „klienstípusú” szerződéselemek. Náluk a megadott időkeretek között mindenki számára kötelező volt a munkavégzés és a teljesítmény.

Minden szervezetnél az egyenlő bér elve érvényesült, ezt azonban ők maguk sem tartották helyesnek, csak a projekt kényszerűsége, és a konfliktuskerülés miatt alkalmazták. Ily módon azonban a munkabér nem tükrözte az elvégzett munka minőségét és nem is ösztönzött nagyobb teljesítményre.

2.7. A munkavégzés formái

A projektek megvalósítása során a közösségi típusú munkavégzés tűnt a leginkább elfogadhatónak a tartósan akadályozott és hosszú idő óta nem dolgozó emberek számára. A jelenlegi bizonytalan piaci és munkaerő-piaci helyzet következtében ezek az emberek egyénileg kiszorulnak a versenyhelyzetből, inkább kiscsoportban képesek valódi értékeket létrehozni. Ezekben a foglalkoztatásokban kialakul a csoporttudat, egyfajta együttműködés, presztízsegysúly, valamint hasznosság érzése épül ki. Ez valódi motivációt jelentett a résztvevők számára. A közösségi modellben fel kívánták használni az ergoterápiás közösség nyújtotta előnyöket, mint például az egymástól tanulást, a mesterré válást, az önsegítést és a pszichoedukációt, a betegséghátrányból előnyt kovácsoló folyamatok megtanulását, valamint szakképzett ergoterápiás személyzet jelenlétét is.

Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a közösségi típusú foglalkoztatásnak a védett foglalkoztatás jellemző munkavégzési formájává kell válnia. Azoknál az embereknél, akik mérhető egyéni teljesítményre képesek, ott a munkateljesítmény mérését és a bérezést is ennek alapján kell végezni. Azoknál a súlyosabban károsodott dolgozóknál azonban, akik teljesítménye átmenetileg vagy véglegesen

egyéniileg nem értékelhető, ott nagy segítséget jelent a csoportos munkavégzés és teljesítmény-értékelés.

Az is tanulságul szolgált, hogy mivel a fogyatékossgal élő dolgozók meghatározó csoportja (különösen az értelmi fogyatékossgal élő személyek) nem képes átlátni egy teljes munkafolyamatot, ezért fontos ezek részfeladatra bontása, hogy alaposabban meg lehessen azokat figyelni, be lehessen azokat gyakorolni. Ebben a folyamatban jó, ha a segítő (például a gyógypedagógus) együtt dolgozik a fogyatékossgal élő fiatalokkal, hogy másolhatóvá, követhetővé tegye számukra a munkafázist.

A Nyújtsd segítő kezéd, a Lámpás'92 és a Búzavirág Alapítványnál a munkafolyamatokat ilyen fázisokra bontották, és aki nem volt képes a teljes folyamat elsajátítására, az lehetőséget kapott arra, hogy a megtanult résztevékenységet végezhesse. Egyetlen fontos szempont volt: hogy a munkadarab hibátlan és eladható legyen.

A védett foglalkoztatás tervezésekor nagyon fontos a dolgozói létszám jó meghatározása. Ha túlságosan alacsony a létszám, akkor nehéz a munkafolyamat részekre bontása, ha viszont túl magas a létszám, akkor sérülhet az egyénre való odafigyelés, segítés színvonala. Ez utóbbira jó tapasztalatokkal szolgált az EsErnyő Alapítvány projektje, ahol a viszonylag nagy létszámra tervezett foglalkoztatásnak voltak előnyei és hátrányai is. Előny, hogy sok embernek tudtak magas színvonalú, sok életterületre kiterjedő, komprehenzív rehabilitációs segítséget adni, akik közül sokan el is helyezkedtek. Hátránya volt, hogy a foglalkoztatásban gyakorlatlan személyzetnek időnként átláthatatlan volt a sokféle tevékenység, ez fokozta a konfliktusok kialakulásának esélyét. Nagy megterhelést jelentett a betanítás, a fegyelmezett munkavégzés elvárása és betartatása a nagyon tapasztalatlan résztvevők esetében, mivel nem lehetett mindenütt jelen a kis létszámú személyzet.

Sok esetben nem azért van szükség védett foglalkoztatásra, mert az érintett személy nem képes teljes értékű munkát végezni, hanem mert a megszakítás nélküli, folyamatos munkavégzés sokszor vállalhatatlan számára. Ebben az esetben a védelemnek arra kell irányulnia, hogy szakaszosan építse fel a munkafolyamatokat, hogy váltakozzon a munkaidő és a pihenőidő. Vannak esetek, amikor a pihenőidő aktív eltöltése (például torna, séta beiktatása) szükséges ahhoz, hogy a fogyatékossgal élő emberek testi állóképessége megfelelő szinten maradjon.

2.8. Különbőféle csoportok közös munkavégzése

Az a valódi integráció, amikor fogyatékossgal élő emberek egészséges munkatársakkal dolgoznak együtt, lehetőleg az elsődleges munkaerőpiacon. Ez a modell azonban meglehetősen ritkán valósul meg. A zárt közösségben, egyazon fogyatékossgai típushoz tartozó emberek foglalkoztatásához képest az integráció bizonyos fokát jelentheti, ha különböző fogyatékossgai csoportba tartozó emberek, illetve fogyatékossgal élő és megváltozott munkaképességű (krónikus beteg) emberek dolgoznak együtt. Ezek a munkavállalók kiegészíthetők, segíthetnek egymást, s éppen eltérő károsodásuk miatt más-más fejleszthető, aktivizálható képességeik vannak, amelyek egy munkafolyamatban egymást kiegészítve hasznosíthatóak.

Jellemzően jó tapasztalatok származtak azokból a projektekből, ahol a foglalkoztatást egyes csoportokkal valósították meg. Így például a Búzavirág Alapítvány – a program támogatásával – látáskorlátozott fiatalok és tartósan munkanélküli megváltozott munkaképességű emberek számára teremtett közös munkalehetőséget; a Nyújtsd Segítő Kezed Alapítványnál értelmi fogyatékossgal élő fiatalok dolgoztak együtt krónikusan beteg emberekkel.

A megváltozott munkaképességű és értelmi fogyatékossgal élő munkavállalók dolgozói párokat alkotva végezték munkájukat, ilymódon kiváltható volt a segítő személyzet állandó jelenléte, ami szükséges az értelmi fogyatékossgal élő dolgozók többségénél a munkamozzanatok megismeréséhez, elsajátításához, ugyanakkor a munkavégzésükhöz szükséges folyamatos támogatást, irányítást, ellenőrzést, értékelést megkapták. Az értelmi fogyatékossgal élő dolgozók egyenrangú munkatársnak érezhették magukat, hiszen nem volt felügyelet, „segítői” jelenlét. A megváltozott munkaképességű dolgozóból pedig másról gondoskodni tudó, segítő személy vált.

2.9. A projektvezetők észrevételei a védett foglalkoztatással kapcsolatban

A munkavállalást övező társadalmi „mítosz” – mindenkinek dolgozni kell – valószínűleg nem járható út; az önkéntes munka társadalmi megbecsülése sikerélményt kínálhatna a fizetett munkára nem alkalmas embereknek is.

Súlyosan károsodott emberek rehabilitációjának szándéka esetén hatékonysági vizsgálatokat kell elvégezni, hogy mindenképpen a munka világába kell-e (vissza)vezetni őket, vagy más módon kell életüket könnyebbé tenni. Azaz: a munkatapasztalat szerzése bizonyos embereknél hosszabb távon is „kifizetődő”, másoknál rövidtávon mindenképpen, mivel bizonyos időre esélyt kapnak életük megváltoztatására.

A foglalkoztatás sikere szempontjából is kitüntetett jelentősége van a prevenciónak. Azaz bizonyos életkor, illetve munka nélkül töltött évek után a leggondosabban felépített és kivitelezett rehabilitáció eredményessége is erősen korlátozott. Éppen ezért fontos, hogy a lehető legkorábban kapja meg a tartósan akadályozott személy azt a segítséget, amely munkavállalóvá válását, illetve munkavállalónak maradását lehetővé teszi.

Fontos, hogy a rehabilitáció egyes elemeit is megfelelő ráfordításnak lehessen tekinteni, azaz a társadalomnak ezeket az eredményeket minden tekintetben honorálnia kell, és nem csak az első munkaerőpiacon való elhelyezés az eredmény.

A teljes rehabilitáció teljesüléséhez mindenképpen szükség van arra, hogy a védett munkahely sok funkciót lásson el: munkavégzés, pénzkereset, önkiteljesítés, társas kapcsolatok, fegyelem, figyelem, összehangolt tevékenység másokkal és önmagán belül, időstrukturálás, napi rutin elviselésének megtanulása, felelősség jellemezze.

Minimálbér közelében lévő bérezés esetén kb. 100 000 forint dotációra lenne szüksége egy védett foglalkoztatást megvalósító szervezetnek ahhoz, hogy folyamatosan működni tudjon. Ebben benne vannak a bérek, a bevételek költségei és a rezsiköltségek. A fejlesztéseket továbbra is pályázati pénzekből kellene finanszírozni.

A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásának elősegítése érdekében létre kellene hozni egy orientációs központot, ahol megismerkedhetnek a szakmákkal, a munkavégzéssel magával, és kipróbálhatnák, hogy melyik munkát tudnák jól elvégezni. Meg kellene ismerniük a lehetőségeket, és hogy milyen terheléssel járnak bizonyos munkák.

A foglalkoztatásban igen fontos a fogyatékossgal élő dolgozók folyamatos motiválása. A programban bevált motiváló tényezők voltak:

- a közös eredmények, sikerek
- mások elismerései
- a projektekről megjelent újságcikkek
- a vezetőktől származó elismerése
- sikeres alkotások létrejötte
- megfelelő érdekeltségi rendszer kialakítása.

Jó módszernek bizonyult, ha a résztvevőket a menedzsment bevonta a döntési folyamatokba, megismertették velük az árbevétel és a ráfordítás arányait és együtt tervezték meg a folyamatok javítását. Ez az érintetteket is ráébresztette felelősségükre, és a sikerek így valóban az ő sikereik lettek.

A programban rész vett személyek munkaerő-piaci és jövedelmi helyzete valamint életminősége jelentősen javult. Csökkentek a betegségtünetek, a dolgozók kevesebbet voltak táppénzen; erősödtek az interperszonális kapcsolatok; fejlődtek a kognitív funkciók; fejlődött munkavégző képességük.

A tartósan fogyatékossgal élő emberek munkára szoktatása idején – különösen, ha túl hosszú idő telt el az utolsó munka óta – egy-két hónapi munkavégzés után szükség van néhány nap pihenésre, vagy egy-két nap közbeiktatásával meg kell szakítani a munkavégzést.

Az epilepsziás emberek többsége számára nagyon megterhelő volt a projektben való részvétel. Elsődlegesen azért, mert felelősséget kellett vállalniuk, önálló döntéseket kellett hozniuk (munkamunkatársi kapcsolat; vezetővel való kommunikáció; lojalitás stb. kérdésekben). Ezekhez nem voltak hozzászokva. Feszültségeket okozott bennük az a társadalmi elvárás is, hogy nekik az elsődleges munkaerőpiacon kell elhelyezkedniük. Ugyanakkor a program másfél éve alatt rendkívül sokat fejlődtek önértékelésben, önállóságban, munkavégzésben, szaktudásban. Munkavállalásuk, jövedelmük jelentősen megnövelte anyagi biztonságukat, javította családon belüli helyzetüket.

A gyengénlátó embereknek a maradék látásukhoz, a mozgáskorlátozott embereknek meglévő mozgásképesységükhöz kell igazítani saját munkaterületüket (világítás, segédeszközök, átalakított munkaeszközök stb.) és a közösségi tereket is. Sokszor tanítani kell képességeik használatát (például egy romló szembetegségnél a tapintásra bízni egyes ellenőrzéseket, amit eddig a szemével végzett stb.). A látáskorlátozott embereknek sokat kell beszélni a munkafolyamat egészéről, a kollégákról (sérü-

lésükről, teljesítményükről, még a ruhájukról is, hiszen ezek az információk nagyon szükségesek a beilleszkedéshez mindenki számára, de míg a látók ezeket első pillantásra fel tudják mérni, addig ők ettől a lehetőségtől el vannak zárva).

A halmozott fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásához személyre szabott támogatást kell adni, olyat, ami magában foglal minden olyan segítséget, amely az adott esetben szükséges az eredményes munkavégzéshez, a munkahelyi beilleszkedés segítéséhez. Az ő esetükben hosszabb időtartamú, folyamatos támogatásra van szükség. Ez a támogatás az egész aktív életkort végig kell hogy kísérje, de általában a kezdeti, intenzív betanulás időszaka után csökkenthető.

Halmozott fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatása esetén elengedhetetlen, hogy a foglalkoztató ismerje munkával kapcsolatos előzményeiket, családi hátterüket, baráti kapcsolataikat, szociális helyzetüket, egyéni problémáikat és személyiségüket.

Az értelmi fogyatékossgal élő embereknek inkább a környezetét kell felkészíteni: a velük együtt dolgozóknak kell megérteni, hogy mi várható el tőlük és mikor, mennyit segítsenek, mit nézzenek el és mit ne. Valamennyiüknél kiemelten fontos, hogy megtaláljuk azt a munkafolyamatot, amiben képesek megfelelni, és ami maximális teljesítményt igényel tőlük.

Az értelmi fogyatékossgal élő fiatalok – akik a program védett körülményei között sokat fejlődtek és hasznos munka, sőt egyesek alkotó munka végzésére váltak alkalmassá – nem képesek a nyílt munkaerőpiacon elhelyezkedni, mivel képességeik szintje miatt folyamatosan igénylik a védett körülményeket.

Közepesen súlyos értelmi fogyatékossgal élő emberek ideális munkaideje négy óra, de hatnál több semmi szín alatt nem lehet. Nem tudnak annyit koncentrálni, figyelni.

Komoly probléma az eredmények (teljesítmények) mérésének nehézsége. A fogyatékossgal élő dolgozók esetében a következő értékelési, elemzési területeket javasolják a projekt végrehajtói:

- munkafegyelem
- az önmagához képest mért termelékenység alakulása
- az önmagához mért minőségi termékellátás
- feladattudat, felelősségvállalás
- a projekt végrehajtásában való aktív részvétel fokának változása
- az együttműködési készség alakulása a csoportmunkában.

A program tapasztalata szerint különféle a megrendelők viszonya a védett foglalkoztatókhoz. A kiskereskedők például inkább segíteni akarnak, bár ezért komoly árengedményt szeretnének elérni; a nagyobb cégek nagyon alacsony (sokszor a nyersanyagárnál is alacsonyabb) áron akarják átvenni az itt előállított termékeket. Az egyéni megrendelőket (akikből egyre több van) a segíteni akarás, illetve az motiválja, hogy ezek a szervezetek egyéni igényeket is ki tudnak elégíteni.

Fontos megoldandó probléma a fogyatékossgal élő illetve a rokkant személyek nyugdíjszerű támogatása és a munkavállalás viszonyának szabályozása, hogy ne kelljen csalni és kiskapukat keresni azért, hogy az érintettek megőrizhessék a támogatást, hogy ne legyen bérfeszültség az egészségesek és a fogyatékossgal élő dolgozók között.

A standardok használata különösen fontos lenne az esetekben, amelyek – mint az epilepsziás emberek megjelenése, illetve újrakezelenése a munkaerőpiacon – tervezhető és behatárolható. Azaz, mivel a populációban nagyjából azonos a megbetegedők aránya, és lehet tudni, hogy az eddigiekben ebből a létszámból mennyien jelentek meg mint rokkantsági nyugdíjasok, és mennyi az ellátatlanok aránya; tehát meg lehetne határozni, hogy milyen arányban képesek ideiglenesen elhelyezkedni, illetve továbbképzésekben, átképzésekben részt venni és hozzávetőlegesen meg lehetne becsülni, milyen munkaerő-piaci szolgáltatásokra lenne szükségük ezeknek az embereknek. Az alább áttekinthető algoritmus azt ábrázolja, hogyan lehetne egy standardot kialakítani az epilepsziás emberek várható munkaerő-piaci megjelenésével kapcsolatosan.

- Rehabilitációs törekvések megjelenése a szakmán belül
- Valentin Ház és egyéb szervezetek (alapítvány, egyesület) megalapítása
- Kapcsolatfelvétel a munkaerőpiac szereplőivel
- Képzések a munkaerőpiac szereplőinek és segítő intézményeknek
- A kapcsolatfelvétel következtében kölcsönös informálás új projektekről – az epilepsziás emberek várható megjelenése a munkaerőpiac szegmenseiben
- Közös felkészülés a megváltozott feladatok ellátására, információs bázisok, naprakész jelentések, valamint megfelelő munkahelyek és ezeket segítő projektek létrehozása

- Az ügyfelek közös nyilvántartása, ennek alapján munkavállalásuk nyomon követése, korrekciók, hatásvizsgálatok
- Hatékonyság, költség–haszon.

Ma már az epileptológiában – mint egészségügyi és szociális határterületen – a szakma rendelkezik azokkal az információkkal, amelyek kellő alapot szolgáltat(ná)nak egy átfogó rehabilitációs terv akár több területre is érvényes megfogalmazásához. A munkaügyi szervezetek a munkanélküliséget nem kezelik megfelelő differenciáltsággal, azaz nem támaszkodnak az egyes területek önmagukon belül elért eredményeire, nem tudnak a különféle kezdeményezésekről, mert nincs oda-vissza áramló információ a munkaerő-piaci szervezetek és az egyéb szervezetek között.

3. Javaslatok a védett foglalkoztatás szabályozásának előkészítéséhez

A tartósan akadályozott emberek társadalmi integrációjának legfontosabb színtere a munkaerőpiac. A foglalkoztatás hiánya vagy megléte alapjaiban határozza meg az emberek társadalmi helyzetét és lehetőségeit. Az egészségkárosodás sok esetben nem jelent automatikus csökkenést a munkavégző képességben, s így az érintett személy változtatás nélkül képes korábbi feladatát ellátni. A munkaképességet is érintő károsodás, a születéskor vagy gyermekkorban kialakult fogyatékosság azonban az esetek jelentős részében megakadályozza az egyszerű munkavállalóvá válást. Ilyenkor válik szükségessé a segítő beavatkozás, a foglalkozási rehabilitáció, aminek célja, hogy a megmaradt képességek a lehető legteljesebb mértékben hasznosuljanak, és a tartósan akadályozott személy egyenlő eséllyel vehessen részt a társadalmi folyamatokban. A foglalkozási rehabilitáció legnagyobb eredménye, ha az érintett személy olyan szintre kerül, hogy teljes értékű munka végzésére lesz képes a nyílt munkaerőpiacon. Az esetek nagy részében azonban ez – átmenetileg vagy véglegesen – a leggondosabb rehabilitáció után sem válik lehetővé. Ekkor válik szükségessé (és lehetőséggé) a védett foglalkoztatás.

Azon személyek számára, akik munkavégzési nehézségei csak átmenetiek, a védett foglalkoztatás csak az orvosi rehabilitáció befejezéséig, illetve a fejlesztés időszakára indokolt, s célja az integrált foglalkoztatásra való gyakorlati felkészítés. (Ez lehet konkrét munkafolyamat begyakoroltatása, a versenyfeltételeket szimuláló, alkalmazkodást erősítő foglalkoztatás, vagy a képzést kiegészítő, azzal időben párhuzamosan történő gyakorlati foglalkoztatás).

A védett foglalkoztatás jelentheti a munka megvalósulásának kizárólagos színterét azoknak az embereknek, akiknek betegségük, fogyatékosságuk jellege, vagy megmaradt képességeik alacsony szintű hasznosíthatósága miatt speciális felkészítésre, védett környezetre, személyi támogatásra van szükségük.

A védett munkahelyi foglalkoztatás sokrétű emberi szükséglet kielégítését biztosítja:

- Önmegvalósítás: a munkatársak önmegvalósításának, fejlődésének elősegítése; elősegíti azt, hogy mindenki azzá váljon, amire képes;
- Egyéni szükségletek: eredmények, elismerés; a megfelelő önértékelés, önbecsülés, a mások általi megbecsülés érzete
- Szociális szükségletek: emberekkel való kapcsolat, csoporthoz való tartozás, érdekes, értelmes munka
- Biztonság: állandó munka, biztos jövedelem
- Fiziológiai szükségletek: megfelelő munkakörülmények és munkatevékenység

A védett foglalkoztatás megvalósítása során az alábbi elveket kell érvényesíteni:

- A prevenció elve: a megváltozott munkaképességű személyekkel kapcsolatos módszerek megfelelő kiválasztása előzze meg további állapotromlásukat (depresszió, kóros elhízás, szervenélybetegségek stb.).
- A normalizáció elve: a megváltozott munkaképességű személyek számára olyan életkörülmények váljanak elérhetővé, amelyek számukra megfelelőek és a társadalmi gyakorlat szerint mások számára megszokottak (munka, közösség, biztos jövedelem).
- A rehabilitáció elve: a rehabilitáció a megmaradt képességek legmagasabb szintű hasznosulását szolgálja; a rehabilitáció folyamata alkalmazkodjon az egyén szükségleteihez és igényeihez. Az érintettek legyenek a rájuk vonatkozó rehabilitációs folyamatok aktív résztvevői;

- Az önrendelkezés elve: legyen lehetőségük a képességeik szerinti szabad rendelkezésre életük irányításáról, dönthessenek, vállalják azok következményeit. A rehabilitáció irányáról és folyamatáról is velük egyeztetve és egyetértésben születhessenek döntések.
- Az élethosszig tartó tanulás elve: a fogyatékkal élő emberek is alkalmasak az élethosszig tartó tanulásra, csak több időre, megfelelő és jobban lebontott folyamatokra van szükségük.
- Személyiségük fejlesztésének elve: a sérülés, a munkaképesség megváltozása nem csak egy szerv vagy képesség, hanem olyasmi, ami az egész személyiség torzulását, módosulását idézheti elő. Fontos ezek hatásait csökkenteni, kiküszöbölni.

Magyarországon jelenleg nincs kiépítve a védett foglalkoztatás rendszere. A célszervezetekben és a szociális foglalkoztatókban történő munkavégzés – bár sok elemében hasonlít az Európai Unióban szokásos gyakorlat szerinti védett foglalkoztatáshoz – gazdasági szabályozottságának ellentmondásai, rehabilitációs szerepének tisztázatlansága miatt nem standardizálható. Ugyanakkor a munkaügyi kormányzat – részben az állami támogatások uniós gyakorlathoz való igazítása miatt – megkezdte a tartósan akadályozott emberek különböző foglalkoztatási lehetőségének szabályozási munkálatait. Ezt elősegítendő finanszírozta a most értékelt modellkísérletet, amelynek célja az ilyen típusú foglalkoztatásra leginkább alkalmas nonprofit szervezetek tevékenységének értékelése; a szabályozási munka gyakorlati tapasztalatokkal való megtámogatása volt.

A program legfontosabb tapasztalatai a védett foglalkoztatás standardizálása szempontjából:

- Az utóbbi évek rehabilitációs hiányosságai, az érintett személyek munkavállalói tapasztalatlansága, alacsony szocializációs szintje, elbizonytalanodott személyisége és nem utolsósorban a munkáltatók alacsony fogadókészsége miatt az első időszakban az indokoltnál magasabb igény várható a védett foglalkoztatás iránt.
- Rendkívül fontos a védett foglalkoztatás feltételeinek, céljainak, szakember- és eszközszükségletének standardizálása, mert az erre a tevékenységre vállalkozó szervezetek vezetői és munkatársai – előéletüktől, illetve ellátó tevékenységüktől, a gondozott célcsoport sajátosságaitól függően – igen eltérően gondolkodnak a fogyatékkal élő emberek foglalkoztathatóságáról, integrációs esélyeiről.
- A védett foglalkoztatás megkezdése előtt – a képesség felmérést követően – pontos fejlesztési és foglalkoztatási tervet kell készíteni. Ennek tartalmaznia kell a fejlesztés irányát, lépéseit és módszereit, valamint a foglalkoztatás formáját és körülményeit is. A terveket jóvá kell hagyatni az érintett személyekkel (szükség esetén a szülőkkel is).
- A foglalkoztatásra való felkészítés folyamatában, de magában a foglalkoztatásban is fontos a rugalmasság, hogy az érintettek oda-vissza léphessenek a különböző szintek között. A legfontosabb az ő biztonságuk, s bár mindent el kell követni fejlesztésük, motiválásuk érdekében, mindaddig vissza kell engedni őket egy alacsonyabb szintre, amíg – alkalmazkodási nehézségeik, aktuális egészségi státuszuk, munkahelyi feszültségek miatt – ez számukra fontos.
- A képzés, a fejlesztés, a foglalkoztatásra való felkészítés időtartama a védett foglalkoztatásra alkalmas emberek esetében jelentősen hosszabb, mint a nyílt foglalkoztatásra képes fogyatékkal élő emberek esetében. Az egyén adottságai, képességei és készségei jelentős különbségeket eredményezhetnek a rehabilitáció időtartamában. A szükségesnél rövidebb felkészítés csak átmeneti sikereket hozhat a foglalkoztatásban. Legjobb, ha a fejlesztési terv csak időkorlátokat határoz meg, amiken belül szabad mozgást enged.
- A védett foglalkoztatás során speciális teljesítménymérést kell alkalmazni, aminek lényege, hogy a napi gyakorlatban a dolgozók kiemelkedő teljesítményeit (gyorsaság, precizitás, kreativitás stb.) motiválják és önmagukhoz képest való fejlődésüket mérik.
- A súlyosan károsodott egészségű emberek munkavégzésének minősége, teljesítménye és termelékenysége általában nem stabil. Ez nehezen tervezhető értékesítést eredményez. Fontos szempont tehát, hogy a védett foglalkoztatást megvalósító szervezetnek nem lehet árbevételi kötelezettséget előírni. Természetesen kizárni sem kell ennek lehetőségét, de a pénzügyi tervezésben ez a tétel nem jelenhet meg az alpműködés forrásaként. A realizált árbevételt fejlesztésre, innovációra, magasabb szintű munkáltatói funkciók biztosítására lehet fordítani.

- A mai foglalkoztatók ritkán alkalmazzák a bérekkel való motiválást. A bérek nagysága sokszor teljesen független a teljesítménytől, illetve a szervezet hasznától. A differenciált teljesítményértékelést és bérezést a védett szervezetek rendszerében is alkalmazni kell az elismerés, a motiváció eszközeként.
- Kevés (135%) a jelenleg igénybe vehető dotáció azon szervezetek számára, amelyek valamilyen gazdasági formációban vállalják a tartósan akadályozott emberek védett foglalkoztatását. Ezek a szervezetek a célvállalattá minősítéssel sem tudnák dotációs szintjüket növelni, hiszen nem tudják az elvárt árbevételt teljesíteni. Ezért a legtöbb helyen nem tudják a foglalkoztatáshoz szükséges szakembereket biztosítani. A fogyatékossgal élő emberek bérdotációján felül egy normarendszer szerint meghatározott szakember-létszám bérének biztosítása jelentene garanciát arra, hogy a foglalkoztatókban valóban olyan tevékenység legyen, ami a fogyatékossgal élő dolgozók érdekét szolgálja.

Védett foglalkoztatók átlagos segítőszakember-szükséglete:

- Rehabilitációs szakember, gyógypedagógus: 10 dolgozóra 1 fő
- Szociális munkás (nagyobb létszám esetén): 20 dolgozóra 1 fő
- Orvos: dolgozónként havi 1 óra
- Gyógytornász: dolgozónként havi 2 óra (hasonló problémák esetén csoportos foglalkozás)
- Pszichológus: dolgozónként heti 1 óra
- A munkavégzéshez kapcsolódó személyzet
- A munkaszervezet működtetéséhez szükséges személyzet

A rehabilitációs szakember (ma gyógypedagógus) feladata: sérülésspecifikusan segítsen a dolgozó munkára való felkészítésében, folyamatosan működjön együtt a szakmai vezetővel abban, hogy mindenki számára a legmegfelelőbb munkafolyamatot találják meg; vegyen részt a betanításban stb. Értelmi fogyatékossgal élő dolgozóknál készségfejlesztő tevékenységek folyamatos szervezése.

A szociális munkás feladata: a fogyatékossgal élő dolgozók szigorúan vett munkaköri feladatain túl a közösséget, a szabadidős tevékenységeket szervezze, segítsen a dolgozók életvezetési nehézségeinek megoldásában.

A pszichológus feladata: a betegség, illetve a fogyatékossg feldolgozásának, elfogadásának segítése; a társadalomhoz való kapcsolódási pontok és lehetőségek építése.

A gyógytornász feladata: a testi állapot karbantartása a fogyatékossgal élő személyeknek a mozgáshiány miatt, a megváltozott munkaképességű dolgozók többségének gerincbetegségük miatt, ülőmunkát végzőknek a károsodás megelőzése érdekében.

FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓT TÁMOGATÓ ÁLLAMI DOTÁCIÓK HATÉKONYSÁGVIZSGÁLATA

A tanulmányt az OFA támogatásával készítették:
MTA Regionális Kutatások Központja Dunántúli Tudományos Intézet
Baranya Megyei Munkaügyi Központ Rehabilitációs Csoport

A záró tanulmány szerzői:

Dr. Horváth Gyula főigazgató – MTA RKK (kutatásvezető)
Póla Péter tudományos segédmunkatárs – MTA RKK Dunántúli Tudományos Intézet
Vincze Györgyné csoportvezető – Baranya Megyei Munkaügyi Központ Rehabilitációs Csoport

A kutatásban közreműködtek:

Dombi Péter matematikus, informatikus – MTA RKK Dunántúli Tudományos Intézet
Mezei Cecília tudományos munkatárs – MTA RKK Dunántúli Tudományos Intézet
Szarka József ügyvivő szakértő – MTA RKK Dunántúli Tudományos Intézet
Batáriné Tanics Erzsébet – Baranya Megyei Munkaügyi Központ Rehabilitációs Csoport
Rubaj Anita – a PTE KTK Regionális Politika és Gazdaságtan Doktoriskola hallgatója

TARTALOM

Bevezetés	133
1. RÉSZ: FOGALMI MEGHATÁROZÁSOK	135
1.1. Megváltozott munkaképesség, rokkantság	136
1.2. A foglalkozási rehabilitáció	137
1.3. A 8/1983 EüM-PM együttes rendelet fogalmi rendszere	137
2. RÉSZ: A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBEREK HELYZETE	139
3. RÉSZ: AZ ÁLLAMI DOTÁCIÓ SZABÁLYAI	142
3.1. A dotációt szabályozó rendelet	142
3.2. A foglalkoztatók három típusa	142
3.2.1. Integráltan foglalkoztató gazdálkodószervezetek	143
3.2.2. A szociális foglalkoztató	143
3.2.3. A kijelölt célszervezet	144
3.3. A dotáció	144
3.3.1. A támogatások funkciói	145
3.3.2. A dotációra való jogosultság és a dotáció volumene	145
4. RÉSZ: A SZABÁLYOZÁSSAL KAPCSOLATOS KRITIKAI ÉSZREVÉTELEK	146
4.1. A 8/1983-as együttes rendelet kritikai értékelése	146
4.2. A jogszabály-tervezett módosításával kapcsolatos vélemények	150
5. RÉSZ: A KIJELÖLT CÉLSZERVEZETEK	152
5.1. A célszervezetek vizsgálata a célnak való megfelelés szempontjából	152
5.2. A célszervezetek üzleti helyzete	154
5.3. Fejlesztések a célszervezeteknél	155
5.4. Célszervezetek a Dél-Dunántúlon	156
6. RÉSZ: HELYI GAZDASÁGFEJLESZTÉSI ÉS FOGLALKOZTATÁSPOLITIKA	163
7. RÉSZ: FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ AZ EURÓPAI UNIÓBAN	166
7.1. Foglalkoztatási helyzet az EU-ban	166
7.2. Fogyatékossgal élő személyek és rokkantak foglalkoztatása	167
7.3. Illeszkedés az EU szabályozási környezetéhez	169
7.4. Néhány tagország gyakorlata	171
7.4.1. Egyesült Királyság	171
7.4.2. Németország	172
7.4.3. Ausztria	173
7.4.4. További uniós példák a foglalkozási rehabilitációra	175
7.5. A 2004-ben csatlakozott államok gyakorlata	175
8. RÉSZ: ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLATOK	177
BEFEJEZÉS	182

Bevezetés

Magyarországon a rendszerváltás óta történt változások a munkanélküliség elterjedéséhez vezettek, s ez a megváltozott munkaképességű és a fogyatékossgal élő személyeket különösen érzékenyen érintette. Foglalkoztatási kilátásaik ma is nagyon rosszak. Megszűntek, vagy létszámcsökkentést hajtottak végre azok a vállalatok, amelyek hagyományosan foglalkoztattak egészségkárosodott embereket. A munkanélküliség drasztikus emelkedése miatt sok egészségkárosodott elvesztette munkahelyét, s munkabérét is, amivel eddig kiegyensúlyozta csekély összegű ellátását.

A szocialista rendszer teljes foglalkoztatásra való törekvése elfedte a fogyatékossgal élő emberek elhelyezkedési gondjait, így a foglalkoztatási rehabilitációnak nem alakultak ki hagyományai. A nagyvállalati szervezetek átalakulása, a homogén foglalkozási szerkezetű kis- és középvállalkozások nagy száma a munkahelyi rehabilitáció esélyét rendkívül lecsökkentette, a gazdasági rendszerváltás során megszűnt több mint egymillió munkahely. A munkanélküliség gyors növekedése, a gazdasági verseny a foglalkoztatási rehabilitáció alapjait változtatta meg. A rendszerváltást követően a nagyobb munkáltatók megszűnésének következtében néhány kivételtől eltekintve a gyakorlatban nem beszélhetünk munkáltatónál lefolytatott rehabilitációs eljárásról. Ennek következtében megnőtt azoknak az egészségkárosodott munkanélküli embereknek a száma, akiknél szükséges a beavatkozás a foglalkozási rehabilitáció folyamatába.

A gazdasági átalakulás idejére a megváltozott munkaképességű személyek munkavállalói pozícióikban erőtlének, a szükséges alkalmazkodásra képtelenek voltak. Integrációjukat segítő intézmények hiányában – passzivitásra szocializálva – teljesen védtelenek voltak a munkaerőpiac változásaival szemben. Egyetlen megoldásként az ellátásra való jogosultság megszerzése kínálkozott. Mint azt korábbi kutatásunk is igazolta, a munkanélküliség és a rokkantsági kérelmek alakulása teljes szinkronban van. Biztosan csak annyi állapítható meg, hogy a munkanélküliség jóval magasabb arányú lenne, ha a rokkanttá nyilvánítás nem öltött volna tömeges méreteket. Mindez megmagyarázza azt a nagymértékű növekedést, ami a rokkantsági nyugdíjasok és szociális ellátottak számában mutatkozik.

Kínálat-túlsúlyos munkaerőpiacon a foglalkoztatási lehetőségek beszűkülése mellett a megváltozott munkaképességű személyek sokkal inkább az csekély összegű, de biztos ellátás igénybevitelében érdekeltek, mint a kétséges kimenetelű rehabilitáció vállalásában, különösen a viszonylag alacsony munkabérek mellett. Információik hiányosak, számos nehézséggel kell megküzdeniük azért, hogy maradéktalanul érvényesíthessék képességeiket a munkaerőpiacon.

A megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő emberek munkavégző képessége különféle, így lehetőségeik is igen eltérőek. Az életkor, a lakóhely, az egészségi állapot, a családi helyzet, az iskolai végzettség tekintetében meglévő jelentős különbségek mellett fontos különbség az is, hogy egyes károsodásoknak látható jelei vannak, míg másoknak nincsenek. A megváltozott munkaképességű és a fogyatékossgal élő emberek a munkaerőpiacon általában hátrányban vannak koruk és képzettségük tekintetében, s sokszor számukra nem megfelelő munkahelyen dolgoznak. Mindezt súlyosbítja a képzés és a szakmai felkészültség hiánya. Vannak köztük olyanok, akik nem tudnak megfelelni az elsődleges munkaerőpiac követelményeinek. Az ő esetükben az alacsony termelékenység kompenzálására mindenképpen szükséges az állam segítő támogatása. Mivel a megváltozott munkaképességű személyek egyes csoportjainak lehetőségei igen eltérőek, ezért a segítség is differenciált kell hogy legyen.

A vállalkozások a terhelhető, jól képzett munkaerőt keresik, így a hagyományokkal nem rendelkező foglalkozási rehabilitáció áll az egyik, a megváltozott munkaképességű emberek kiszorítása a munkaerőpiacról a másik oldalon, miközben a társadalomra háruló eltartási terhek egyre nehezebben viselhetők.

A megváltozott munkaképességű emberek munkanélküliségének kezelése az alábbiak miatt nem tűnik hatékonynak:

- Az önkormányzatok szociális kiadásai dinamikus növekednek,
- az alacsonyan kvalifikált munkaerő költsége emelkedik,
- a foglalkoztatáspolitikai kiadások többségét még mindig a munkanélküli emberek kártalanítására fordítják,
- a definíciónk szerinti foglalkozási rehabilitáció színvonala gyenge, eredményei alig mutatkoznak.

Ebben az igen nehéz helyzetben kezdődött a foglalkozási rehabilitáció eszköz- és intézményrendszerének kialakítása, aminek részleteit egy, az OFA által támogatott 2003-as kutatás tárja fel. (A foglalkozási rehabilitáció helyzetének felmérése és lehetséges fejlesztési irányai a Dél-Dunántúlon. MTA RKK, FACT Társadalomtudományi Kutatóintézet, BMMK Rehabilitációs Csoport. Pécs, 2003)

Aktuális kutatásunk során azt a hipotézisünket kívánjuk igazolni, miszerint a foglalkozási rehabilitációt támogató állami szubvenciók nem megfelelő hatékonysággal működnek, sőt bizonyos értelemben nem is a foglalkozási rehabilitációt támogatják. A foglalkozási rehabilitáció elméleti és gyakorlati problémáinak ismertetésén túl arra keresünk választ, hogy milyen feltételek, jogszabályi háttér esetén javulhat a támogatási rendszer hatékonysága, milyen szabályozók segíthetik a célokhoz való jobb igazodást, végső soron e komplex problémakör hatékonyabb társadalmi, gazdasági kezelését.

Az egészségkárosodás nem csupán orvosi, hanem társadalmi és gazdasági ügy is. A foglalkozási rehabilitáció témaköre komplex, így a hatékony szabályozás megteremtése is komplex szemléletet igényel.

Tanulmányunk egyértelmű állásfoglalása, hogy a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási rehabilitációját szolgáló érdekeltségi és támogatási rendszert annak hatékonyságának növelése érdekében is korszerűsíteni kell.

FOGALMI MEGHATÁROZÁSOK

A megváltozott munkaképességről nincs pontos definíció. Ennek hiányában nem áll rendelkezésünkre olyan számbavétel, nyilvántartás, kutatási eljárás, amelynek segítségével mindenki által elfogadott módon meg tudnánk állapítani, hányan is tartoznak a megváltozott munkaképességűek (a rokkant, a fogyatékos-sággal élő személyek) közé Magyarországon¹.

Egyes szakemberek azt is felvetik, hogy a megváltozott munkaképesség fogalma a foglalkoztathatóság szempontjából nem fejezi ki, hogy születéstől áll fenn az állapot, vagy szerzett fogyatékos-ságról, illetve egészségkárosodásról van-e szó (mindkettő esetében használható). Az egészségkárosodottaknak csak egy része sorolható a megváltozott munkaképességűek körébe. Vannak olyan, orvosi szempontból enyhébb esetek (például a sebész elveszíti egy vagy két ujját, vagy a festő allergiás lesz a vegyszerre), amelyek azonban súlyos munkaképesség-változáshoz, a tanult szakma, az addig gyakorolt foglalkozás elvesztéséhez vezetnek, és lehetnek orvosilag súlyosabb egészségkárosodások is, amelyek a foglalkoztatás lehetőségét kevésbé vagy egyáltalán nem korlátozzák (például cukorbetegségben szenvedő szellemi munkát végző személynél).

E tanulmánynak azonban nem a rokkantsággal kapcsolatos definíciók összegyűjtése, elemzése és értékelése a célja. E témakörben kiváló munkák születtek magyar nyelven is², így magunk is a meglévő definíciókat alkalmazzuk tanulmányunk elkészítése során.

¹ A KSH az 1990. évi népszámlálás 20 százalékos reprezentatív mintáján például külön is vizsgálta a fogyatékos-sággal élő személyek életmódját és életkörülményeit, mégis megmaradtak a kételyek abban az alapvető kérdésben, hogy hányan tartoznak Magyarországon a fogyatékos-sággal élő személyek közé. A népszámlálási adatok szerint fogyatékos-sának számít a magyar népesség 3,5 százaléka, vagyis mintegy 368 ezer személy. Ehhez azonban mindjárt hozzá kell tenni azt is, hogy ténylegesen ez a szám még a KSH becslései szerint is magasabb lehet, mivel nemcsak a társadalombiztosítás által nyilvántartott rokkantnyugdíjasok száma, hanem a KSH havi rendszerességgel végzett ELAR-felvételeinek vonatkozó részei is jóval magasabb, 400 és 500 ezer közötti létszámra utalnak. De még akkor is elmondhatjuk, ha a népszámláláskor rögzített és kontrollként szóba jöhető felvételek szerint túl alacsony számból indulunk ki: a fogyatékos-sággal élő személyek száma több mint Pécs és Szeged lakossága együtt.

A fogyatékos-sággal élő személyeknek azonban mindössze 27 százaléka rokkantsági nyugdíjas, ami felhívja a figyelmet arra, hogy mennyire nem mosható egybe a két kategória. Érdekes megállapítása továbbá a népszámlálási elemzésnek, hogy a rokkantsági nyugdíjasoknak csak 25 százaléka volt fogyatékos-sággal élő személy. Ezt részben magyarázza az, hogy sokan tartós betegségük miatt lettek rokkantnyugdíjasok, másrészt ez rávilágít arra is, hogy a rokkantsági nyugdíj a munkaerőpiac átalakulásának idején gyakran sajátos szociálpolitikai eszközként működik.

² A fogyatékos-ság, a rokkantság és a rehabilitáció kérdéseinek elismert hazai művelője Könczei György. (A nem orvosi rehabilitáció elméletéhez. A rehabilitáció néhány sarkkérdése Magyarországon [1968–1986] Szövetkezeti Kutatóintézet, Budapest, 1987; A foglalkozási rehabilitáció gyökeres reformjának szükségességéről. In: Szociálpolitikai értesítő, 1987. 2.; A rehabilitáció rehabilitációjáért (Fogyatékos emberek a munkaerőpiacon). In: Szociálpolitikai értesítő, 1990.3.) Tardos Katalin kandidátusi értekezésében foglalkozott a munkások munkakörülményeinek és egészségi állapotának összefüggéseivel, s ennek kapcsán érintette a foglalkozási rehabilitációt. (Feláldozott egészség [Munkások, munkakörülmények, betegségek]. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1993; Csökkent munkaképességűek a belső munkaerőpiacon [A foglalkozási rehabilitáció vállalati gyakorlata]. In: Szociálpolitikai értesítő, 1990.3.) E témában gyakran publikálnak még: Gere Ilona (Az egészségkárosodás társadalmi hatásai. In: Szociálpolitikai értesítő, 1987. 2.), Major Mária (Rokkantság – rehabilitáció. In: Szociálpolitikai értesítő, 1987. 2.), Novák Mária (Munka – munkahely – rokkantság. In: Szociálpolitikai értesítő, 1990.3.) A probléma társadalmi összefüggéseire az elsők között hívta fel a figyelmet Szalai Júlia (Korai kivonulás a munkahelyről. In: Szociálpolitikai értesítő, 1990.3.)

1.1. Megváltozott munkaképesség, rokkantság

A megváltozott munkaképesség a leegyszerűbb (pontosabban: leegyszerűsített) meghatározás szerint: az egyén alkalmatlan egy bizonyos munkakör ellátására (a bizonyos munkakört pedig az jelenti, amit z illető a rokkantossítás idején éppen betölt). A gyakorlatban feltehetőleg ez a leegyszerűsített, könnyen operacionalizálható definíció működött, és működik ma is³.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) rokkantságdefiníciója⁴ komplexebb: a rokkantság egy folyamat „végállapotaként” jelenik meg, és azt sokkal inkább szociális jelenségként, mint pusztán testi károsodásként⁵ határozzák meg:

- Károsodás: bármiféle pszichológiai, testi vagy anatómiai strukturális vagy funkcionális hiányosság, eltérés a szokásostól (például végtag elvesztése, a mentális működés zavara stb.). A károsodás nem szükségképpen jelzi azt, hogy betegség áll fenn, sem azt, hogy az egyén általában betegnek tekinthető.
- Korlátozottság: valamely tevékenység teljesítésére való képességnek bármiféle (a károsodásból eredő) csökkenése vagy hiánya a szokásosnak tekintett emberi létezés módjában vagy tartományában.
- Rokkantság: az egyén olyan hátránya, amely a károsodásból vagy a korlátozottságból ered, és amely leszűkíti vagy meggátolja a szokásos szerep (kortól, nemtől, szociális vagy kulturális tényezőktől függő) teljesítését. A megváltozott munkaképesség tehát: fogyatékoság valamint olyan tartós egészségkárosodás, ami csökkenti az érintett munkavállalási, illetve munkahely-megtartási esélyét, (függetlenül attól, hogy az állapot születéstől áll-e fenn vagy szerzett, rokkantságot eredményez-e, vagy sem).

A rokkantság szociális jelenség, a károsodás vagy a korlátozottság rokkantságba fordulása számos szociális, pszichológiai és gazdasági faktortól függ.

Az ILO meghatározása szerint egészségkárosodott az a személy, aki megfelelően igazolt testi vagy szellemi fogyatékosága miatt korlátozott lehetőséggel rendelkezik ahhoz, hogy megfelelő munkát szerezzen, a munkát megtartsa, vagy hivatali előmenetelt érjen el.

Az ENSZ az akadályoztatottság fogalomrendszerén belül kapcsolja össze nemzetközi szervezeteinek téziseit, amikor azt mondja: „Az akadályoztatottság a megváltozott munkaképességű személyek és környezetük kapcsolatának funkciója. Akkor lép fel, amikor olyan kulturális, környezeti vagy szociális korlátokkal kerülnek szembe, amelyek korlátozzák a más polgárok számára hozzáférhető, különféle társadalmi intézményekkel való kapcsolattartást. Ennek értelmében az akadályoztatottság a társadalmi életben való részvétel lehetőségeinek elvesztése, vagy korlátozottsága. Az akadályoztatottság kifejezés lényege az, hogy egy olyan személy, aki ugyanolyan tulajdonságokkal rendelkezik, mint bárki más (vagy aki ilyennek tartja magát), élete során bizonyos akadályokba vagy korlátokba ütközik.”

A rokkantossítás és a foglalkozási rehabilitáció területén célszerű lenne hangsúlyossá tenni a két fogalom közötti különbséget azáltal, hogy a rehabilitáció a megmaradt munkaképességre koncentráljon, a rokkantság pedig az elvesztett munkaképességre vonatkozzon. A foglalkozási rehabilitáció lényege éppen az, hogy a megmaradt munkavégző képességre épít. Nagy előrelépést jelentene tehát, ha az OOSZI a megmaradt munkaképességet tárná fel, ezekről pedig részletes és konkrét leírást adna, olyat, amivel a munkaerő-közvetítés során lehet kezdeni. A jelenlegi gyakorlatban az ellátásra való

² A munkahelyek tömeges felszámolása miatt indított rokkantossítási eljárások során senki nem vizsgálta, hogy más munkakör betöltésére alkalmas-e az egyén, amikor más munkakör egyáltalán nem volt, pontosabban semmilyen munkakör nem létezett az adott munkahelyen. A meglévő munkakör ezekben az esetekben csak egyfajta „alibiként” szolgált, amelyet „az egészségi állapota alkalmatlansága miatt” kellett elhagyni, mielőtt az megszűnt volna.

Figyelem: e tanulmány megírásának idejére a WHO-definíció megváltozott. Helyes, ha ezt is ismerik, de tanulmányaik során megismerkednek majd, az aktuális, és a fogyatékosággal élő ember élethelyzetéhez sokkal közelebb, immár nem a medikális modellnek, hanem a szociális modellnek megfelelő WHO-értelmezéssel is. (A sorozatszerkesztő megjegyzése.)

⁴ Figyelem: e tanulmány megírásának idejére a WHO-definíció megváltozott. Helyes, ha ezt is ismerik, de tanulmányaik során megismerkednek majd, az aktuális, és a fogyatékosággal élő ember élethelyzetéhez sokkal közelebb, immár nem a medikális modellnek, hanem a szociális modellnek megfelelő WHO-értelmezéssel is. (A sorozatszerkesztő megjegyzése.)

⁵ A WHO 1983-ban a rokkantak évtizede kapcsán végzett nemzetközi kutatás során tárta fel, hogy a társadalom megközelítőleg 10 százalék él valamilyen egészségkárosodással.

jogosultság megállapításánál a tartós munkavégzőképesség-csökkenés megítélése nem terjed ki a foglalkozási ágakra, és várható időtartamának megítélése sem kap kellő hangsúlyt.

Ennek legfőbb következménye, hogy a munkaképesség-csökkenés ellátási jogosultságot eldöntő mértéke nem kapcsolódik össze a biztosított személy alapvető kockázatával, jövedelme vélhető és tényleges csökkenésével. Nem alakul ki a biztosító és a biztosított kölcsönös érdeke a munkaképesség későbbi – lehetőség szerinti – visszanyerésében és a rehabilitáció mind teljesebb megvalósításában.

1.2. A foglalkozási rehabilitáció

Rehabilitáció alatt a WHO meghatározásával összhangban azt az eljárást tekintjük, amely a fogyatékossgal élő személyek, egészségkárosodottak képességeinek az elérhető legmagasabb fokra történő helyreállítására irányul testi, szellemi, szociális és foglalkoztatási vonatkozásokban egyaránt. A rehabilitáció három szakaszra, orvosi, foglalkozási és szociális rehabilitációra osztható.

Foglalkozási rehabilitációnak azt az eljárást tekintjük, amely a megváltozott munkaképességűek képességeivel elérhető legmagasabb szintű foglalkoztatás biztosítására irányul, illetve feladata alapvetően a rokkanttá válás megelőzése, a társadalmi esélyegyenlőség megalapozása.

Fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy rehabilitációnak a WHO meghatározásával összhangban azt az eljárást tekintjük, amely a fogyatékossgal élő személyek, az egészségkárosodottak képességeinek az elérhető legmagasabb fokra történő helyreállítására irányul testi, szellemi, szociális és foglalkoztatási vonatkozásokban egyaránt.

Alapvető probléma, hogy a témával kapcsolatos valamennyi fogalom (egészségkárosodás, rokkantság, fogyatékos), azok pejoratív tartalma miatt is hátrányként jelenik meg a foglalkoztatás világában.

1.3. A 8/1983. EüM—PM együttes rendelet fogalmi rendszere

A megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról szóló 8/1983. (VI. 29.) EüM—PM együttes rendelet (a továbbiakban: együttes rendelet) a következőképpen rendelkezik a célszervezetekre vonatkozó állami dotáció szabályairól:

Foglalkoztatásnak az együttes rendelet értelmében az minősül, ha az alábbi feltételek teljesülnek:

- munkaszerződés szerint a napi munkaidő eléri a négy órát, vagy
- bedolgozói jogviszony keretében dolgozik valaki, és
- teljes értékű munka végzésére képtelen (megváltozott a munkaképessége), és
- a munkaköri alkalmassági vizsgálat alkalmasnak minősítette.

A rendelet alapján megváltozott munkaképességű az a személy, aki

- vak illetve gyengénlátó és azt
 - a Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége által adott igazolvány, vagy
 - a személyi járadék folyósítására kiadott igazolás tanúsítja, illetve
 - szemész szakorvos által kiadott bizonyítvány szerint a látás fogyatékossga 67%-os, vagy azt meghaladó.

A dotáció⁶ mértéke az átlagbér 320%-a.

- Súlyos értelmi fogyatékossgára tekintettel az illető (a 15/1990 (IV. 23. SZEM-rendelt alapján a személyi jövedelemadó alapját csökkentő kedvezményre jogosult) a területileg illetékes ideggondozó intézet szak- főorvosának igazolása szerint az intelligenciahányadosa nem éri el a 70-et.

A dotáció mértéke az átlagbér 225%-a.

- Siket vagy súlyos nagyothalló az illető, ha a halláskárosodása az audiológiai szakvélemény szerint a 60 decibel hallásküszöb-értéket eléri, vagy meghaladja.

A dotáció mértéke az átlagbér 225%-a.

⁶ A dotáció mértéke csak a célszervezetek esetén haladhatja meg a 135%-ot, ezzel, és az ezzel kapcsolatos problémákkal a tanulmány később részletesen foglalkozik.

- Súlyos mozgáskorlátozott az illető (a 164/1995. (XII. 27.) kormányrendelet alapján), aki jogszabály által tételesen felsorolt mozgásszervi betegsége következtében tömegközlekedési eszközt önerőből nem képes igénybe venni, de életvitelszerűen nem ágyhoz kötött, és a jogszabályban tételesen felsoroltak szerint a járás, a terhelhetőség, valamint tömegközlekedési jármű használata alapján közlekedőképességének minősítése során szempontjainak száma hét vagy annál több.
A dotáció mértéke az átlagbér 225%-a.

- Az OOSZI szakvéleménye szerint általános egészségromlásból eredően 67–100%-os munkaképesség-csökkenése van (I–III. csoport szerint rokkant, és nem feltétel, hogy ellátást kapjon.) Nem minősül súlyos fogyatékossgal élőknek és a rehabilitációs intézkedést elfogadta.
A dotáció mértéke az átlagbér 150%-a.

- Az OOSZI szakvéleménye szerint általános egészségromlásból eredően 40%–66%-os mértékben megváltozott munkaképességű (és nem minősül sem súlyos fogyatékossgal élő sem rokkant személynek) és a rehabilitációs intézkedést elfogadta.
A dotáció mértéke az átlagbér 135%-a.

- Halmozott fogyatékossgal élő dolgozónak az minősül, akia következő fogyatékossgok közül legalább kettővel él: vakság, értelmi fogyatékossg, siketség és mozgáskorlátozottság. Ilyen esetben a dotáció mértéke az átlagbér 320%-a.

A telephelyi dotáció

Az együttes rendelet értelmében a fentiekén túl telephelyi dotáció (mértéke: a dotáció vetítési alapjának 40%-a) igénybevételére is jogosult a célszervezet, ha az alábbi feltételek teljesülnek:

- 1) a dolgozó munkahelye a központi telephellyel nem azonos közigazgatási egységben, attól közúton legalább 25 km távolságra lévő telephelyen van,
- 2) a telephelyen foglalkoztatott dolgozók éves átlagos statisztikai állományi létszáma legalább 10 fő, és a megváltozott munkaképességű dolgozóknak átlagos statisztikai állományi létszámhoz viszonyított aránya eléri a 60%-ot.

A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBEREK HELYZETE

Tavalyi kutatásunk során részletesen elemeztük a Dél-Dunántúl társadalmi-gazdasági helyzetét és a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával kapcsolatos adatokat. Ebben a tanulmányban ettől eltekintünk, illetve csupán néhány fontosabb és újabb adatot mutatunk be.⁷

FONTOSABB FOGLALKOZTATÁSI ADATOK MAGYARORSZÁG RÉGIÓIBAN (2003)

Régiók	Foglalkoztatási ráta	Munkanélküliségi ráta	A munkanélküliek száma (ezer fő)
Közép-Magyarország	55,1	4,0	50,7
Közép-Dunántúl	55,3	4,6	22,9
Nyugat-Dunántúl	55,1	4,6	20,5
Dél-Dunántúl	47,2	7,9	30,8
Észak-Magyarország	45,0	9,7	47,0
Észak-Alföld	45,9	6,8	38,7
Dél-Alföld	47,0	6,5	33,9
Magyarország	50,6	5,9	244,5

Forrás: KSH évkönyv, 2003

A 2001. évi népszámlálás adatai szerint 577 ezer fogyatékossgal élő ember él Magyarországon.⁸ A nemzetközi statisztikák átlagosan 10%-ra becsülik adott népességen belül a tartósan károsodott egészségű emberek arányát. A KSH 2002-ben készült vizsgálata⁹ szerint 656 ezernyi¹⁰ a megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő munkavállalási korú személyek. Ebből a munkaerőpiacon mintegy 15%, 95 ezer ember jelenik meg s mindössze 86 ezer fő, az érintettek 13%-a foglalkoztatott. Bár az utóbbi években történt előrelépés ezügyben, érdemi eredmények nem születtek.

Gazdasági aktivitás tekintetében a fogyatékossgal élő és a nem fogyatékos emberek között már az előző népszámláláskor, 1990-ben is jelentős különbséget tapasztalhattunk, s ez 2001-re sem változott; a fogyatékossgal élő embereknek mindössze 9%-a dolgozott. (Az Európai Unió tagállamaiban a fogyatékossgal élő emberek átlagosan 40-50%-a – a súlyosan fogyatékossgal élők 30-40%-a – foglalkoztatott).¹¹ Nagyon kedvezőtlen, hogy a fogyatékossgal élő nem foglalkoztatott embereknek mindössze

⁷ A foglalkozási rehabilitáció helyzete és lehetséges fejlesztési irányai a Dél-Dunántúlon. MTA RKK, Fact Intézet Pécs, 2003.

⁸ A 2001. évi népszámlálás a fogyatékossgal fogalmát az ENSZ 2000. évi ajánlása szerint határozta meg. Ennek értelmében azt a személyt tekintette fogyatékossgal élőnek, akinek olyan végleges, az egész további életére kiható testi vagy értelmi, illetve érzékszervi fogyatékossga van, amely gátolja őt a szokásos, a megszokott, a hagyományosan elvárható életvitel gyakorlásában.

⁹ A KSH-nak a lakosság gazdasági aktivitására vonatkozó 2002. II. negyedévi felmérése.

¹⁰ A tartós egészségromlással és fogyatékossgal élők száma a KSH 2002-es felmérése szerint 748 174 fő, ezen belül a hazai nyugdíjazási szabályok figyelembe vételével a munkavállalási korú személyek száma 656 ezer.

¹¹ Forrás: Európai Közösségi háztartáspanel-felmérés.

4%-a keres munkát.¹² Az inaktívak aránya (57,5%-ról 76,7%-ra) nőtt jelezve, hogy igen sokan az ellátotti státuszt választották a munkanélküliség helyett. Ennek következtében 2003. január 1-jén közel 500 ezer aktív korú személy részesült rokkantsági nyugdíjban, és 200 ezren kaptak járadékot.¹³

Munkanélküliként 2003-ban 42 706 megváltozott munkaképességű személyt tartottak nyilván. Mintegy harmaduk (34%) talált munkát; 80%-uk közvetítéssel. Az elhelyezkedettek 55%-ának foglalkoztatásához adott támogatást a munkaügyi szervezet. Legtöbbször továbbra is közhasznú foglalkoztatásba kerültek, illetve Rehabilitációs foglalkoztatást bővítő bértámogatással fogadta őket a munkáltató.

A megváltozott munkaképességű dolgozók jelentős részét a célszervezeteknél foglalkoztatják, 2002. decemberi adatok szerint a célszervezeteknél foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek összes létszáma: 31 159 volt.

A megváltozott munkaképességű munkavállalók először csak a munka világából szorulnak ki, azonban ha ez tartós, akkor később a társadalmi közösségekből is kiszorulhatnak. A munkaerőpiacra való bekerülést, illetve a tartós munkát több körülmény befolyásolja, illetve akadályozza, mégpedig alapvetően az alábbiak:

- Mindenekelőtt értelemszerűen az általánosan alacsony foglalkoztatási szint. Amíg 2003-ban az EU foglalkoztatási rátája 64,3% volt, addig Magyarország csupán 57,3%. Ezt az önmagában is jelentős eltérést tovább élezi az igen jelentős regionális különbségek: Amíg Közép-Magyarország eléri az EU-átlagot (64,3%), addig Észak-Magyarországon csak 51,2%, s a tanulmányunk empirikus bázisát adó régióban, a Dél-Dunántúlon is csupán 53,7% a foglalkoztatási ráta.
- A megváltozott munkaképességű emberek többségének iskolai végzettsége alacsony. Míg a fogyatékos emberek 70%-a maximum 8 általános osztályt végzett el, addig a nem fogyatékossgal élő személyek esetében ez az arány 50%-os. Felsőfokú végzettséggel a fogyatékossgal élő emberek 5%-a, míg a nem fogyatékossgal élő személyek 12%-a rendelkezik.¹⁴ Magyarországon a megváltozott munkaképességű regisztrált személyeknek mindössze 4,5%-a volt alanya valamilyen képzésnek. A fogyatékossgal élő aktív korú emberek munkavállalási esélyei ezért is lényegesen rosszabbak az átlagosnál.
- Rugalmatlan munkaerőpiac. Megjegyezzük, hogy rugalmas munkaerőpiac nem képzelhető el rugalmas emberek nélkül, emögött viszont bizalmi kérdések is meghúzódnak. Bízni kell az ügyfélben, abban, hogy megvannak azok a képességei, amelyek szükségesek és elégségesek a jó munkavégzéshez. Az egyénnek pedig abban kell bíznia, hogy az intézményrendszer kész és képes is hozzájárulni a beilleszkedéshez. Sajnos az integrált munkavégzés a jelenlegi, konfliktusokkal és előítéletekkel terhelt világban nagyon nehéz feladat, nagyon nehezen küzdhetők le egyik oldalon az előítéletek, a másik oldalon a félelmek.

„Akik ebben a rendszerben ennek ellenére is eljutottak valahova, sikereket értek el, azok tudnak sorstársaiknak legtöbbet segíteni. Azoknak kell meggyőzni a többieket, hogy érdemes, hinni, érdemes erőfeszítéseket tenni, mert vannak sikertörténetek is.”

A gazdaság lassulása következtében nőtt a juttatások iránti igény. Kevés a munkaalkalom, az egészségkárosodott emberek számára különösen beszűkült a munkaerőpiac, ezért ebből a szempontból a célszervezetek jelentősége felerősödött. A gazdasági változások miatt (nagyobb hangsúly helyeződik a szellemi képességekre, a magasabb iskolázottságra, a szaktudásra, a maximális alkalmazkodó képességre) a fogyatékossgal élő emberek az elsők, akik kikerülnek a munkaerőpiacról, és az utolsók, akik visszatérnek oda.

¹² Ezek az adatok nem csak a munkaképes korú, hanem a teljes népességre, azaz a fogyatékossgal élő személyek körében igen népes idős korosztályokra is vonatkoznak.

¹³ Forrás: Országos Nyugdíjfolyósító Igazgatóság 2003. évi statisztikai évkönyv

¹⁴ Forrás: Gere Ilona: A tartósan akadályozott személyek in: Laky Teréz: Magyarországi munkaerőpiac 2004. OFA, Budapest 2004.

**MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ ÉS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK
A DÉL-DUNÁNTÚL MUNKAERŐPIACÁN (2001)**

Dél-Dunántúl megyei valamint regionális és országos összes	A megváltozott munkaképességű személyek száma	Közülük a foglalkoztatott személyek száma	Munka- nélküliek (fő)	Öregségi nyugdíjasok (fő)	Rokkant- nyugdíjasok (fő)	Eltartottak (fő)
Baranya	24 863	2 433	576	8 709	8 345	3 181
Somogy	18 576	1 339	361	6 585	6 672	2 441
Tolna	17 450	1 402	301	6 101	6 227	2 271
Dél-Dunántúl	60 889	5 174	1 238	21 395	21 244	7 893
Magyarország	577 006	51 806	11 706	207 118	196 791	70 679

Forrás: KSH népszámlálás 2001. 12. kötet: A fogyatékos emberek helyzete

**AZ ELHELYEZKEDÉSÉRT FOLYAMODÓ ÉS AZ ELHELYEZKEDETT
MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBEREK SZÁMA ÉS ARÁNYA A DÉL-DUNÁNTÚLON
(2002)**

Az elhelyezkedni kívánók száma (ezer fő)	131,0
ebből: a megváltozott munkaképességű emberek száma (ezer fő)	5,5
aránya (%)	4,2%
Az elhelyezettek száma (ezer fő)	28,3
ebből: a megváltozott munkaképességű emberek száma (ezer fő)	1,4
aránya (%)	4,9%

Forrás: munkaügyi központok

AZ ÁLLAMI DOTÁCIÓ SZABÁLYAI

3.1. A dotációt szabályozó rendelet

A többszöri módosítások ellenére ez a több mint húsz éve érvényben lévő rendelet nem rugalmas, nem igazodik a piacgazdaság megváltozott körülményeihez. 2003-as kutatásunk során valamennyi érintett elavultnak tartotta a 8/1983-as rendeletet, amelynek életbe lépésekor a munkanélküliség fogalma mint olyan nem is létezett. Az akkori gyakorlatnak megfelelően a rendeletben leírtak alapján természetes volt, hogy munkaviszony fennállása esetén a munkáltató folytatta le a rehabilitációs eljárást.

A rendelet előírja, hogy megfelelő munkakör biztosításával, szükség esetén betanítás vagy szakképzés segítségével a megváltozott munkaképességű dolgozó foglalkoztatásának biztosítása annak a munkáltatónak a feladata, ahol a dolgozó a megváltozott munkaképességének megállapítása idején munkaviszonyban, vagy munkaviszony jellegű foglalkoztatásban áll. Ennek ellenére az utóbbi évek gyakorlata azt mutatja, hogy a munkáltató áthárítja e feladatot a munkaviszony megszüntetése után a munkaügyi központra, illetve az önkormányzatoknál működő rehabilitációs bizottságokra. Ezáltal a folyamat (munkanélküli ellátás, rehabilitációs eljárás) elhúzódása miatt egyre kisebb az esélye az elsődleges munkaerőpiacra való visszajutásnak.

A jelenlegi gyakorlatban az is gyakran előforduló probléma, hogy a munkaviszony megszűnését követően történik az egészségromlás. Az együttes rendelet 19. §-ának (1) pontja értelmében a munkaképesség-csökkenés megállapítása ellenére sem kaphat ellátást az ilyen helyzetbe jutó személy.

Ebből is kitűnik, hogy a rendelet és a gyakorlat eltávolodott egymástól. A megváltozott munkaképességű illetve a fogyatékossgal élő emberek visszaszorulnak a másodlagos munkaerőpiacra, a célszervezetek, illetve a szociális foglalkoztatók keretei közé.

„A rendszer nem ma, nem tegnap, hanem már nagyon régen megérett a teljes újrarendezésre, hiába toldozzák-foldozzák majd’ minden évben, a diszfunkcionális elemeket nem sikerült kiszorítani. (...) nem lehet ezen további módosításokkal jelentősen javítani. Ki kell dobni és egy teljesen újat alkotni.”

A jogszabály teljes megújításának indokai:

- a támogatások alacsony hatásfoka,
- a támogatás felhasználásának ellenőrzésével kapcsolatos problémák,
- a rehabilitációs tevékenység alacsony színvonala,
- az uniós szabályozásokhoz, alapelvekhez való alkalmazkodás szükségessége.

3.2. A foglalkoztatók három típusa

Az 1998. évi XXVI., a fogyatékossgal élő személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény elvei fontosak és irányadóak: a fogyatékossgal élő személyek integrált, ennek hiányában védett foglalkoztatásra jogosultak. A fogyatékossgal élő személy számára „...speciális munkahelyek működtetésével a munkához való jogát biztosítani kell” (1998. évi XXVI. tv.) Bár az utóbbi években történt előrelépés ezügyben, érdemi eredmények nem születtek. Az egyik legfőbb akadály, hogy az eszközök nem épülnek egymásra, hiányzik a rendszerből a komplexitás. Gondot okoz az is, hogy nincs megfelelő jogi megkülönböztetés a védett munkahelyen és a szokásos munkahelyen történő foglalkoztatás között.

A dotáció költségvetési forrásból finanszírozott normatív támogatás, amely alapvetően a foglalkoztatók három típusát különbözteti meg:

3.2.1. Az integráltan foglalkoztató gazdálkodó szervezet

A témával foglalkozó szakemberek hangsúlyozzák, hogy az egészségkárosodott emberek integrált foglalkoztatása a legjobb megoldás, mivel az utóbbiak így teljes értékű állampolgárnak érezhetik magukat. Ezért a foglalkoztatáspolitikának is alapvető célja, hogy a megváltozott munkaképességű emberek minél nagyobb arányát a nyílt munkaerőpiacon, ún. integrált munkavégzés keretében foglalkoztassák. Ennek a célnak egyelőre nagyon nehéz megfelelni, hiszen az érdekeltség a foglalkoztatók részéről még viszonylag gyenge. A helyzetet tovább rontja a munkáltatók előítélete, ellenállása e munkaerővel szemben. Emiatt a „védett” foglalkoztatási forma került előtérbe.

Rehabilitációs hozzájárulás¹⁵ befizetése szükséges annak érdekében, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatását a munkáltatók az Európai Unió tagállamainak többségéhez hasonlóan Magyarországon is az elsődleges munkaerőpiacon valósítsák meg. E rehabilitációs hozzájárulást azok a vállalkozások kötelesek befizetni, amelyek mégsem vállalják a foglalkoztatást. Ez a befizetés képezi a Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs alaprészét. Ez a forrása azoknak a támogatási formáknak, amelyek elősegítik a megváltozott munkaképességű illetve a fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatását.

Az utóbbi években kísérletek történnek az egészségkárosodott személyek elhelyezésére az elsődleges munkaerőpiacon. E kísérletek lényege, hogy a munkát kereső egészségkárosodott személyek egyre nagyobb számban bővítsék a foglalkoztatottak körét. Ez a stratégia hatékonyan kell hogy működjön, mert a súlyos munkanélküliség és a különféle kisvállalkozások nagy száma veszélyezteti a végrehajtást.

3.2.2. A szociális foglalkoztató

A szociális foglalkoztatók szervezetéről, működéséről és gazdálkodásáról a 22/1983. (Eü. K. 22.) EüM—PM együttes utasítás rendelkezik. Ezek a támogatásra jogosult foglalkoztatók nagy számban alkalmaznak megváltozott munkaképességű, fogyatékosággal élő embereket. A szociális foglalkoztatók száma egyre kevesebb. Napjainkban többnyire önkormányzati tulajdonban lévő nonprofit szervezetek, amelyek helyenként közhasznú társassággá alakultak át. Fenntartásuk nem alapfeladata az önkormányzatnak, ezért sok településen meg is szűntek a szociális foglalkoztatók. Pedig a foglalkozási rehabilitáció területi fejlesztésének egyik lehetősége a szociális foglalkoztatók számának bővülése.

Fontos lenne e foglalkoztatási forma növelése, hisz nagy számban vannak olyanok, akik nem tudnak megfelelni az elsődleges, de még a másodlagos munkaerőpiac követelményeinek sem. Akiknél a munkaképesség-változás egyéb munkaerő-piaci hátrányokkal párosul, azok számára szükséges lenne a szociális foglalkoztatás szabályozott kereteinek, differenciált lehetőségeinek megteremtésére, nem elsősorban az árutermelés, hanem különösen a szociális, a kulturális és az oktatási szolgáltatások, illetve más közösségi szolgáltatások területén.

A védett, folyamatosan támogatott foglalkoztatást a piaci teljesítményre egyáltalán nem képes személyi kör számára nem munkaviszonyban történő fejlesztő foglalkoztatás keretében lenne indokolt fenntartani.

¹⁵ A rehabilitációs hozzájárulás: A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény (ft.) 41/A. §-ában meghatározott, 5%-os kötelező foglalkoztatási mértéket ír elő a 20 fő statisztikai állományi létszámot elérő, illetve azt meghaladó gazdálkodó szervezetek számára. Az e körbe tartozó valamennyi munkaadónak – beleértve a költségvetési szerveket és a civilszféra munkaadóit is (kivéve a kijelölt célszervezeteket) – a kötelező foglalkoztatási szintből hiányzó létszám után rehabilitációs hozzájárulást kell fizetnie.

A kötelező foglalkoztatási mérték meghatározását és a rehabilitációs hozzájárulási kötelezettséget a legtöbb munkáltató „büntetesként” tartja számon, bár kutatásaink szerint a vállalkozók nem elhanyagolható részének hiányosak az információi. Sem a járulék célját, sem annak mértékét nem ismerik pontosan.

Hosszú évekig a rehabilitációs hozzájárulás összege olyan alacsony volt, hogy a munkáltató inkább befizette, mintsem megváltozott munkaképességű munkavállalót foglalkoztasson.

A 2003-tól érvényben lévő magasabb összeg (117 600 forint/fő/év) pozitív elmozdulást mutat.

3.2.3. A kijelölt célszervezet

Ezek azok a szervezetek, amelyek elsősorban ún. rehabilitációs foglalkoztatók, s ahol a dotáció a 135%-os szintről indulva sávosan, az 1. fejezetben leírtak alapján változik, sőt még az 1,4-es szorzójú telephelyi dotációval is kiegészülhet. A célszervezeteknek az állami támogatás, a dotáció igénylésénél az átlagos statisztikai létszámot kell figyelembe venni. A dotáció mértékével egyenértékű árbevételnek kell lenni, de az árbevételnek csak a 6%-a költhető beruházásra. A dotáció éves összege nem haladhatja meg a kijelölt célszervezet tárgyévi mérlegbeszámoló szerinti – alvállalkozói teljesítményekkel és az eladott áruk beszerzési értékével csökkentett – nettó árbevételének 1,4 szeresét (eür. 27/E. § (1) bekezdés). Ugyanakkor a tárgyévben összesen legfeljebb olyan összegű dotáció igényelhető, hogy az azzal együtt és az előírt módon számított nettó árbevétellel arányos adózatlan eredmény a 6%-ot ne haladja meg. Ezért a célszervezeti keretek közt történő működés kezdeményezése sok szempontú körütekintő mérlegelést igényel: mérlegelendő például a foglalkoztatás várható eredménye, ami főként a termékkör piaci értékesítésének lehetőségeitől, a saját termelés és a bér munka arányától, a prognosztizálható árbevételtől stb. függ. Mivel ezek a szervezetek foglalkoztatják a megváltozott munkaképességű emberek többségét, ezért tanulmányunkban főleg ezek működési gyakorlatát érintjük részletesebben.

A dotáció normatív módon, az APEH közvetítésével, költségvetési támogatásként vehető igénybe. A célszervezetek támogatása kapcsán a már említett négykulcsos támogatási séma működik, ami a munkaképesség-változás és a fogyatékoság mértékének függvényében állapít meg szorzókat. A célszervezeti kijelöléssel nem rendelkező gazdálkodó szervezetek és szociális foglalkoztatók az általuk foglalkoztatott személyek munkaképesség-változásának mértékétől függetlenül, a megváltozott munkaképességű dolgozók aránya alapján igényelhetnek sávosan emelkedő, a minimálbérre vetítve kalkulált dotációt.

3.3. A dotáció

A társasági adóról szóló törvény értelmében a 20 főnél többet foglalkoztató gazdálkodó szervezet akkor jogosult dotációra, ha ott az átlagos statisztikai létszám több mint 5%-a megváltozott munkaképességű dolgozó. A dotáció vetítési alapja a megváltozott munkaképességű dolgozók adott havi átlagos statisztikai állományi létszáma és a részükre kifizetett havi átlagbér szorzata alapján számított havi bruttó munkabér. Átlagbérként azonban csak a mindenkor minimálbér vehető figyelembe! A dotáció mértéke a megváltozott munkaképességű, ott foglalkoztatott személyek számától függ. Ahol a személyek aránya eléri vagy meghaladja a 60%-ot, az a munkáltató 135%-os dotációban részesül.

„Ha a 135 százalékos normatív támogatást vesszük alapul, akkor – a befizetendő járulékokat, a rezsit, az ügyviteli költséget és a többi kiadást összeadva – egy száz megváltozott munkaképességű (rokkant) személyt foglalkoztató cégnek fejenként hozzávetőleg harmincezer forinttal kell hozzájárulnia a foglalkoztatáshoz, hogy kijöjjön az aktuális, ötvenezer forintos minimálbér. Az alkalmazás célja tehát üzleti szempontból e különbözet kitermelése. Ilyen támogatással az ország bármely pontján könnyen teljesíthető feladat ez már csak azért is, mert a normatív hozzájárulás kiszámítható, és lehetővé teszi, hogy a piaci árversenyben olcsón vállaljanak megrendeléseket. Sőt a célszervezetek tisztas nyereségre is szert tehetnek, és persze tesznek is.”

Az állami támogatás az alábbi költségekre költhető:

- bérkifizetés (minimálbér),
- foglalkoztatás egyéb költsége a termeléshez kapcsolódik (foglalkozás egészségügyi orvosi),
- utazási költség,
- adminisztrációs költségek, menedzsmenttel kapcsolatos költségek.

A támogatásnak alapvetően két formáját kell megkülönböztetni: a bértámogatást és a költség-támogatást, az utóbbinak a jelenleginél lényegesen nagyobb hangsúlyt adva.

A normatív jellegű bértámogatás előnye, hogy egyszerűen azonosítható és nyomon követhető, hiszen egy konkrét foglalkoztatott béréhez kapcsolódik. Célja is világos: a kieső teljesítmény kompenzálása a foglalkoztató számára. Probléma ugyanakkor, hogy a jelenlegi vetítési alap a mindenkori minimálbér, így ugyanis nem lehet különbséget tenni a munkakör és az iskolai végzettség vonatkozásában.

A támogatható költségeknél szóba jöhet minden olyan költség, ami a megváltozott munkaképességű dolgozó foglalkoztatásával összefüggésben terheli a foglalkoztatót (ilyenek lehetnek: a speciális feltételek megteremtésének költségei, a rehabilitációs tevékenység költségei, az akadálymentesítés költségei). A támogatás pályázati alapon folyósítható.

A megváltozott munkaképességű emberek támogatásához a dotáción kívül rendelkezésre álló pályázatok forrásaihoz a foglalkoztatói befizetések képzik azt a rehabilitációs alaprészt, amelynek összege 2004-ben 3 milliárd forint. Ebből 2 milliárdot a megyék használhatnak fel munkahelyteremtő célú támogatásokra, 1 milliárdot pedig a minisztérium központi programok finanszírozására fordít. A dekoncentrált forrásból a munkaügyi központok révén tavaly mintegy 2000 embert sikerült munkához juttatni. Fontos, hogy a Nemzeti Fejlesztés Humán Erőforrás Operatív Programja és az EU Szociális Alapja bővülő forrásokat jelent a célok eléréséhez. Ezek megszerzéséhez azonban tervezés, prioritások világos felállítása, valamint speciális szakismeretek (pályázatírás) és információk szükségesek, melyekhez a munkaerő-piaci szervezetek jelentős segítséget adhatnak.

3.3.1. A támogatások funkciói

A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásához kapcsolódó támogatások többféle szempont szerint csoportosíthatók: Elkülöníthetők a támogatások azok forrása alapján, ahol a források lehetnek: a munkaerő-piaci alap, költségvetési normatív támogatási forma (a normatív eszközökben közös, hogy vetítési alapjuk minden esetben a statisztikai létszámhoz, illetve a mindenkori minimálbérhez kötődik), vagy egyéb, például PHARE-, a későbbiekben ESZA-forrás. Csoportosíthatók a támogatások azok alanyai szerint, hiszen egyes támogatások alanya a munkavállaló személy, másoké a munkáltató. De abban a tekintetben is van különbség az egyes támogatási formák között, hogy azokhoz alanyi jogon vagy pályázat útján lehet hozzájutni. A támogatás funkciói az alábbiak:

- 1) A támogatás hozadékaként javulnia kell a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztathatósági feltételeinek, következésképpen a megváltozott munkaképességű és fogyatékos-sággal élő személyek körében a foglalkoztatási rátának.
- 2) A foglalkozási rehabilitáció definíciójából eredendően a támogatásoknak jelentős mértékben kell hozzájárulniuk a megmaradt képességek megőrzéséhez és fejlesztéséhez.
- 3) A támogatásoknak elő kell segíteniük a tartós foglalkoztatáshoz szükséges feltételek létrehozását.
- 4) Lehetőség szerint a képzettségnek megfelelő foglalkozást lehetővé kell tenni.

3.3.2. A dotációra való jogosultság és a dotáció volumene

A jelenlegi kedvezményezettek alapvetően a célszervezetek, a szociális foglalkoztatók. Dotációban a gazdálkodó szervezeteknek csak nagyon szűk köre részesül. A versenyszféra vállalkozásai (a kis-, a közép- és a nagyvállalati szektor együtt) az összes foglalkoztatott megváltozott munkaképességű munkavállaló alig több mint felét foglalkoztatják.

A 20 személyesnél kisebb vállalkozások nem jogosultak dotáció igénybevételére, rehabilitációs hozzájárulást sem kötelesek fizetni. Érdekeltségük így nem kimutatható, pedig a kisvállalkozások makroszinten jelentős foglalkoztatók.

A jövőben ki kell szélesíteni a támogatásra jogosultak körét. Azt kell figyelembe venni, hogy a támogatott szervezet a finanszírozó számára igazolhatóan hasznos tevékenységet végez a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása, rehabilitációja terén.

Ehhez az szükséges, hogy alakuljanak ki azok a szakmai elvárások (akkreditációs feltételrendszer), amelyekhez állami támogatás okkal, joggal rendelhető.

A 2002-ben kifizetett dotáció 37,8 milliárd forint volt, ennek 90%-át a célszervezetek vették igénybe. 2003. december 31-ig több mint 46 milliárd forint kifizetése történt meg. A 2004-es tervezett keret 40,9 milliárd forint.

A SZABÁLYOZÁSSAL KAPCSOLATOS KRITIKAI ÉSZREVÉTELEK

4.1. A 8/1983-as együttes rendelet kritikai értékelése

A megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását segítő támogatási rendszerben a támogatások hatásfoka alacsony, mert a foglalkozási rehabilitáció nem valósul meg oly módon, hogy a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatását hosszú távon megoldja. A hatékonyságot az is csökkenti, hogy a dotációt munkabérre, foglalkoztatáshoz kapcsolódó költségekre, utazási-költség-térítésre, adminisztrációs költségekre és a menedzsment tevékenységére használják. Ebből azonban a bér a legalacsonyabb tétel, a felhasználással pedig nem kell tételesen elszámolni. A jelenlegi rendszer azért sem hatékony, mert

„nem az embert nézi, csak költségvetési számokat lát, csakis a pénz oldaláról közelíti meg a rehabilitációt, illetve a célszervezetek dotációját.”

Az egészségi állapotuk, fogyatékossguk miatt megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását elősegítő, munkáltatók által igénybe vehető támogatások túlnyomó része a 8/1983. (VI. 29.) EüM—PM együttes rendeletben meghatározott feltételek alapján, normatív módon, az adóhatóság közvetítésével, költségvetési támogatásként vehető igénybe. A rendelet megalkotása óta több módosítás született, közülük a legjelentősebb a ma is hatályos négykulcsos támogatási forma, amely a munkaképesség csökkenését és a fogyatékossg mértékét vette alapul.

„Világos, hogy a 40-50%-ban megváltozott munkaképességű embereknek még nagyon komoly munkavégző képességük van, rájuk nem kell olyan mértékű támogatás, mint egy súlyosan értelmi fogyatékosemberre, aki az életben nem képes a munkabérét kitermelni.”

Mindezek ellenére az alapvető problémák nem szűntek meg. Az az ellentmondás is megfigyelhető, hogy az eképpen támogatott szervezetek épp a dotációnak köszönhetően nem vettek részt a piaci versenyben, illetve nem folytattak marketingtevékenységet. Vagyis a normatív támogatás elkényelmesítheti a szervezetek egy részét.

A jelenleg hatályos rendelet nem tartalmazza a támogatásban részesülő szervezetek rehabilitációs feladatait és a foglalkoztatás minőségével kapcsolatos elvárásokat. A megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő emberek rehabilitációjával, foglalkoztatásával dolgozó alapítványok és nonprofit szervezetek nem részesülhetnek a rendszeres állami támogatásból akkor sem, ha tevékenységüket szakmailag magas szintű. Mint a nevéből is kitűnik ezek a szervezetek nem folytatnak termelő tevékenységet, tehát nincs árbevételek sem, amihez a dotáció köthető volna. Való igaz, hogy munkájukkal a foglalkozási rehabilitáció elősegítését szolgálják, de az ehhez szükséges, nem rendszeres forrás (például pályázatok) útján juthatnak állami támogatásokhoz. Ilyen speciális program az utóbbi időben a 4M program, amely Megoldás munkáltatóknak és megváltozott munkaképességű munkavállalóknak címmel fut, továbbá hasonló céllal működik a Támogatott Foglalkoztatás program is. Ha azonban rendszeres állami támogatáshoz kötnék az alapítványoknál folyó rehabilitációs tevékenységet, akkor

azt külön jogszabályban, nem a célszervezetek szabályozási keretén belül kellene szabályozni, és nagyon körültekintő feltételrendszert kellene kapcsolni hozzá. A célszervezeteknél a foglalkozási rehabilitációt elősegítendő elő kellene írni fejlesztőpedagógus, szociális munkás, egészségügyi szakember alkalmazását.

„A rendelet részletezi a dotáció igénylésének feltételeit, de foglalkozási rehabilitációval kapcsolatos szakmai elvárásokat nem fogalmaz meg. Így a védett foglalkoztatás fogalma nincs jogszabályi szinten tisztázva.”

A célszervezetekben keverednek a szakmai és finanszírozási szempontból is önálló, jogilag is különböző foglalkoztatási formák, ha a célszervezet telephelye szociális foglalkoztatóban működik. Ehhez még inkább indokot adott az együttes rendelet módosítása, amely drága támogatási rendszerbe és piaci viszonyok közé helyezte a sokszor alacsony piaci értékű tevékenységet végző szociális foglalkoztatókat.

„Tapasztalható, hogy nagy élőmunka-igényű tevékenységet a célszervezet sokszor nem vállal fel és így kerül a szociális foglalkoztatókba. (...) Megfigyelhető, hogy a célszervezeti munkára negatívan reagál a társadalom, nem kapnak jól fizető munkákat, csak például függönykarikacsomagolása 1 forintért, és ezt tovább adják a szociális foglalkoztatóknak.”

A támogatási rendszerben a támogatások elsősorban a szervezet jogállása alapján differenciálódnak, nem pedig a megváltozott munkaképességű dolgozók munkaképesség-változásának mértéke, a szükséges megoldások költségigénye szerint. Ez az elv csak a kijelölt célszervezetek esetében jelenik meg. A támogatott szervezetek körébe eleve csak az 1996 évi LXXXI. törvény 2. §-a (2) bekezdésének a), c), f) pontjának hatálya alá tartozó gazdálkodó szervezetek és szociális foglalkoztatók értendők. Ezen ok miatt sok gazdálkodó szervezet és szociális foglalkoztató kíván a célszervezeti körbe kerülni, a nagyobb állami támogatás megszerzéséért. Vagyis szervezeti preferencia érvényesül. A támogatások alapvetően szervezeti jogállás alapján differenciálódnak, nem pedig a megváltozott munkaképesség mértéke alapján, vagyis a szükséges és indokolható intézkedések költségeinek függvényében. Ez az elv csak a célszervezeteknél jelenik meg. Ez pedig arra ösztönzi a megváltozott munkaképességű munkavállalókat alkalmazó vállalkozásokat, szociális foglalkoztatókat, hogy célszervezetté váljanak, hiszen így nagyobb állami támogatást vehetnek igénybe. Ez a jogszabályban nem kimondott, de egyértelműen érvényesülő szervezeti preferencia nem szerencsés. Nemcsak azért, mert a költségvetés számára drágább megoldásokhoz vezet, hanem azért sem, mert a legtöbbször nem versenyképes, alacsony piaci értékű tevékenységet folytató szociális foglalkoztatókat piaci viszonyok közé tereli, és ezzel helyi szinten megvalósítható nonprofit foglalkoztatás céljainak elérése válik nehezebbé.

Több példát is találtunk a gyakorlatban arra, hogy a dotáció révén az élőmunka igényes tevékenységet végző kisvállalkozások közül néhányan a megváltozott munkaképességű dolgozók számának növelésével célszervezetté „fejlődtek”. Ezt a magasabb dotációs lehetőség is ösztönözte.

Az állami támogatás megszerzése érdekében az ápolást, gondozást kínáló szociális intézményekben elhelyezett személyek a célszervezettel munkaviszonyban álló munkavállalók. A célszervezeteknél bevett gyakorlat ugyanis, hogy „intézményi telephelyen” a szociális törvény hatálya alá tartozó intézményben élő személyeket munkaviszonyban foglalkoztatnak. Az 1/2000. SZCSM-rendelet lehetőséget biztosít külső gazdálkodó szervezetek számára történő munkavégzésre. Ezért jó megoldásnak tűnik, hogy egy célszervezettel együttműködve, munkabéréért foglalkoztat intézményben élő embereket.

„Ezek a szociális intézmények duplán jutnak állami pénzeszközökhöz.”

A munkaviszonyban álló megváltozott munkaképességű emberek többsége rendszeres szociális járadékban, vagy más nyugdíjszerű ellátásban részesül, ezért a rehabilitációra fordított összeg nem a munkavállalást szolgálja, hanem kettős ellátás fenntartását segíti. A szociális juttatásoknak az a hátrányuk is megvan, hogy a folyósítások következtében csökkenhet a motiváció a munkavállalás iránt. A juttatásban részesülők közül sokan úgy vélekednek, hogy a munkaerőpiacra való visszatéréssel elveszíthetik ezt a „biztos ellátást”.

„A célszervezeteknél dolgozók nagy része a munkabér mellett nyugdíjszerű ellátásban is részesül. Így aztán a dotációs rendszer hiába is tűzi ki célul a rehabilitációt, a gyakorlat nem az aktivitásba történő visszatérésre ösztönöz, hanem ennek a kettős státusznak a konzerválására.”

Sok célszervezet „joghézagot”¹⁶ használ ki, amikor gondnokság alatt álló személyeket foglalkoztat a szociális intézményekben. Olyanokat foglalkoztat, akik jóformán semminemű munka elvégzésére nem képesek. A bentlakó jogviszonyban van az intézettel, nappal pedig munkaviszonyban a célszervezettel.

„...van olyan célszervezet, amely havi 8-9 milliót kap ilyen munkavállalókra (...), akik jó, ha látszatomunkát végeznek, sokszor még azt sem.”

Az orvosi rehabilitáció és a foglalkozási rehabilitáció között eltelt hosszú idő alatt évek veszhetnek el, s ez alatt az idő alatt az érintettek elveszítik szakmai jártasságukat, s ezáltal csökken a munkába való visszatérés esélye. 2003-as kutatásunk¹⁷ egyik fontos tanulsága éppen a két rehabilitációs szakasz közti szervezeti elkülönülés és az ebből adódó időkiesés komoly következményeire hívta fel a figyelmet. A szakorvosok által kiállított zárójelentés nem, vagy csak általánosságként tartalmaz foglalkoztathatóságra vonatkozó iránymutatást. Nem ad elegendő támpontot arra nézve, milyen munkakör betöltésére alkalmas a megváltozott munkaképességű személy. Az OOSZI-szakovélemény is általánosságban fogalmaz a foglalkoztathatóság irányát tekintve. (Például: idegi megterheléssel járó munkát nem végezhet, ülőmunkát nem végezhet, nehéz fizikai munkát nem végezhet.) Ezért a munkaügyi központok gyakorlata szerint a náluk regisztrációba kerülő megváltozott munkaképességű ügyfeleket rendszerint foglalkozás-egészségügyi szakvizsgálatra utalják, ahol részletesebb véleményt készítenek egy szempontrendszer alapján arról, hogy a munkakörök mely követelménye kizáró, illetve korlátozó tényező az illető számára. A foglalkozási rehabilitáció rendszerint tehát a megváltozott munkaképesség mértékének OOSZI-vélemény alapján történő megállapítása után kezdődik. Az időben való elkülönülés a teljes rehabilitáció idejének meghosszabbodásával jár együtt. Ez nem szolgálja a foglalkoztatottság növelését, és az egyénre nézve további hátrányos következményekkel jár:

- Nem történik meg az egyén felkészítése arra, hogy a munkavégzésbe való reintegráció milyen nehézségekkel fog járni. A munkavégző képesség egy részének elvesztése így sokk-szerűen érheti a megváltozott munkaképességű embereket.
- Jelentkezhetnek a tartós munkanélküliség negatív hatásai; járulékos mentálhigiénés problémák, – szorongás, depresszió, negatív önértékelés, – az álláskereső aktivitás csökkenése. Mindezek miatt az érintett személyek elhelyezkedési esélye tovább csökken.
- Az OOSZI szakvéleménye csak nagy vonalakban tartalmaz megállapításokat az egyén foglalkozási rehabilitációjával kapcsolatban, nem ad elegendő támpontot a foglalkoztathatóságára nézve. Ezért szükséges a foglalkoztatás-egészségügyi szakorvos véleményének kikérése. A folyamat további idővesztéssel jár.

¹⁶ A munka törvénykönyve szerint munkaviszony alanya nem állhat gondnokság alatt, az Alkotmány viszont a munkához való jogról rendelkezik.

¹⁷ A foglalkozási rehabilitáció helyzete és lehetséges fejlesztési irányai a Dél-Dunántúlon. MTA RKK, Fact Intézet. Pécs. 2003.

A hatékony rehabilitációs tevékenység az abban részt vevő, különféle területeken dolgozó szakemberek aktív együttműködését, kommunikációját igényelné. A jelenlegi, egymástól elkülönülő szakaszokra épülő rehabilitáció ezt nem segíti elő.

A versenyfeltételek között is jól helytálló munkavállaló elengedése nem érdeke a célszervezeteknek, hiszen a profittermelésben alapvetően ezekre a személyekre tud támaszkodni. Ez a gyakorlat ugyanakkor éppen ellentétes a foglalkozási rehabilitáció elveivel és alapvető célkitűzéseivel. A másik oldalról ennek az érdekeltségi rendszernek egyik legnagyobb problémája, hogy amíg a nyílt munkaerőpiacon a munkáltatók alig foglalkoztatnak megváltozott munkaképességű dolgozókat, kevesen élnek a dotáció lehetőségével, addig számos célszervezet a magasabb fajlagos támogatásra való jogosultság megszerzése illetve megtartása érdekében a súlyosabb fogyatékossgal élő munkavállalók foglalkoztatásában érdekelt.

A támogatás felhasználásának ellenőrzése nehézkes. A szóban forgó cégek tevékenységét, ügyvitelét szigorúan szabályozták. A vonatkozó törvény kimondja, hogy a célszervezeteknek a támogatással (minimum) megegyező nettó árbevételt kell produkálniuk, ez a kitétel garantálja, hogy a társaságnál valóban termelés folyik. Ugyanakkor a regula része az is, hogy a nyereség nem haladhatja meg a 6 százalékot – ezzel nyilván a foglalkoztatás szociális jellegét erősítené a jogszabály. Az APEH rendszeresen ellenőrzi a szabályok betartását. Senki sem ellenőrzi viszont, hogy megvalósul-e a foglalkoztatás másik, nem üzleti, egzisztenciális célja, a megváltozott munkaképességű emberek rehabilitációja, végső soron a munkaerőpiacra való visszavezetése.

„A támogatás felhasználásánál csak a bér kifizetéséről kell elszámolni, de nem ellenőrzik, hogy tényleg megtörtént-e a kifizetés. Így fordulhat elő, hogy a menedzsment meggazdagodik!”

„Úgy látom, hogy az ellenőrzés nem hatékony, különösen nehéz azt kiszűrni, ahol ember van ugyan, de gyakorlatilag semmit nem dolgozik.”

„Évente egy-két célszervezetet biztos átvilágítanak, de ez kevés, pedig gyorsan ki lehetne szűrni, hogy van-e tényleges tevékenység, vagy csak felmarkolják a dotációt.”

Az elmúlt években visszaélések is előfordultak, s ezek rossz fényt vetnek a törvényi kereteket megtartó szervezetekre is. A visszaélések elkerülése végett a rendelet kitér az ellenőrzésre, de a gyakorlatban az APEH-hez beadott elszámolásokon kívül az ellenőrzések nem elég hatékonyak.

„Előfordulhat – ahogy erre volt is példa – hogy egy cég évekig folytathat súlyos törvényszegéseket, mire egy ellenőrzést kap.”

A rendelet 27/E §-ának (4) bekezdése 6%-os nyereségkorlátot állít a szervezetek elé. Ez korlát abban az értelemben, hogy a beruházásokat ebből lehet finanszírozni. Holott a magasabb nyereség lehetővé tenné a stagnálás helyett az érdemi fejlesztéseket, beruházásokat. A nyereség osztalékként való kifizetése természetesen ebben az esetben nem történhetne meg.

A célszervezetek egyikénél sem működik munkakipróbáló labor, holott ez viszonylag nagy biztonsággal kiszűrné a munkára bármiféle okból alkalmatlan embereket.

Megfontolás tárgya lehetne a rendszeres szociális járadék bérkiegészítésként történő folyósítása, ha dolgozik az illető. Így növelné az egyén munkára való motivációját.

„A rendszeres szociális járadék helyett az egyén a szükséges egészségügyi-orvosi rehabilitációjához kapjon támogatást.”

A célszervezetek megfelelő működéséhez elengedhetetlen olyan jogszabályi környezetet, amely biztosítja az állandóságot, az átláthatóságot és a tervezhetőséget.

„Nagyon fontos, hogy a dotációs rendszer átlátható és tervezhető legyen.”

Mégpedig nem csupán a célszervezeteknek: a tervezhetőség a költségvetés számára is nagyon fontos. Ennek hiányosságai miatt fordulhat elő, hogy a normatív támogatások kifizetése előirányzott éves keretösszegnél több milliárd forinttal terheli a költségvetést.

A telephelyi dotáció nem indokolt, különösen nem az ország másik részén, például Pécs—Nyíregyháza viszonylatában

Elképzelhetőnek és megvalósíthatónak tűnik, hogy a kérelmező csak határozott időre, maximum 3 évre kapná meg a célszervezeti kijelölést.

4.2. A jogszabály tervezett módosításával kapcsolatos vélemények

Kutatásunkat bizonyos mértékig megnehezítette, hogy időközben – 2004 nyarán – a kormány a dotációt szabályozó hatályos rendelet módosításának tervezetét tette közzé. Az említett jogszabálytervezettel kapcsolatos kérdéseket nem lehetett figyelmen kívül hagyni, interjúink során a célszervezeteket leginkább ezek a kérdések érdekelték. Ez a tervezet számos olyan elemet tartalmaz, ami végül 2005 januárjától még nem valósul meg, de nem is kerül le a napirendről. Nem véletlen, hogy a jogszabály körül ennyi vita van. Részben azért, mert elavult, korszerűtlen rendeletről van szó, ezért jelentős módosítására minél előbb szükség van. A módosítás ugyanakkor nyilvánvalóan érdekeket is sért, különösen a célszervezetek működési gyakorlatát változtatja meg, végső soron a megváltozott munkaképességű emberek munkahelyeit veszélyezteti. A dotáció körültekintőbb, hatékonyabb felhasználása irányába azonban mindenképpen szükséges elmozdulni.

A rendelettervezett módosításában megfogalmazottak összességében pozitív és negatív következményekkel is bírnak. Feltétlenül pozitív, hogy letisztult jogszabályi környezetet, kiszámíthatóbb gazdálkodási feltételeket eredményezne, maga után vonva a célszervezetek gazdálkodásának jobb tervezhetőségét, ami hosszú távon a hátrányos helyzetűek foglalkoztatottságának növekedését eredményezhetné. Ugyanakkor viszont komoly problémát vet fel, hogy a célszervezetek dotációjához kapcsolódó pénzügyi és jogszabályi módosítások, megszorítások hátrányosan érintenének számos célszervezetet. Különösen azokat érinti érzékenyen e változás, amelyeknek a gazdálkodása és a léte eddig is pengeélen táncolt. Megjósolható, hogy ők a létszámcsökkenés mellett fognak dönteni, sőt az sem elképzelhetetlen, hogy egy-két célszervezet megszűnik.

Néhány konkrét észrevétel:

- A tervezetben a támogatás általános, kevés konkrétumot tartalmaz.
- A bérdotációt súlyos fogyatékosághoz kösse és ne fogyatékosági támogatáshoz (OOSZI-, illetve szakorvosi vélemény).
- A tervezett bértámogatások visszaélésre adhatnak okot, ha a munkáltató a megváltozott munkaképességű munkavállalót az illető munkaképességének csökkenése alapján számított támogatás miatt alkalmazza (erre utaló jelek már most is vannak: van olyan munkaadó, amely csak 67%-os megváltozott munkaképességű dolgozókat vesz fel), ez azért sem szerencsés, mert már a fogyatékosági csoporton belül is hátrányos megkülönböztetést eredményez.

„A dotáció szempontjából ezt nyereszkedésnek lehet minősíteni, ha ezek után az emberek után nagyobb állami támogatáshoz juthat a szervezet.”

- A költségvetésből biztosított támogatás kiszámíthatósága érdekében olyan javaslat fogalmazódott meg, amely szerint az éves statisztikai átlagos állományi létszám legyen a következő évi dotáció alapja, ezen felül a munkáltató dotációt nem kaphat, illetve csak az azt követő évben, a létszám emelkedésének arányában. Így lesz kiszámítható mind a célszervezet, mind a költségvetés részéről a dotáció összege. A legújabb tervezetben ez 2005-re vonat-

kozóan a 2003. december 31-i létszám, ami a 2004-ben létszámfejlesztést végrehajtó szervezeteket, illetve az érintett munkavállalókat érintheti hátrányosan. Egyes célszervezetek a dotáció drasztikus csökkenése miatt kilátásba helyezték megszűnésüket. Ezért akár több száz megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő személy munkahelye szűnhet meg.

- A dotáció, a gazdálkodás és az ezzel kapcsolatos tervezetmódosítások kapcsán azt sem felejtethetjük el, hogy a célszervezetekhez áramló pénzek egy része adó és járulékok formájában visszaáramlik a költségvetésbe! Az a 40-50 milliárd forintos költségvetési összeg, amely a dotációt finanszírozza bruttó összeg, s annak kb. 40%-a adók és járulékok formájában visszatér a költségvetésbe.

„Nem állítom, hogy nem lehetne hatékonyabban, kevesebb költségvetési pénzből megoldani a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását, a célszervezetek dotációját (...), csak azt mondom, hogy nem elegáns dolog a dotáció összegét úgy emlegetni, mintha az nettó költségvetési kiadás lenne.”

- Mindezek mellett több interjúalanyunk pozitívan értékelte, hogy a tervezet külön tárgyalja a szociális foglalkoztatók illetve a célszervezetek támogatását.
- A kormány részéről kiadott rendeletervezet 2005-től ne lépjen életbe, csak egy évvel később, mert az egy év alatt a kormány is megalapozottabb döntést hozhat és a célszervezetek is felkészülhetnek a változásokra.¹⁸ Az új jogszabályok megalkotásánál fontos a fokozatosság és a komplexitás elve! Időt kell hagyni a szereplők számára az alkalmazkodásra. Figyelembe kell venni a támogatott szervezetek gazdasági helyzetét, piaci viszonyait, munkaerő-piaci környezetét. A vállalkozások életképességét biztosítani kell. A megkérdezettek nagy többsége értelemszerűen ezen elvek szem előtt tartása mellett érvelt. A tanulmány készítői is ezzel értenek egyet, de volt olyan interjúalanyunk is, aki más, kicsit sarkos álláspontot képviselt:

„Lehet, hogy egy új jogszabály alapjaiban rengeti meg a célszervezetek többségét. Lehet, hogy ezrek vesztek el munkájukat, mégis azt gondolom, alaposan meg kellene tisztítani a rendszert, akár teljesen nullára futtatni, még talán akkor is, ha nagy traumával is jár (...) az újonnan épített struktúra talán tanul a jelenlegi hibáiból, totális pazarlásából, diszfunkcionalitásából, igazságtalanságából, megkockáztatom: korrupciójából...”

¹⁸ Tanulmányunk zárása előtt már született erre vonatkozó döntés.

A KIJELÖLT CÉLSZERVEZETEK

A célszervezetek fontos szerepet töltenek be a megváltozott munkaképességű illetve fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásában. A köztudatban a célszervezet védett szervezetként él, holott védett foglalkoztatás csak a szociális foglalkoztatókban létezik. A célszervezetek nem minősülnek védett munkahelynek. A kijelölés a Pénzügyminisztérium döntési jogkörébe tartozik a Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium egyetértésével és a Védett Szervezetek Országos Szövetsége véleményének meghallgatásával. Célszervezeti kijelölésnél az alábbi feltételeknek kell megfelelni:

- a cégbíróság által bejegyzett alapító okiratnak tartalmaznia kell a rehabilitációs foglalkoztatási célt,
- legalább egy telephelyen kell folytatni rehabilitációs foglalkoztatás,
- legalább egy éve folytatja rehabilitációs foglalkoztatási tevékenységét, és a kijelölési kérelem benyújtását megelőző hat hónap átlagában az átlagos statisztikai állományi létszám legalább 50 fő, s közülük legalább 60% a megváltozott munkaképességű dolgozó,
- a dolgozók egészségi állapotához a munkafeltételek adottak és a foglalkozás-egészségügyi szakellátás biztosított,
- csőd- vagy felszámolási eljárás nincs folyamatban, és a célszervezet-jelöltnek nincs 90 napon túli köztartozása.

A célszervezeti kijelölést igénylő munkáltatók sokszor csak a kijelölés előnyeit látják, mert a foglalkoztatás jelentős állami támogatással jár. A rehabilitációs intézményrendszer meghatározó elemét ezek a munkáltatók, tehát a dotációra jogosult kijelölt célszervezetek alkotják. A célszervezeti kijelölés ez évben már megszűnt. Tavaly három célszervezeti kijelölést vontak vissza, idén pedig kettőt. Jelenleg összesen 85 célszervezet működik, érdekképviselőiket a Védett Szervezetek Országos Szövetsége látja el. A megváltoztatott munkaképességű emberek foglalkoztatásának hajlandósága a célszervezetek részéről adott, sőt a dotációs szabályok miatt ez elvileg érdekük is a célszervezeteknek. A célszervezeteknél 2003-ban összesen 35 479 fő volt alkalmazásban, és 40 milliárd forint állami dotációt használtak fel. A 2004-ben dotációra tervezett mintegy 41 milliárd forint még költségvetési tételként is jelentősnek mondható. A tényleges kifizetések idén elérhetik sőt meghaladhatják az 50 milliárd forintot, márpedig a Pénzügyminisztérium a költségvetés kapcsán világossá tette, hogy erre a célra 50 milliárdnál többel a büdzsé nem terhelhető. Többek között ezért is indokolt a rendelet módosítása.

A célszervezetek gazdálkodási formája sajátos, legalábbis annyiban, hogy a jelentős állami dotációk miatt védett szervezetként emlegeti őket a közvélemény, miközben a védettség ellentmondásos: Adózás tekintetében az 1996. évi LXXXI. törvény (adótörvény) hatálya alá tartoznak, vagyis közterheik minden más munkáltatóéval azonosak. Versenyfeltételek között működnek, legalább 60%-ban megváltozott munkaképességű munkavállalókat alkalmazva. Profittermelésben érdekeltek, nyereségük mégis korlátozott.

5.1. A célszervezetek vizsgálata a célnak való megfelelés szempontjából

A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának elősegítését szolgáló érdekeltségi rendszer legfontosabb eleme a nyílt munkaerő-piaci integráció. Ezzel párhuzamosan meg kell teremteni a védett foglalkoztatás optimális feltételeit. Az itt leírt védett és integrált foglalkoztatást rendkívül fontos lenne szétválasztani, bár foglalkoztatási szempontból szegregációhoz vezet, más szempontból viszont a gazdálkodás tekintetében tiszta helyzetet eredményezne.

A célszervezeteknél alkalmazásban álló megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő munkavállalók közül kevesen térnek vissza az elsődleges munkaerőpiacra. Félnék a kudarctól, hogy a

folyamatosan növekvő munkanélküliség időszakában a munkáltatók nem őket alkalmazzák. Maga a célszervezet sem szívesen válik meg azoktól a dolgozóktól, akiknek teljesítménye a nyeresége szempontjából fontos. Márpedig a mindenkor jogszabályalkotónak egyik legfontosabb célkitűzése kellene, hogy legyen a megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatottságának növelése, mindenekelőtt az, hogy az integráltan foglalkoztatottak száma és aránya növekedjék. A speciális, védett munkahelyeket azok számára szükséges fenntartani, akik segítséggel, sikeres foglalkozási rehabilitációval sem képesek teljesíteni a szokásos munkahelyeken elvárt feltételeket.

A célszervezetek működtetése, fenntartása, a megrendelések megszerzése, az értékesítés nem könnyű feladat. A célszervezeteknél dolgozó emberek számára nagyobb szükség lenne a komplex foglalkoztatási rehabilitációra, de ehhez nincsenek szakemberek (a siker ismereteket igényelne a mentálhigiéné, a szociális munka, a szociálpedagógia stb. terén). A célszervezetek rehabilitációs tevékenységével kapcsolatos elvárások további hiányosságai:

- A foglalkoztatás során körülményeikből, gazdálkodásukból fakadóan nem tudnak minden dolgozónak a képességeik szerinti munkát adni. Ezért nem történik meg a foglalkozási rehabilitáció, képességeiket, tudásukat nem fejlesztik.
- Gazdasági érdekeik miatt nem szívesen válnak meg azoktól a munkavállalóktól, akik az elsődleges munkaerőpiacon is megállnák a helyüket.
- Amíg az együttes rendelet célszervezetek számára a dotáció igénylésének szabályait részletesen tartalmazza, addig a foglalkozási rehabilitációval kapcsolatos elvárásokat nem fogalmazza meg. Ilyen értelemben a védett foglalkoztatási forma teljes mértékben tisztázatlan, nem véletlenek a védett szervezet és a célszervezet közti fogalmi zavarok.
- Tartósan akadályozott emberek rehabilitációját, foglalkoztatását felvállaló alapítványok és egyéb nonprofit szervezetek nem részesülhetnek rendszeres állami támogatásban, holott sok olyan példa létezik, amely ilyen szervezeti keretek között folyó magas szakmai színvonalú munkáról árulkodik.
- A foglalkoztatás során a célszervezetek sok esetben, vagy inkább az esetek többségében nem tudnak a dolgozóik képességeinek megfelelő munkát biztosítani.
- Kevés olyan célszervezet van, ahol a „puszta” foglalkoztatás kiegészül valódi rehabilitációval, fejlesztéssel és/vagy képzéssel.

Találkoztunk olyan véleménnyel, amely szerint a célszervezetek legtöbbje könnyen és gyakran bocsátja el alkalmazottait, vagyis viszonylag nagy e szervezetek körében a fluktuáció. Többnyire arra hivatkozva teszik ezt, hogy a megváltozott munkaképességű (rokkant/fogyatékossgal élő) munkavállaló nem képes megfelelni feladatának. Pedig a Megváltozott Munkaképességűek Szakszervezete már több alkalommal bebizonyította, hogy megfelelő szervezéssel, technológiával, szociális munkával mindenből ki lehet hozni a maximumot.

A Dél-Dunántúlon működő célszervezeteknél végzett kutatásaink során a magas fluktuációt nem tartjuk általánosnak. Sőt az indoklással sem tudunk minden esetben egyet érteni. A magas fluktuáció oka – interjúalanyaink többsége szerint – inkább a munkavállaló negatív hozzáállása, mintsem a munkáltató túlzott elvárása, szigora, „rosszindulata”.

Kutatásunk ugyanakkor igazolta azokat a vélekedéseket, miszerint a dolgozók nem vagy alig kapnak kiegészítő szolgáltatásokat, prémiumot. Nincs a cégnél állandó egészségügyi felügyelet – aligha lehet ennek nevezni a foglalkoztatás-egészségügyi orvos évi egyszeri megjelenését –, nincs lelki gondozás, tanácsadás, életviteli segítség stb.

Ugyanakkor kutatásunk nem támasztja alá azt a véleményt, miszerint menedzsmentben csak elvétve találni megváltozott munkaképességűt. Ellenkezőleg: A dél-dunántúli célszervezetek többségénél jellemző, hogy a szakszemélyzet, a vezetők, a szervezők körében is jelen vannak a megváltozott munkaképességű emberek. Ez a gyakorlat egyben lehetőséget teremt arra, hogy a megváltozott munkaképességű diplomások értelmiségi munkát végezzenek. Vissza kell azonban utalni a helyzetképben vázoltakra: a megváltozott munkaképességű emberek körében a magasán kvalifikált, diplomás munkavállalók aránya igen alacsony, különösen a célszervezetek körében.

Találkoztunk olyan véleménnyel is, amely szerint a célszervezetek jelentős része „rabszolgákként” kezeli a megváltozott munkaképességű embereket, a minimálbérért kihasználja őket, a rehabilitációjukkal egyáltalán nem törődik. Ezzel kapcsolatban az a véleményünk, hogy sarkos, túl általános megállapítás, néhány szervezetnél ugyanakkor jellemző gyakorlat. A rehabilitáció hiányolása bár jogos, kutatásunk szerint úgy tűnik: irreális elvárás ez a célszervezetként működő foglalkoztatóktól.

Jelentős vita van a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában érintett interjúalanyok között abban, hogy ezek a személyek mennyire alkalmasak minőségi és hatékony munkára. Egyrészt a dotáció is abból indul ki, hogy a kevésbé hatékony munkavégzésből eredő kieséseket kompenzálni kell. Másrészt gyakoriak az alábbihoz hasonló vélemények is:

„Legtöbbjük jó munkaerő: ha nekik való feladatot kapnak, és megfelelő körülményeket teremtenek számukra, akkor akár az egészségeseknél is jobban teljesítenek. Munkába állításuk, amellett, hogy a társadalom morális kötelessége, gazdasági érdek is. Hiszen így nemcsak kapnak, hanem adnak: pénzben kifejezhető értéket teremtenek, gyarapítják az adófizetők számát és csökkentik az eltartottakét. Elhelyezkedésüket csak részben gátolják személyes okok, a fő gond, hogy csak különleges feltételekkel alkalmazhatók, segítő légkörben. Mindez igen kevés munkahelyen van így”

Ezzel szemben sokan fogalmazzák meg azt, hogy ezeknek az embereknek a többsége teljes mértékben alkalmatlan hatékony munkára.

„Magunkat csapjuk be, ha azt hisszük, hogy ezek az emberek képesek a nyílt munkaerőpiacon való helytállásra. Nem mondom, hogy nincs ilyen. Azt mondom, hogy nagyon kevés van.”

Bizonyos értelemben ezt a kettősséget is kihasználják egyes célszervezetek. Nem ritka az olyan vállalkozás, ahol lényegében „két üzem” van. Az egyikben „egészséges” emberek termelik a profitot, a másikban a megváltozott munkaképességűek, sokszor a halmozottan hátrányos munkavállalók „termelik” a dotációt.

Sommás véleménnyel zárva ezt az alfejezetet, egy, a célszervezetek működését régóta közelről ismerő interjú alanyunkat idézzük:

„Nagy füllentés volna azt állítani, hogy a célszervezeteknél foglalkozási rehabilitáció folyik (...) bár szerintem nem is ez a szerepük, azt más keretek között kéne megoldani...”

5.2. A célszervezetek üzleti helyzete

A célszervezetek működése és gazdálkodása ellentmondásos, mert azon túl, hogy szociális indíttatású szervezetek, a piac elvárásainak is meg kell megfelelniük. Kettősség jellemzi a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatását is, mivel döntő többségük aluliskolázott, alacsonyan képzett, ezért törekedni kell az emberi munkát igénylő technológiák, gyártási folyamatok megtartására, hogy munkalehetőségeik megmaradjanak. Az őket foglalkoztató célszervezeteknek helyt kell állniuk a piaci versenyben, eredményt kell produkálniuk, veszteségesen nem működhetnek. A versenyképesség megtartása érdekében modernizálni, fejleszteni, gépesíteni kellene gyártási technológiájukat, ami ellentétes alapvető feladatukkal, mivel munkahelyek megszűnésével, leépítésekkel járna. Bár az állam kiemelt támogatásokat biztosít számukra, ha termékeiknek, szolgáltatásaiknak nincs stabil felvevőpiaca, működésük hosszú távon mégsem képzelhető el.

„A célszervezet bizonyos értelemben fából vaskarika. (...) Sok esetben halmozottan hátrányos embereket próbálnak teljesítménybőven versenyhelyzetben foglalkoztatni.”

A célszervezetek versenyképességét meghatározza a régió belüli piaci helyzet, foglalkoztatásukban is elsődlegesen gazdasági szempontok érvényesülnek. Ezek a stagnáló gazdaság, az adottságként meglévő hátrányok mellett igen nehéz helyzetbe hozták a megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztató célszervezeteket. Termékeik iránti fizetőképes kereslet a belföldi piacon alacsony, így termékeik döntő részét exportálják. Túl nagy a konkurencia a piacon és a beáradó olcsó termékekkel sem tudnak versenyezni. Gondot okoz a nagyobb megrendelések hiánya is. Míg a rendszerváltás előtt az állami nagyvállalatok biztos felvevőpiacot jelentettek, mára ez a helyzet megváltozott. A helyükre lépő nagy multinacionális vállalatok visszaélnék erőfölényükkel, csak nagyon tőkeerős cégek tudják felvállalni a 60 napos fizetési határidőt, a nyomott árakat (a hihetetlen árengedményeket, akciókat a legtöbb esetben a beszállítók finanszírozzák). A tanulmány által részletesebben vizsgált térségben, a Dél-Dunántúlon további problémát jelent a régió rossz elérhetősége. A célszervezetek üzletfelei az ország egész területéről kerülnek ki és sok külföldi partnerük is van. Velük többnyire Budapesten tárgyalnak.

A célszervezetek tevékenységének felsorolásából kitűnik, hogy tevékenységeik hasonlóak, termék kínálatuk szinte ugyanaz. Éppen ezért konkurenciát jelentenek egymásnak, ami sok esetben a termékeik árában is megnyilvánul. Mivel azonos tevékenység figyelhető meg, így a foglalkoztatási szint is egyformán alacsony a célszervezeteknél. A célszervezetek egymással is tartják a kapcsolatot, s ennek eredményeként a munkaerő áramlása, illetve az avval való gazdálkodás gazdasági tevékenységüket lendíti. Együttműködésük azonban csak egy határig valósul meg, éppen azért, mert a piacon egyben egymás versenytársai is.

„Mint minden más területen, itt is verseny, hovatovább harc folyik, hogy ki adja olcsóbban a termékeit. Ebbe a helyzetbe a cég vevői belekényszerítik a vállalkozást.”

A célszervezetek üzleti helyzete között nagy különbségek vannak. Az eltérés abból is fakad, hogy amíg a rendszerváltás előtt alapított cégek felszereltsége, gépparkja adott volt, addig a 90-es években alakult társaságok esetében erről a háttérrel nem lehet beszélni. Ebből adódóan gazdálkodásuk is eltért, különösen a beruházások tekintetében vannak jelentős különbségek. A célszervezetek gazdasági helyzete nemcsak különböző, de egyben ingadozó, a napi helyzetnek kiszolgáltatott.

Termékeik piacképessége is változó: a fatermékeknek igen jó a felvevőpiaca, a varrodai tevékenység nagyrészt bér munkát takar, nem folyamatos, az árak nyomottak. A szövödéből kikerült késztermékek nehezen eladhatók, nagy a kínálat és egyre drágább az alapanyag.

5.3. Fejlesztések a célszervezeteknél

A régióban jelentős fejlesztések és beruházások a Munkaügyi Központ Munkaerő-piaci Alap Rehabilitációs Alaprész decentralizált keretéből kiírt pályázat alapján valósultak meg a célszervezetek többségénél.

A célszervezetek körében megvalósult fejlesztések, beruházások:

Új gépek vásárlása volt a beruházás tárgya hat célszervezetnél:

- A Humán Kft. térsztagyártó részlegébe fejlesztés kapcsán modern térsztagyártó gépet vásárolt.
- Az Agora Kft. papírgyártó részlegébe vásárolt új gépet,
- A Texin Kft.-nél varrógépek vásárlása volt szükség a fejlesztéshez.
- A Rehabit Komplex Kft.-nél, a Rána Kft.-nél, a Fexton Kft.-nél szintén új, modern gépet vásároltak.
- A Uwyta Kht.-nál, a Skíz 2000 Kft.-nél, a Komló Habilitas Kft.-nél telephely-vásárláshoz adtunk támogatást.

Ezek a beruházások több milliós nagyságrendet képviselnek, amit a célszervezetek egyedül finanszírozni nem tudtak volna. Ehhez a támogatási formához foglalkoztatási kötelezettség kapcsolódik, aminek időtartamát a Baranya Megyei Munkaügyi Központ három évben határozta meg. Ez azt eredményezte, hogy az utóbbi években a célszervezetek létszáma a megítélt támogatásoktól függően minimum 5-15 fővel bővült Baranya megyében. Ez a foglalkoztatásnövekedés különösen a vidéki telephelyeknél volt pozitív.

5.4. Célszervezetek a Dél-Dunántúlon

Baranya megyében tizenkét célszervezet működik. Ezek a célszervezetek kb. 3400 megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő embert foglalkoztatnak.

A megváltozott munkaképességű és a fogyatékossgal élő munkavállalók által előállított termékek minősége versenyképes a célszervezetek vezetőinek elmondása szerint.

AZ AGORA KFT.

A foglalkoztatottak létszáma 964, 83%-uk, 797 megváltozott munkaképességű. Éves fluktuációjuk 30% felett van, tehát meglehetősen magas. A vezető ennek indoklásaként a rokkantsági nyugdíjra való jogosultság megszerzését, szociális járadék folyósításának igényét, és a normarendszer bevezetését jelölte meg. Jelentősen növelte a kilépések számát a munkáltató kezdeményezésére történt létszámleépítés is.

A nyomda, a dobozüzem, a könyvkötészet mellett kesztyűvarrással is foglalkoznak külföldi megrendelésre. Textilvarrodájuk fő tevékenysége az ágyneművarrás.

Van egy vegyes üzemrészük, ahol karnist csomagolnak, függönycsipeszeket szerelnek, reklámtáskákat ragasztanak.

A kft.-ben most cserélődik a felsővezetés. Az új vezető személye még nem ismert, megbízatása 2004. december 1-jén kezdődik. A jelenlegi megbízott vezető a következőket mondta:

„A 8/1983 EüM—PM-rendelettel és annak módosításaival kapcsolatosan a problémák abból adódnak, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozók igazi rehabilitációjára nem ad lehetőséget a jogszabály, ugyanis az állami támogatást árbevételkényszer mellett lehet igényelni.”

A FŐVÁROSI KÉZMŰIPARI RT. SZENTLŐRINCI TELEPHELYE

A varrodai munkákkal és a cipőfelsőrész-készítéssel foglalkozó részvénytársaság szentlőrinci telephelyén összesen 135 embert foglalkoztatnak. Az összes foglalkoztatott 38,5%-a, 52 személy megváltozott munkaképességű, így telephelyi dotációra nem jogosultak. A fluktuáció minimális. A vállalkozás vezetője a foglalkozási rehabilitáció kapcsán az alábbi problémákat jegyezte meg:

„Olvastam a 2204/2002-es uniós irányelvet, amely a támogatásoknál két kategóriát különböztet meg. A hátrányos helyzetűeket és a fogyatékosokat. A mi definíciónk, amit használunk, a megváltozott munkaképességű, az egy kalap alá veszi e két csoportot. A rendelet módosításában elengedhetetlennek tartom e kategóriák és fogalmak tisztázását, és nevén kell nevezni azokat.”

„Azt tudnám javasolni, hogy a maximális dotáció a ténylegesen kifizetett bér és a járulékok összegének 1,2 szerese legyen...”

„Fontosnak tartom a foglalkozási rehabilitáció definiálását, a kritériumok meghatározását, és azt, hogy ez alapján döntsenek a célszervezeti kijelölésről. Ma a célszervezetek többsége nem végez foglalkozási rehabilitációt, csak a dotációt veszi fel.”

„Javaslom, hogy az új rendelet hatályba lépésének ideje 2006. január 1. legyen. A 2005. évet gondolnám én az új rendelet ismertetésére, hogy a rendeletalkotók is tájékozódhassanak, és kiszűrhessek az eddig esetlegesen előforduló visszaéléseket. Ez az egy év arra is alkalmas lenne, hogy azok a célszervezetek, amelyek nem tudnak megfelelni gazdálkodásukkal, azok a felszámolásukkal járó költségek fedezetét előteremtsék.”

„A szociális intézményekben célszervezetek által történő foglalkoztatás a visszaélések melegágya.”

A HUMÁN KFT. PÉCSI TELEPHELYE

Az országos hálózattal rendelkező társaság központja Kecskeméten van. Fő tevékenysége térsztaggyártás és kisautók összeszerelése. A térsztaggyártás során előállított termékek igen jó minőségűek és keresettek a piacon. A Budapesti Nemzetközi Vásáron díjat nyertek.

A huszonöt saját telephellyel rendelkező, az egész országban összesen 1300 dolgozót foglalkoztató cégen belül 300 személy 40%-ban megváltozott munkaképességű. A dolgozókat saját autóbusszal szállítják a vidéki telephelyekre.

Pécsi telephelyén 100 főt foglalkoztat. A tevékenységet két, szintén megváltozott munkaképességű vezető irányítja. A fluktuáció nem haladja meg éves szinten a 2%-ot. A kft. humánpolitikai vezetőjének fontosabb megjegyzései a mélyinterjú során az alábbiak voltak.

„Évek óta téma, hogy külön kell választani a terápiás foglalkoztatást a célszervezeti foglalkoztatástól, de eddig ez nem történt meg. Pedig ezt meg kellene tenni.”

„A kft.-t igen érzékenyen fogja érinteni, ha a rendelet tervezett módosítása hatályba lép: a 40%-os mértékben megváltozott munkaképességű dolgozóinknak fel fogunk mondani! Hol fognak ezek az emberek dolgozni? Pedig a cég jól működik, főleg 1996 óta, ennek ellenére kénytelenek leszünk embereket elbocsátani.”

„Az egyik legnagyobb problémát abban látom, hogy túl sok a célszervezet, igen sok célszervezeti kijelölés történt az utóbbi időben. Néhány ilyen cégnél alig kell dolgozni, hitegetés van, bért sem fizetnek. Csak az állami dotáció miatt jöttek létre. Körültekintőbben kellene történni a kijelölés, utána pedig az ellenőrzésnek hatékonyabban kellene működnie. A nem megfelelő ellenőrzés miatt elszívják az állami dotációt. Még az is előfordul, hogy névváltozással működik tovább ugyanaz a cég, ahol előtte visszaélés történt. Adminisztrációs ellenőrzések során ezek a dolgok nem derülnek ki, hiszen az adminisztráció papíron rendben van. Akik húzzák az ígát, ráfáznak!”

A KOMLÓ HABILITAS KFT.

A kft. létszáma összesen 85, a megváltozott munkaképességűek aránya 90%. A menedzsmentben megváltozott munkaképességű személy nincs. Fluktuációja éves szinten 9%. A munkahelyet elhagyó munkavállalók többsége más, jobban fizetett állás miatt távozott.

Cirokeprűt, fájátéket, fából készült bútorokat gyártanak, szőnyeget szőnek. Asztalos- és faipari termékeik nagy elismerést váltanak ki a vásárlók körében. Több hypermarkettel (Praktiker, Baumax, Metro) is szerződésük van.

„A rendelet módosítása a bérdotációt fogyatékosági támogatáshoz köti, amit az Országos Orvossalakértői Intézet állapít meg. Akik ilyen szakértői véleménnyel rendelkeznek (legalábbis ez a mi tapasztalatunk), már nagyon alacsony munkavégző képességgel rendelkeznek. Az ő jelenlétük a munkaerőpiacon így kétséges lesz.”

„Azt javaslom, hogy legyen elég a szakorvos véleménye a súlyos fogyatékoság megállapításához. Ha szakorvos állapíthatná meg a súlyos fogyatékoságot, akkor többen tartoznának a súlyos fogyatékosággal élő emberek kategóriába, s közülük így többen rendelkeznének még használható munkavégző képességgel. Ezt az támasztja alá, hogy aki az OOSZI-papírral rendelkezik, szinte teljesen használhatatlan. A szakorvos más szempontokat vesz figyelembe.”

„Néhány munkavállalónak hátrányos, hogy például, aki a vakok személyi járadékát kapja, az nem kap fogyatékosági támogatást.”

A RÁNA KFT.

A kft. 65 személyt foglalkoztat, ebből a megváltozott munkaképességűek aránya 90%. Tevékenységüket egy, nem megváltozott munkaképességű vezető irányításával végzik. Hintóport csomagolnak, szőnyegszövés és raklapgyártással foglalkoznak. Termékeik minőségét mutatja, hogy például az általuk gyártott raklapok az Elcoteq megrendelésére készülnek, ők az egyedüli beszállítók. Hintóporuk is megállja a piaci versenyt: a Coop és az Interspar áruházlánc értékesíti.

Éves fluktuációjuk 7%. A fluktuáció okát vizsgálva kitűnik, hogy a távozóknak többje egészségi okokra hivatkozva próbál könnyebb munkahelyet találni magának. Ennek oka a vezető elmondása szerint az, hogy „a munkavállalók pénzügyi helyzetük miatt hajlamosak túlvállalni magukat”. Helyzetükből kifolyólag még az egészségükre ártalmas munkát is elvállalják időlegesen, csakhogy a megélhetésük biztosítva legyen. A kft. vezetőjének foglalkozási rehabilitációt érintő véleményét az alábbiak tükrözik:

„Már az év eleje rosszul indult az új áfa-törvény bevezetésével. A célszervezetek elégedetlensége miatt ezt korrigálták ugyan, de ez áprilisig bizonytalansági tényező volt.”

„A telephelyi dotációt úgy kellene korrigálni, hogy 100 km körzeten belül minimum 20 km távolságtól járjon.”

„A dotáció tervezhetősége érdekében a következő a javaslatom: a december 31-i állapotnak megfelelő létszámot vegyék alapul. Ha év közben bővül a létszám, az már csak a következő évi dotációnál jöhet számításba.”

„A rendelet módosításával kapcsolatban úgy gondolom, hogy a 2006-ban életbe lépő EU-s jogszabályokhoz kéne igazodnunk, és a 2005-ös év lehetne a felkészülési időszak.”

A JEANETTE KFT.

A fővárosi székhelyű cég az egész ország területén 1570 személyt foglalkoztat, 70%-uk megváltozott munkaképességű. Baranya megyében a foglalkoztatottak létszáma 300 fő, mind megváltozott munkaképességű. A menedzsmentben nincs megváltozott munkaképességű személy. A dolgozók fluktuációja nem számottevő, 1-2%.

Varrodájukban munkaruha, ágynemű, lakástextília készül. Felsőruházati termékeik igen keresettek, többnyire Budapesten értékesítik azokat. Szintén van köztük vásárdíjas termék. A kft. egyik vezetője a 8/83-as rendelet módosításával kapcsolatosan megjegyezte, hogy

„a bér- + költségtámogatás nem jó ötlet. Az átlagkulcs most magas, ezzel a módosítással csak a fele lesz.”

A fővárosi székhelyű vállalkozás három Baranya megyei telephelyen (Turbékpusztá, Helesfa, Mozsgó) is működik, ezek szociális foglalkoztatók is egyben, amelyekkel nagyon jó a vállalkozás együttműködése. A cégvezető véleménye szerint ha csak intézeti keretek között működne a foglalkozási rehabilitáció, akkor megfelelő szakember-ellátottság hiányában ezt nem tudnák megoldani.

„Erősíteni és támogatni kell ezt a fajta együttműködést az intézményekkel.”

A TEXIN KFT.

A vállalkozásnál foglalkoztatottak száma 100, 90%-uk megváltozott munkaképességű dolgozó. A három vezető szintén megváltozott munkaképességű. Éves szinten a fluktuáció 8-10% körüli, főbb okai: az alacsony bér, a romló egészségi állapot, a költözés.

A pécsi székhelyű cég Szigetváron és Hímesházán működtet telephelyet. Ágyneműt, asztalterítőt, munkaruhát, és az egészségügyben egyszer használatos védőruhát varrnak. Termékeik, különösen az

ágyneműk rendkívül jó minőségűek és elfogadható áraik miatt igen keresettek. A cég 12 éve működik, régen is most is 100 körül mozog a foglalkoztatottak száma. Jelenleg nincs bér munkára szerződésük, csak saját termékeket gyártanak. Az interjú során a vezető a következőket mondta el:

„Valóban nagyon sok az a pénz, amit az állam dotációra fordít, e téren elfogadom a meg-szorításokat. De azt is meg kellene vizsgálni, hogy mitől nőtt ilyen magasra ez az összeg? Célszervezeti kijelölés után felduzzasztott létszámmal, ami lehet több ezer, is tönkreteszik a többi célszervezet jó hírét.”

„A dotáció miatt országos hálózatot hoznak létre. A telephelyi dotációt ajánlatos lenne be-határolni maximum 50 km-en belül, illetve megyén belül. Véleményem szerint az ország túlsó végén lévő telephely nem átlátható, elsiklanak dolgok felett, követhetetlen az ottani tevékenység. Tudok olyanról, aki csak 67%-osan megváltozott munkaképességűt vesz fel a magas dotáció miatt.”

„A céget megillető telephelyi dotációt elviszi a szállítási költség, ami szükséges a napi kap-csolattartás miatt. A telephelyi dotációt nem kellene elvonni, mert a vidéki megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának ez az egyetlen módja, a sorsuk függ tőle!”

„A megrendelőkkel kapcsolatban az a tapasztalatom, hogy kihasználják a célszervezete-keket, lenyomják az árakat. Mondván, itt úgyis keveset kell fizetni az embereknek, illetve állami dotációt kapnak.... Annak ellenére, hogy a varrodai munkát nem győzzük, állami dotáció nélkül nem tudnánk működni. Ez a tevékenység a legrosszabbul fizetett az ország-ban... Lenyomja az árakat a kínai termékek dömpingje is.”

„Az állami dotációt bérkiegészítésre használom fel. A dolgozók a teljesítményük alapján nem érnék el a kötelezően előírt minimálbért, nem tudnak annyit dolgozni, lassúak, körülmé-nyesek. Ráadásul a nem termelésben alkalmazottakat, például portás, takarító is fizetni kell. Az utóbbi időben meredeken emelkedett a táppénz-kifizetések száma depresszió miatt. A 40%-osan megváltozott munkaképességű varrónőkre ez nagyon jellemző. Pedig szak-mailag ők a húzóerők.”

„Nagyon nehéz beteg emberekkel helyt állni a munkaerőpiacon, mert ha nem tudjuk a határidőt betartani, nincs munka. Ezért is szükséges valamiféle állami dotáció. Az is prob-lémát jelent, hogy a munkavállalók képessége nem egyezik az elvállalt munkával. (...) Bér munkát nem vállalom, mert nincs arányban a sok munka a kevés pénzzel. Ilyen tevé-kenységekért, mint például a csipesz-összeszerelés, megalázóan keveset fizetnek. A szo-ciális foglalkoztatóknál kellene végezni ezt a pizlicsáré munkát, bár ott is tartani kell a határidőt. (...) A szociális foglalkoztatóknál történő foglalkoztatást külön kellene válasz-tani a célszervezetektől. Tudomásom szerint mindenkinek van munkaszerződése, annak is, aki munkaképtelen.”

„Annak ellenére, hogy nagyon sok gond és probléma adódik, az itt dolgozók meg-bízhatók, pontos, becsületes emberek.”

„A 6%-os nyereségkorláttal nem értek egyet, mert ha több ennél a nyereség, nem tudok beruházni. A géppark ezért is rossz, mert drága az új gép, minimum 1 millió forint.”

„Azért azt sem szabad elfelejteni a célszervezetek működése kapcsán, hogy az államnak bevétele is van adó és járulékos költségek befizetése miatt.”

„Az sem tisztázott, hogy kapunk-e továbbra is áfakompensációt, vagy hogy mi lesz a foglalkoztatási kötelezettséggel?”

„Javaslataim a következők: a célszervezetek vezetői tanúsítsanak önmérsékletet. Termelő embert elküldenek, de az irodai apparátust felduzzasztják. (...) Adókedvezmény ne csak a külföldi vállalkozásoknak járjon, mert ők ezt kihasználják, visszaélnék vele, s az itteniek fáznak rá. Élvezzen előnyt a piacon a célszervezetek által előállított termék. Például kórházak, önkormányzatok tőlünk vásárolhatnának ágyneműt.”

SKÍZ 2000 KFT.

A pécsi székhelyű vállalkozásnál 350 ember dolgozik, a megváltozott munkaképességűek aránya 75%. A menedzsmentben nincs megváltozott munkaképességű személy. A fluktuáció magas, 10% fölött van, ami évente mintegy 40 dolgozót jelent. Ennek okát abban látják, hogy e munkavállalók nagy része „nem is akar dolgozni”. Van aki már az első nap nem jelenik meg felvenni a munkát, többen egy-két nap után hagyják ott őket, a legtöbben azonban a próbaidő alatt távoznak.

A telephelyekkel együtt összesen mintegy 1600 dolgozót foglalkoztatnak. Ágyneművarrással, kisautó összeszerelésével, felnőtt ruházat-, lakástextília-varrással és kézműipari tárgyak készítésével foglalkoznak. A kézműipari tevékenység elsajátításához belső képzést szerveztek a dolgozóiknak. Termékeik értékesítéséhez saját bolthálózatot is üzemeltetnek a város három pontján. Vidéki telephelyeik Siklóson, Kátolyban és Szászváron találhatóak. A vezetőkkel folytatott interjúkból az alábbiakat emeljük ki:

„A rendelet módosításával kapcsolatban érdemes visszamenni a '90-es évek elejére. Akkoriban a célszervezeteken belüli foglalkoztatás szociális kérdéseket akart megoldani. Ennek következtében nem voltak rákényszerítve a hatékony munkára. A változó gazdasági körülmények miatt az állami dotáció csökkentése viszont megkövetelné a gazdálkodás hatékonyságát. Persze ez nem megy egyik napról a másikra. Ennek érdekében a bér-munkát minimálisra kellene csökkenteni, bár a dotáció ennél a tevékenységnél a legmagasabb. Ez nagy ellentmondás. A bér munkánál csak bérköltség van, míg a saját termék előállításánál bérköltség és anyagköltség is. A bér munkánál kétszeres szorzó plusz 1,4 szorzó van. A saját árutermelésnél a szorzó csak 1,4.”

„Nálunk a Skíznél már csak minimális a bér munka, a saját termelést erőltetjük, mert csak ezzel lehet piacra menni. Ezzel azt akarom mondani, hogy fontos lenne megállni a saját lábunkon. Termékeink jó minőségűek, nincs is gondunk az értékesítéssel. Vannak megrendeléseink szállodáktól, kollégiumoktól stb. Az értékesítés növelése érdekében főállású üzletkötőket alkalmazunk.”

„A dotációval kapcsolatban hangsúlyoznám, hogy a magas állami támogatás ellentételezéseként ezzel arányosan nőtt az árbevétel is. Ezen kívül fizetjük az iparűzési adót, amit a külföldi nagy cégek nem fizetnek. Ezt igazságtalannak tartom! A dolgozók részéről pedig befizetések történnek az állam számára járulékok, adók formájában. Ezeket is figyelembe kellene venni akkor, amikor megszorításokon gondolkodnak.”

„A munkavállalók részéről is szükséges lenne a szemléletváltás, mert sokan egészségi állapotuk alapján véleményem szerint többet vannak táppénzen, mint amennyi indokolt lenne. Meggyőződésem, hogy a célszervezeteknél dolgozó megváltozott munkaképességű alkalmazottak többsége lassú, alulképzett, nem tudna megfelelni a piaci követelményeknek az alacsony termelékenység miatt. Ezen a munkakipróbálás sem segítene, mert kérdéses, hogy erre az időre ki fizet bért? Ha beválik ennek során a dolgozó, akkor sincs garancia arra, hogy nálam marad a próbaidő után. Aki rendszeres ellátásban részesül, az nem is akar mindenáron dolgozni. Nem is tesz annak érdekében semmit, hogy munkahelyét megtartsa.”

„Azok a tevékenységek, amelyek pár éve még a célszervezetekre voltak jellemzőek, például zacskóragasztás, csipesz-összeszerelés, függönykarika-csomagolás stb. átkerülhetnének a szociális foglalkoztatók tevékenységi körébe. Itt azonban a feltételek nem adóttak és megteremtésük költséges. Szükség lenne a foglalkoztatáshoz gazdasági szakemberre, megfelelő és akadálymentes helyiségekre.”

„A célszervezetek biztonságérzetét rontja az állandó változás, például minimálbér, áfavisztaigénylés stb. (...) Idén nem is mertünk pályázni a Baranya Megyei Munkaügyi Központ által kiírt munkahelyteremtő pályázatra, mert a három éves foglalkoztatási kötelezettséget nem mertük vállalni.”

„A célszervezeteknek meg kellene felelniük a piaci feltételeknek, fejlesztés, beruházás által, ám nem vagyunk hitelképesek.”

„A módosításhoz többféle javaslatom van: a jelenlegi dotáció mértékét a mindenkori infláció arányával növeljék. Emellett szükséges az ellenőrzések gyakoriságának növelése és hatékonyabbá tétele. A visszaélőket kellene büntetni és nem az összes többit. (...) Vissza kellene állítani azt a gyakorlatot, hogy bizonyos munkaköröket csak megváltozott munkaképességű dolgozó tölthet be.”

AZ UWYTA REHABILITÁCIÓS ÉS FOGLALKOZTATÁSI KHT.

A cég országos hálózata összesen 2092 személyt foglalkoztat, Baranyában 426-ot, ebből 350 (82%) megváltozott munkaképességű. A menedzsmentben 14 megváltozott munkaképességű dolgozó tevékenykedik. Az éves fluktuációjuk igen magas, 30%. Ezt azonban árnyalja az a tény, hogy a munkahely elhagyása tranzitálás miatt történik. A cég többek között növénytermesztéssel, karbantartó és kézműves tevékenységgel, bútorok felújításával, gyártásával, szőnyegszövésével foglalkozik. A sikeres és városszerte ismert Ne dobd el programjuk újrahaznosítási, környezetvédelmi feladatokat lát el.

Baranya megyében a célszervezetek közül a Uwyta Kht. az egyetlen, amely nonprofit szervezetként is működik. A 8/1983. EüM—PM együttes rendelettel kapcsolatban az alábbi véleményt fogalmazta meg egyik vezetőjük:

„A rendeletet a for profit szervezetek sajátosságait figyelembe véve alkották meg, így teljes mértékben hiányoznak a nonprofit szektort jellemző specifikumok a jogszabályból (például a 6%-os nyereségkorlát léte a for profit szervezeteknél indokolható: ne állami támogatásból osszanak osztalékot, a nonprofit, közhasznú szervezeteknél a jogszabályi kötelezettségek miatt – nincs osztalék – a megtermelt nyereséget kötelező visszaforgatni a közhasznú tevékenységbe, így teljes mértékben indokolatlan a 6%-os nyereségkorlát.”

„A jogszabály nem választja külön a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásakor jelentkező terápiás illetve árbevételt hozó tevékenységeket (például 40%-ban megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiacára vihető, illetve terápiás jellegű tevékenységet végző intellektuális fogyatékossgal élő emberek) mindegyikre vonatkozik az árbevétel-kényszer.”

„A bérdotáció igénylésekor elvárt nettó árbevételbe számítsanak bele a nonprofit szervezetek egyéb, az együttes rendeletben nem említett bevételei is. Például rehabilitációs otthon üzemeltetése esetén a lakók által fizetett térítési díjak, az állami normatíva, az adományok stb.”

A KE-KO MÉDIA KFT.

A társaság összlétszáma 224, a megváltozott munkaképességűek aránya majdnem 100%, 220. A menedzsmentben nincs megváltozott munkaképességű személy. A fluktuáció nagyon alacsony, nem jellemző. Tevékenységeik között találunk varrodai munkát, kisautóösszeszerelést és a csomagolást. 2002-ben létesített egy telephelyet Gilvánfán, ahol többszörösen hátrányos helyzetű (egészségkárosodott, cigány, funkcionális analfabéta) munkanélkülieket foglalkoztat műanyag termékek összeszerelésére és csomagolására. A cégvezetővel készített interjúból az alábbi véleményt emeljük ki:

„Az a törvényi szabályozás, amely árbevételhez köti a dotáció lehívását, nehézzé teszi az életünket. Nem az árbevétel ellen vagyok, érthető, hogy nem akarnak ellentételezés nélkül finanszírozni.”

„Az árbevételnek szinkronban kell lennie a létszámmal, ami szinte lehetetlen, ez nagyon nehezíti a gazdálkodást. Az árbevétel oldalán engedményeket kellene tenni a kormánynak, nagyon egyoldalúan változtatnak. Segítséget nem adnak a célszervezeteknek, de szorításokat tesznek. Egy dolgozó sem tudja kitermelni a támogatást, a bérét, s így ellentmondásba kerülnek az árbevétellel.”

A REHABIT KOMPLEX KFT.

Az irodaipapíráru-gyártással és annak feldolgozásával foglalkozó társaság összes dolgozója (350 fő) megváltozott munkaképességű. A menedzsment két személy kivételével szintén megváltozott munkaképességűekből áll. A fluktuáció 4-5% körül mozog. Emögött alapvetően az húzódik meg, hogy a 40%-ban megváltozott munkaképességűek leszámolnak, és ha megkapják az 50 illetve 67%-ot, akkor visszamennek a céghez.

2004. december 1-jétől 50 dolgozó foglalkoztatásával új telephelyet nyitnak Harkányban. Salgótarján környékén is indítanak telephelyet. Jelenlegi telephelyei: Magyarszék, Gerde, Komló, Pécs, Hosszúhetény, Erzsébet, Szellő, Mohács, Szigetvár. Országosan 50 telephellyel rendelkeznek. A cég vezetője szerint „...fontos a telephelyi dotáció, mert magasak a szállítási költségek.” Ráckevén található a központi nyomda, onnan terítik papírral az ország összes telephelyét. Javaslatuk szerint:

„...Ne vonják el a dotációt, mert meg fognak szűnni a célszervezetek. A 40%-osan megváltozott munkaképességűektől ne vonják el a dotációt, legyen kifutási ideje az új jogszabálynak.”

„Magyarországon minden 45 év feletti munkavállaló munkavállalási képessége csökkent legalább 40%-kal.”

„A legnagyobb problémát a bér munkában látom, ott a bevételek igen alacsonyok. (...) Mi saját terméket állítunk elő, mégsem tudnak fennmaradni állami dotáció nélkül. Drága az alapanyag és a megrendelőt mindenáron ki kell elégíteni.”

A FEXTON KFT.

A komlói kft.-nél 308 ember dolgozik, 97%-uk megváltozott munkaképességű. A tizenkét fős menedzsment szintén. A csekély fluktuáció (2%) az egészségi állapot romlásából fakad. Négy telephelyen működik varrodájuk: Komlón, Pécsen, Majson és Bonyhádon. Főként varrodai tevékenységet végeznek, felsőruházati termékek gyártása a fő profiljuk. Termékük közül kiemelkedő a vízhatlan autós kabát, ezeket németországi megrendelésre készítik.

Működik egy kreatív részlegük is, ahol csuhéból készítenek tárgyakat. Ezek a dolgozók a cégen belül végezték el ezt a tanfolyamot, azóta is itt tevékenykednek. A vak és látásfogyatékosággal élő dolgozók számára számítógépet vásároltak a nekik szükséges számítógépes programokkal együtt. A hallásfogyatékosággal élő dolgozókkal való kommunikáció érdekében több kolléga megtanulta a jelbeszédet.

A cégvezető szerint:

„...A nyáron kiadott rendelet módosításának tervezete nincs kidolgozva, és csak pénzügyi szempontokat vesz figyelembe. (...) Az áfa-visszaigénylés kapcsán amúgy is nagy a bizonytalanság a jövőre nézve, most még ez a megszorítás is... ez már túl sok nekünk.”

„Az utóbbi időben a varrónők egyre többet vannak táppénzen, ennek oka a depresszió. Számos bezárást és felszámolást éltek meg az utóbbi években, s ez nyomott hagyott bennük. Félnak a jövőtől.”

„A megváltozott munkaképességűek termelékenysége nem éri el a megkívánt normát, kevesebbet állítanak elő.”

„A telephelyeken egyaránt megtalálhatók különböző munkakörökben a hallás-, látás- és mozgáskorlátozottsággal élő emberek, akik nagyon örülnek a munkalehetőségnek. Játékautókat szerelnek össze, apró gumi alkatrészeket gyártanak és csomagolnak bér munkában. Sajnos a bér munka ára igen alacsony, az árban nem lehet érvényesíteni a ráfordított munkát.”

HELYI GAZDASÁGFEJLESZTÉSI ÉS FOGLALKOZTATÁS POLITIKA

A helyi gazdaságfejlesztési lehetőségek sokszínűek, lehetőséget teremtenek arra, hogy a helyi viszonyokhoz igazodó, sikeres gazdaságfejlesztési eszközrendszer legyen a helyi önkormányzatok, a helyi vállalkozók, a kamarák, a civil szervezetek és az egyéb gazdaságfejlesztési szereplők kezében. A gazdaságfejlesztési helyi programok legfőbb célja:

- a munkahelyteremtés,
- a képzési, továbbképzési programok támogatása,
- a turizmus feltételeinek megteremtése,
- a helyi szolgáltatások körének bővítése, minőségének javítása,
- a kis- és a középvállalkozások támogatása,
- az új technológiák és iparágak leteleptése.

A munkalehetőség minden európai országban a legérzékenyebb kérdés, a munkahelyteremtés elsődleges fejlesztési cél. Különösen igaz ez a volt államszocialista közép-kelet-európai térség országában. Egyik következménye ennek az, hogy a foglalkoztatási szempont érvényesítése – a területfejlesztés során is – többször a gazdasági hatékonyság (általánosabban a versenyképesség) romlásával párosul – természetesen időlegesen: ha tovább nem tartható a túlfoglalkoztatás egy adott szervezetnél, akkor jön egy újabb fejlesztési akció, és a folyamat kezdődhet előlről. Manapság azonban gyakoribb, hogy a munkanélküliség biztonsági szelepének szerepét a szolgáltatás, azon belül is a közösségi – költségvetési alapú és finanszírozású – szolgáltatás veszi át. Mivel e rendszerek központi – állami – finanszírozásúak, a foglalkoztatási képességük gyakorlatilag független az adott térség gazdasági teljesítményétől. Emiatt a térségek között a foglalkoztatási képességet tekintve lényegesen kisebbek a területi különbségek, mint a gazdasági teljesítményekben.

A helyi önkormányzatoknak a munkahelyteremtésben óriási szerep jutott a piacgazdasági átmenetben. Péteri Gábor kutatásai alapján elmondható,¹⁹ hogy a kilencvenes évek közepéig a községekben ez volt az elsődleges helyi gazdaságfejlesztési célkitűzés, de a városokban is az előkelő harmadik helyen szerepel a működő tőke vonzása és a szolgáltatási szektor bővítése mögött. A munkahelyteremtés helyi gazdaságfejlesztési eszközrendszerben való megjelenése több tényezőnek is köszönhető:

- Általában a helyi gazdaságfejlesztési felértékelődéséhez hozzájárult a hetvenes évektől kezdődően a központi politika hatástalansága a helyi problémák megoldása terén. Ebbe a kategóriába beletartozott a munkanélküliség kezelésének kérdése is, amely ráadásul mind égetőbb kérdéssé vált, hiszen a szervezetről való átvétel következtében felerősödtek a foglalkoztatási problémák regionális különbségei.
- A globalizáció térnyerése önmagában felértékelte a lokalitás szerepét. Az új kihívásokra válaszul a helyi közösségeknek meg kell találniuk a saját erőforrásaikban rejlő lehetőségeket, az ezek fejlesztésén alapuló versenyelőnyöket. Nem véletlen, hogy a helyi gazdaságpolitika kiemelt területe lett a humán erőforrás-politika (a hangsúly ráadásul az aktív munkaerő-piaci eszközök felé tolódott el).

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a helyi gazdaságfejlesztésben a lokális szereplők közül kiemelt szerep jut a helyi önkormányzatoknak. Legtöbbször a helyi beavatkozások kulcs-

¹⁹ Péteri G. 1996: Helyi útkeresés. Változások az önkormányzati szolgáltatásszervezésben. In Horváth M. T.—Kiss J. (szerk.): Aréna és otthon. Budapest, Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány. pp. 105–144.

szereplőiként jelennek meg, de a koordinációs, együttműködési tevékenységük a többi esetben is fontos sikerfeltétele a kezdeményezéseknek. A helyi önkormányzat humánerőforrás-fejlesztési beavatkozási lehetőségei között kell említenünk az alábbiakat:

- a saját foglalkoztatás (szociális jellegű, közmunka, intézményi létszámgazdálkodás, köz-beruházások),
- a KKV-k működési feltételeinek javítása (bár a foglalkoztatásban korántsem töltenek be olyan szerepet, mint az az elterjedtségükből következne),
- a működőtőke-befektetések vonzása, ami során munkalehetőséget teremtő új vállalkozások jelennek meg a térségben,
- infrastruktúra-fejlesztés, a közlekedési helyzet javítása, a térségi foglalkoztatók elérhetővé tétele,
- olyan térségi együttműködésekben való részvétel, amik célja a foglalkoztatási problémák megoldása,
- az oktatáspolitikai eszközök (a továbbtanulás támogatása, az oktatás minőségének biztosítása stb.).

Ezekkel a beavatkozásokkal a hazai önkormányzatok is gyakorta éltek. Az eszköz elterjedtsége azonban nem feltétlenül jelenti annak megfelelő voltát. Mivel a települések többségénél a munkahely-teremtés volt az elsődleges cél, egy-egy zöldmezős beruházásnál, vagy az önkormányzati vagyон értékesítésénél nem készítették hosszú távú terveket; környezeti, munkapiaci, helyi gazdasági hatástanulmányokat. A munkapiac adott állapota határozta meg a döntést, és ekkor sem a struktúra, hanem csupán a munkanélküliségi ráta volt a döntő tényező. A helyi önkormányzat munkapiaci beavatkozása tehát nem minden esetben volt megfelelő. Ráadásul a foglalkoztatási cél kiemelt kezelése számos olyan helyzetet is teremtett, amikor az önkormányzat a piacképtelen struktúra, termelési szerkezet, vagy éppen egy bizonyos nagyvállalat megóvása érdekében avatkozott közbe. A munkapiaci beavatkozásokra nyilván ugyanúgy igazak az általános közgazdasági hatékonysági elvárások, mint a helyi gazdaságfejlesztési beavatkozások mindegyikére.

A megváltozott munkaképességű munkanélküli emberek megjelenése a lokális munkapiacon tipikusan olyan szituációt teremt, ahol a helyi önkormányzatnak célszerű közbeavatkoznia. A probléma megoldása során élhet az aktív foglalkoztatás, a helyi munkahely-teremtési ösztönzők alkalmazásával, aktivizálhatja saját partnerszervezeteit és a helyi civil szervezeteket, elősegítse az információ-áramlást és támogathatja a célszervezeteket. Ha a megváltozott munkaképességű munkanélküliek a tartósan munkanélküliek számát gyarapítják, akkor az önkormányzatnak a pozitív diszkrimináció eszközéhez kell nyúlnia. Fontos eszköze a helyi gazdaságfejlesztést felvállaló helyi önkormányzatnak a stratégiai tervezéssel támogatott helyi foglalkoztatáspolitikája, aminek megvalósítása során szociális, képzési, átképzési, közmunkaprojektekkel segítheti elő a munkaerőpiac egyensúlytalanságának mérséklését. Ezek a projektek azonban akkor lehetnek kellőképpen hatékonyak, ha a helyi társadalmi bázishoz illeszkednek, alulról szerveződnek és a helyi sajátosságokat maximálisan figyelembe veszik. Azok a központi kormányzati programok, amelyek a fejlesztési forrásokkal nem vagy csak korlátozottan rendelkező helyi önkormányzatok számára mentsvárat jelentenek, egyúttal a helyi kezdeményezések irányát is kijelölik, s ez sok esetben nem megfelelő. A helyi munkaerőpiacon megjelenő megváltozott munkaképességű munkavállalók legtöbbször a helyi kezdeményezések fokozott innovativitását igényelik – az egyedi problémák egyedi megoldásokkal oldhatók meg, ezért a helyi gazdaságfejlesztés klasszikus területét képezik.

A dél-dunántúli régió megyeszékhely városaiban lefolytatott szociológiai kutatások azt támasztják alá, hogy a helyi lakosság véleménye szerint a helyi önkormányzatoknak egyértelműen szerepet kell vállalniuk a munkaerő-piaci problémák kezelésében és a munkahelyteremtésben.

A szekszárdi kutatás eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy a lakosság véleménye szerint a munkaerő-piaci problémák orvoslása terén volt a legnagyobb az elmaradás 1998. és 2002. között. (Miközben olyan elemeket vizsgáltak még, mint a közúthálózat, a közművek, a közbiztonság, a környezetszennyezés, a tömegközlekedés, az oktatás, az egészségügyi és a szociális ellátás stb.) Ráadásul a helyi lakosok a foglalkoztatási problémákért nagy százalékban az önkormányzatot teszik felelőssé, hiszen a legfontosabb önkormányzati feladatnak tartják a munkahelyteremtést.²⁰

²⁰ Csegény P.—Kákai L. 2002b: Szekszárd politikai térképe – lakossági vélemények. Kézirat.

Kaposváron hasonló a helyzet, így nem véletlen, hogy a helyi gazdaságpolitika legfontosabb célkitűzése a munkahelyteremtés támogatása.²¹ A foglalkoztatási helyzet javítása a megkérdezett helyi lakosok szerint a legfontosabb helyi önkormányzati feladat, ráadásul a helyi társadalom megítélése szerint ezen a területen mutatható ki a legkisebb előrelépés 1998–2002 között²². Pedig ezt a foglalkoztatási célt több részpolitika is támogatja egyszerre. Elsőként említjük az oktatáspolitikát, amely a szak-, a felnőtt- és a továbbképzési irányok kijelölésével, a képzés támogatásával, valamint az egyéb munkaerő-piaci szereplőkkel való folyamatos kapcsolattartás révén igyekszik elősegíteni a helyi munkanélküliség csökkentését. Az önkormányzat közoktatási koncepciójában ott találjuk a feladatok között a gazdasági szféra munkaerőigényének folyamatos követését és lehetőség szerinti kielégítését. A foglalkoztatási célokat is szolgáló részpolitikák közül kiemelhetjük még az adópolitikát, az iparpolitikát de ezeken kívül minden egyes ágazati politikának lehetnek munkaerő-piaci kihatásai. Nem elhanyagolható szempont az sem, hogy az önkormányzat mint nagy foglalkoztató és közmunkaprogramok szervezője meghatározó szereplője a munkaerőpiacnak.²³

A pécsi kutatás szintén hasonló eredményre vezetett (ugyanakkor ez a felmérés a rendszerváltástól 1998-ig terjedő időszakról foglalkozott). A megkérdezett helyi lakosok véleménye szerint a munkanélküliség okozza a legnagyobb problémát a városban, miközben a helyi önkormányzat legfontosabb feladatának a munkahelyteremtés tekinthető (olyan egyéb tényezőkkel összevetve, mint a közbiztonság, az óvodai, az iskolai és az egészségügyi ellátás, a városfejlesztés stb.).²⁴

Látható, hogy mind a három kutatás munkaerőpiacra vonatkozó végkicsengése a munkaerő-piaci problémák kezelésében való fokozottabb közösségi szerepvállalás szilárd jelenléte a társadalmi elvárások között.

²¹ Mezei C. 2003: A helyi gazdaság és annak fejlesztése Kaposváron. Kézirat. Készült az OTKA T 034201 sz. kutatás keretében. Pécs, PTE BTK.

²² Csegény P.—Kákai L. 2002a: Kaposvár politikai térképe – lakossági vélemények. Kézirat.

²³ Mezei C. 2003: A helyi gazdaság és annak fejlesztése Kaposváron. Kézirat. Készült az OTKA T 034201 sz. kutatás keretében. Pécs, PTE BTK.

²⁴ Csegény P.—Kákai L. 2001: Lakossági vélemények a városról, politikáról, önkormányzatról. In Kunszt M. (szerk.): Politikum Pécsen. Pártpreferenciák, erőviszonyok, helyi hatalom, gazdaság és civil társadalom. Pécs, PTE BTK Politikai Tanulmányok Tanszéke. pp. 15–136.

FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ AZ EURÓPAI UNIÓBAN

7.1. Foglalkoztatási helyzet az EU-ban

A foglalkoztatáspolitikai utóbbi években kialakított és alkalmazott eszközrendszere, vagy a regionális fejlesztéspolitikai tradicionális eszközei nem hoztak jelentős sikereket a regionális foglalkoztatási, gazdasági válsághelyzetek kezelésében.²⁵ Az Európai Unióban a legalacsonyabb munkanélküliséggel rendelkező 25 régió 1997-ben ugyanaz volt, mint 1987-ben, és a munkanélküliségi ráta sem változott számottevően ebben az időszakban. Ezzel szemben a munkanélküliséggel leginkább sújtott régiókban ez a ráta 20%-ról 25%-ra nőtt, az egy évnél hosszabb időt állástalanul töltők aránya pedig 30%-ról 60%-ra változott. Ezek az adatok a helyi problémakezelés fontosságára hívják fel a figyelmet.²⁶

Nagy eltéréseket tapasztalhatunk a tagállamok és a régiók között a foglalkoztatási és a munkanélküliségi mutatókat vizsgálva. A munkanélküliségi ráták szélső értékei: 2,3% (Hollandia) és 13,1% (Spanyolország). A 7,6%-os EU-átlag mögött a tagországok régióinak munkanélküliségi rátái 1,2% (Utrecht) és 24,8% (Calabria) között szóródnak.²⁷

A foglalkoztatási ráta és szélső értékei az EU-ban és az idén csatlakozó országokban

Forrás: Regions: Statistical Yearbook 2001. European Commission, Eurostat.

MUNKANÉLKÜLISÉGI RÁTÁK SZÓRÓDÁSA A TAGÁLLAMOKBAN ÉS A LEGINKÁBB SÚJTOTT RÉGIÓKBAN (2001) (%)

A legmagasabb munkanélküliségű régiók		A tagállamok átlaga		A legalacsonyabb munkanélküliségű régiók	
Andalucia	22,3	Spanyolország	13,2	Navarra	6,1
Häe Suomi	13,5	Finnország	10,8	Aland	1,3
Dytiki Makedonia	15,8	Görögország	10,2	Kriti	5,8
Calabria	24,8	Olaszország	9,5	Dél-Tirol	3,0
Guadeloupe	29,0	Franciaország	8,5	Alsace	4,8
Dessau, Halle	16,9	Németország	7,8	Felső-Bajorország	3,1
Hainant	12,8	Belgium	6,6	Flamand-Brabant	2,6
Norra Mellansverige	13,1	Svédország	5,1	Stockholm	2,7
Merseyside	9,8	Egyesült Királyság	4,8	Berkshire	1,6
–	–	Dánia	4,4	–	–
Alentejo	5,7	Portugália	4,0	Acores	2,2
Border Midland and Western	4,6	Írország	3,7	Dél- és Kelet-Írország	3,4
Bécs	4,9	Ausztria	3,4	Felső-Ausztria	2,1
–	–	Luxemburg	2,4	–	–
Groningen	4,3	Hollandia	2,3	Utrecht	1,2
		EU-átlag	7,6		

Forrás: Sarudi, 2003 (Eredeti forrás: KSH Területi Statisztikai Évkönyv, 2001.)

²⁵ Halmos Csaba 2000. Munkaügyi rendszerváltás. Doktori Értekezés, PTE.

²⁶ Frey Mária 2001. Nonprofit szervezetek a munkaerőpiacon. Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest.

²⁷ A legmagasabb rátát Guadeloupe, Franciaország egyik tengerentúli régiója produkálta: 29,0%.

Az Európai Bizottság évente tesz közzé jelentést Foglalkoztatás Európában címmel. A dokumentum a 90-es évek közepe óta az Európai Unióban levő munkaerőpiacokon bekövetkezett strukturális változásokat is elemzi. E jelentés is rámutat arra, hogy az Európai Unió jelenlegi gazdasági és foglalkoztatási kilátásai meglehetősen bizonytalanok. Bár 2001-re a foglalkoztatottsági arány elérte a 63,9 százalékot, e tekintetben még sok a tennivaló, különösen, ha figyelembe vesszük a Lisszabonban elhatározott teljes foglalkoztatásnak megfelelő 70%-os foglalkoztatási szint 2010-re előirányzott célját (Nagy, 2003), valamint a foglalkoztatottsági ráták terén mutatkozó feltűnő regionális egyenlőtlenségeket, amit az előző oldalon lévő táblázat is szemléltet.

Az említett jelentésből levonható egyik legfontosabb tanulság az, hogy a foglalkoztatás minősége szoros összefüggésben áll a termelékenységgel, illetve a foglalkoztatottság mértékével. A foglalkoztatás minőségének javítását célzó politikák tehát egyben a foglalkoztatottság növeléséhez is hozzájárulhatnak. Általában igaz, hogy minél magasabb egy régió termelékenységi színvonala (az egy foglalkoztatottra jutó GDP) és foglalkoztatási rátája, annál kedvezőbb az egy lakosra jutó GDP értéke.

A foglalkoztatáspolitikában az unió az alábbi prioritásokat fogalmazta meg:

- foglalkoztatási szint növelése, 2010-re 70%-os foglalkoztatási ráta elérése,
- a munkabéreket terhelő járulékok csökkentése,
- a munkanélküliség csökkentése,
- munkahelyteremtés,
- atipikus foglalkoztatási formák ösztönzése.

7.2. Fogyatékossgal élő személyek és rokkantak foglalkoztatása

A megváltozott munkaképességű emberekkel kapcsolatos jogszabályok az unióban alapvetően emberjogi és szociálpolitikai kérdések, valamint versenyképességi, hatékonysági kérdések eredőjeként értelmezhető.

A KOMOLY FIZIKAI, VAGY MENTÁLIS EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMÁVAL ÉS TESTI FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK AKTIVITÁSA ÉS INAKTIVITÁSA AZ EU-BAN (%)

	Aktívak	Inaktívak
1998.	3,3	16,2
1999.	2,5	14,5
2000.	3,1	15,7
2001.	3,2	16,4

Forrás: Eurostat, a www.europa.eu.int/comm/eurostat oldalai alapján.

Az Európai Unióban 2003. a fogyatékossgal élő emberek éve volt.²⁸ Ez alkalomból tűzte ki célul valamennyi uniós tagállam a fogyatékossgal élő emberek teljes gazdasági integrációját. Ennek eléréséhez valamennyi forrást mobilizálni kell nemzeti, regionális és lokális szinten egyaránt. Az unió fogyatékos-politikájában már a 90-es években történt egy jogi paradigmaváltás, amelynek a lényege az volt, hogy a fogyatékossgal élő embereket ne a jóléti állam támogatásainak címzettjeként értelmezzék, hanem teljes jogú állampolgárként. 1993 decemberében az Európai Közösség közgyűlése elfogadta a fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlőségéről szóló rendelkezést. Ennek nyomán minden tagállamnak foganatosítania kellett olyan törvényeket, amelyek a fogyatékos emberek esélyegyenlőségét szorgalmazzák.

Az Amszterdami Szerződés kimondja a fogyatékossga vonatkozó diszkrimináció tilalmát. 1996-ban az Európai Unió megalkotta a fogyatékossgal élő emberekre vonatkozó stratégiáját (Equal of

²⁸ A tartósan károsodott emberek foglalkoztatottsági aránya az Európai Unióban 20-30%-kal alacsonyabb, mint az egészséges népességnek.

Opportunity for People with Disabilities – A new Community Disability Strategy). Ez – a témában – a tagállamok közötti és belüli kommunikáció erősítését, az Európai Fogyatékos Fórum létrehozását, valamint a fogyatékoság ügyének a fősodorba vezetését ösztönözte. A luxemburgi foglalkoztatási csúcson elfogadott irányelvek közül az esélyegyenlőségi pillér felszólítja a tagállamokat arra, hogy tegyenek konkrét lépéseket a fogyatékosággal élő személyek munkaerő-piaci integrációjának elősegítésére (19. irányelv).

A legtöbb európai uniós tagországban a munkaügyi minisztérium felelős a fogyatékosággal élő emberek foglalkoztatási rehabilitációjáért. Néhány országban a fogyatékosági politika föderatív alapon szerveződik, ilyenek például: Belgium, Németország, Ausztria, Svájc. De még ebben az esetben is a fogyatékosággal élő személyek támogatásának és rehabilitációjának bizonyos aspektusai a szövetségi állam kompetenciájában maradnak. A fogyatékosággal élő emberek reintegrációjához többféle állami támogatás szükséges. Néhány országban foglalkoztatási és orvosi rehabilitáció folyik, másokban foglalkoztatási, orvosi és szociális rehabilitáció is. A foglalkoztatási rehabilitáció a következőket foglalja magában:

- Munkahelyi képzés, speciális képzési lehetőségek, kurzusok, védett munkahelyek²⁹,
- a munkahely átalakításának támogatása,
- speciális tanácsadás a munkaadóknak,
- a fogyatékosággal élő embereket alkalmazó és foglalkoztató munkaadók támogatása, kvóta-előírások alkalmazása a fogyatékosággal élő személyek foglalkoztatására.

Mindezek teljesítését a tagállamok a foglalkoztatási rehabilitációt elősegítő dotációkkal támogatják. Ezek jogcíme, nagysága, törvényi feltételei, és a mögöttük álló szervezetrendszer országos sajátosságokat mutat. Ami valamennyi tagországra jellemző törekvés, az a foglalkoztatáspolitikára általánosan is jellemző cél: A segély helyett esély elv alkalmazása. Eszerint a passzív pénzbeli juttatásoktól el kell mozdulni az aktív munkaerő-piaci intézkedések irányába. Ezen belül is az egyéni rehabilitáció, a megelőzés, a korai beavatkozás az intézkedések leghatékonyabb (és egyben költséghatékony) módja.

Az EU-ban kétféle támogatási forma létezik: az egyik a megváltozott munkaképességből eredő teljesítménycsökkenés kompenzálása, a másik a megváltozott munkaképességből eredő többletköltség kompenzálása. A teljesítménycsökkenés miatti kompenzáció olyan bértámogatás, amelynek aránya a károsodás mértékétől függ, fontos és szigorú szabály ugyanakkor, hogy a támogatás a bruttó bér 100%-át nem haladhatja meg. A költségkompenzáció esetén főszabály, hogy csak a megváltozott munkaképességű dolgozóval összefüggésben keletkező többletköltség fedezhető a támogatással. Ilyen például munkahely létesítése, speciális feltételek kialakítása, akadálymentesítése, speciális eszközök beszerzése. Ha védett szervezetről van szó, akkor további költségek is elszámolhatók, például az érintett személyek szállításával kapcsolatos költségek, de az igazgatással, a munkaszervezéssel kapcsolatos többletköltségek is. Az unió gyakorlata alapvetően az egyént állítja a középpontba, az egyén munkahelyi környezetét támogatja.

A 2204/2002. EK-RENDELET

Az Európai Közösségek Hivatalos Lapjában (2002. XII. 13.) közzétették a Bizottság 2204/2002/EK-rendeletét (2002. XII. 05.), amely az EK-szerződés 87. és 88. cikkének foglalkoztatásra adott állami támogatásra történő alkalmazásáról szól. A rendelet 25. pontja szerint a fogyatékosággal élő munkavállalók állandó segítséget igényelhetnek ahhoz, hogy a munkaerőpiacon maradhassanak. Jogosan adható ösztönző annak érdekében, hogy – a többiekkel szemben előnyben részesítve őket – az e csoportba tartozó munkavállalókat alkalmazzák. A fogyatékosággal élő személyek lehetőségeinek bővítése mára a foglalkoztatási stratégia teljes jogú komponensévé vált.

Ez a rendelet nem akadályozza meg a hátrányos helyzetű munkavállalók felvételéhez, illetve a fogyatékosággal élő munkavállalók felvételéhez vagy foglalkoztatásához adott támogatások összevonását más foglalkoztatási költségek tekintetében kínált támogatással. Ilyen esetekben jogosan adható ösztönző annak érdekében, hogy – a többiekkel szemben előnyben részesítve őket – az e csoportba tartozó munkavállalókat alkalmazzák.

²⁹ A védett munkahely olyan létesítményben történő foglalkoztatás, ahol az alkalmazottak legalább 50%-a fogyatékosággal élő olyan munkavállaló, aki képtelen munkát vállalni a nyílt munkaerőpiacon.

E rendelet alkalmazásában az alábbi fogalommeghatározás található:

Fogyatékossgal élő munkavállaló: bármely olyan személy, aki a nemzeti jog szerint fogyatékossgal élőknek elismert, vagy aki elismerten komoly testi, elmebeli vagy pszichológiai károsodással él.

Védett munkahely: olyan létesítményben történő foglalkoztatás, ahol az alkalmazottak legalább 50%-a fogyatékossgal élő munkavállaló, olyan, aki képtelen munkát vállalni a nyílt munkaerőpiacon.

Fogyatékossgal élő munkavállaló esetében a foglalkoztatására vonatkozó minden támogatás bruttó intenzitása, amelyet – a felvételt követő egy év bérköltségeinek százalékaként kell kiszámítani – nem haladhatja meg a 60%-ot (hátrányos helyzetű munkavállalók esetében az 50%-ot). A fogyatékossgal élő munkavállalók foglalkoztatásának többlet költségei az előzőekben leírt támogatással együtt nem haladhatják meg a munkavállaló fogyatékossgából következő alacsonyabb termelékenység, valamint a következő költségek bármelyikének kompenzálásához szükséges mértéket:

- A létesítmények átalakításának költségei
- A kizárólag a fogyatékossgal élő munkavállaló segítésére fordított idő munkaerő-költségei
- Az általuk használt berendezések átalakításának vagy beszerzéseinek költségei, amelyek azokon a költségeken felül jelentkeznek, amik akkor adódnának, ha a kedvezményezett nem fogyatékossgal élő munkavállalót foglalkoztatna, bármely olyan időszakban, amelyben a fogyatékossgal élő munkavállalót ténylegesen foglalkoztatta.

Ha a kedvezményezett védett munkahelyet biztosít, akkor a támogatás ezen túl fedezheti, – de nem haladhatja meg – az érintett létesítményépítési, szerelési vagy bővítési költségeit, valamint bármely, a fogyatékossgal élő munkavállalók foglalkoztatásából eredő ügyviteli és közlekedési költségét.

EK-Bizottság rendelete a foglalkoztatás állami támogatásáról³⁰ minden olyan állami támogatási programra nézve kötelező érvényű, amely a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásának járulékos költségeire szolgál fedezetül.

7.3. Illeszkedés az EU szabályozási környezetéhez

A jogszabálmódosítás kapcsán a politika szeret az unió gyakorlatára hivatkozni. Ez önmagában érthető és helyes, hiszen mint a következőkben látni fogjuk, az unió és annak egyes tagországai követendő megoldásokat alkalmaznak. A hibát ott látjuk, amikor az alkalmazkodás kapcsán az EK 2204/2002-es rendeletére hivatkoznak, amely szerint: az állam a támogatásai által nem adhat indokolatlanul nagy versenyelőnyt ezeknek a szervezeteknek, illetve csak olyan mértékű szubvenciókat adhat, amelyek a verseny szabadságát nem korlátozzák. Ez rendjén is van, de ez alapvetően a piaci versenyre érvényes, ezt a támogatási formát a piaci versenyben nem engedik generálisan megjeleníteni. Irányelvek vannak, kötelező érvényű szabályok nincsenek, így tagállamonként eltérő gyakorlatok figyelhetők meg. Egyik interjúnk során ezt jegyezhetjük le:

„Szerintem az ominózus EK-rendelet, amire sokszor hallom, hogy hivatkoznak, a versenyhelyzetben működő piaci szereplőkre érvényes. Hiba lenne ezt ráerőltetni a hazai célszervezetekre.”

Mindezek ellenére a jövőt illetően célszerű az EU elvárásaihoz, ha nem is szigorúan igazodni, de azokat a jogszabályalkotás kapcsán figyelembe venni. Az EU egymástól elkülönülten kezeli a munkaviszonyban állók támogatását és a munkaviszonyon kívüli munkavégzés támogatását. A munkaviszonyban állók támogatásánál egyértelműen kulcsszerepet kap az integrált foglalkoztatás támogatása, amelyben viszonylag nagy teret adnak a civil szférának is. Az EU-ban védett szervezetként tartják számon azokat a foglalkoztatókat, ahol a megváltozott munkaképességű dolgozók aránya 50% feletti.

Az unió általános gyakorlata és a jelenleg hatályos magyarországi rendelet közötti különbségek:

- Az unió alapvetően a személyhez és nem a szervezethez köti a támogatást.
- A támogatás feltétele, hogy az elismerhető költségekről nyilvántartás készüljön. Ilyen passzus a hazai jogszabályban nincs.

³⁰ 2204/2002. rendelet az EK-szerződés 87. és 88. cikkelyének a foglalkoztatás állami támogatására való alkalmazásáról.

- Támogatás csak olyan költségekre igényelhető, amelyek a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával összefüggésben keletkeznek.
- Sokoldalú pályázati rendszer működik: a fix támogatások (bér- és dologi költségek) mellett pályázati rendszerek működnek a tb-nél, biztosítótársaságoknál, valamint több állami alaphoz lehet pályázni forrásokért.
- Az unióban gyakori, hogy e szervezeteknek állami megrendeléseik vannak, Magyarországon ez meglehetősen ritka.

A támogatás mértéke az EU-ban szigorúan kötődik versenysemlegességi alapelvekhez. Vagyis: a támogatás maximum akkora lehet, ami biztosítja az egyensúlyt a versenysemlegesség és a foglalkoztatáspolitikai célok között. Az összes támogatás nem haladhatja meg az alkalmazott személy bruttó bérének 100%-át. A béreken kívül támogathatók:

- létesítmény átalakításának költségei,
- a megváltozott munkaképességű emberek segítésére alkalmazott munkavállalók munkaerő-költségei,
- berendezések beszerzésének vagy átalakításának költségei,
- adminisztrációs és személyszállítási költségek (csak védett munkahelyek esetén).

Minden esetben főszabály, hogy a költségek csak akkor támogathatók, ha azok valóban a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása kapcsán keletkeztek, vagyis nem jelentkeztek volna akkor, ha ilyen személyeket a cég nem foglalkoztatna.

A célszervezetek vezetőinek körében nagyfokú bizonytalanság tapasztalható abban a kérdésben, hogy az Európai Unióhoz való csatlakozásunk után megmaradhatnak-e a jelenlegi támogatások. A célszervezetek a megváltozott munkaképességű emberek jövőbeni foglalkoztatását illetően rendkívül bizonytalanok. Információik szerint az EU nem kíván a versenyszférában előnyöket biztosítani a célszervezet számára, s ez bizonytalanná teheti a helyzetüket. Jelenleg minden célszervezet „kivár”, nem fejlesztenek.

„Ott látom a problémát, hogy az EU elvár majd tőlünk valamit, mi pedig nem készülünk fel a szabályozó rendszerrel. A központi végrehajtó hatalomban teljes bizonytalanság van, nem beszélve a VSZOSZ-ról (Védett Szervezetek Országos Szövetsége), amely hálószervezete ezeknek a célszervezeteknek. Nincs komoly érdekvédelme, tehát a szervezeteknek nem kérdik a véleményüket.”

Magyarországon a rendszer nem érett meg arra, hogy az EU-s gyakorlat 2005-től átültethető legyen. A jelenlegi helyzetben mind a foglalkoztatók, mind az egyének megsínylenék az uniós elvek gyors bevezetését. Ezt igazolják kutatásaink is, de felismerte ezt a Foglalkoztatási és Munkaügyi Minisztérium is, amikor az alkalmazkodásra két év átmenetet tett lehetővé.

„Ha nem drasztikusan, hanem lépésről lépésre történik a váltás, akkor ezek a szervezetek ezt túléljük, mert van annyi emberszeretet ebben a szakmában, én ezt látom, hogy mindent megtesznek azért, hogy megmaradjanak a munkahelyek. (...) A 2003. december 31-i záró létszám viszont gondot jelenthet (...), akik 2004-ben létszámot emeltek, azok az ekkor felvettek jelentős részének szerintem fel fognak mondani.”

Ha viszont ebben a két évben nem lesznek jelentős változások, akkor a struktúra további konserválása nem visz közelebb az egyébként jól működő európai uniós gyakorlathoz, vagy legalább annak egyes elemei sikeres átvételéhez.

7.4. Néhány tagország gyakorlata

A következőkben három ország foglalkoztatási rehabilitációjának néhány példaértékű sajátosságát részletezzük.

7.4.1. Egyesült Királyság

Nagy-Britanniában a fogyatékossgal élő személyeknek különféle törvényekben eltérő meghatározásai léteznek, mivel a meghatározások eltérő célt szolgálnak. A fogyatékossgal élő személyek egyenjogúságáról szóló törvény például kiterjesztően értelmez, ami azt jelenti, hogy nemcsak a testi fogyatékossgot érti alatta, hanem a pszichikai fogyatékossgot, valamint például az izületi gyulladást, a cukorbetegséget és az epilepsziát is.

A fogyatékossgal élő személyek ötféle segélyben részesülhetnek:

- Háztartási segélyben (Ha a 65 évesnél fiatalabb fogyatékos személynek a mindennapi tevékenységeinek lefolytatásához segítségre van szüksége, vagy ha mozgáskorlátozottsággal él.)
- Gondozási segélyben (65 éves kor után, az olyan mértékű fogyatékossgal élő személyeknek jár, akik egy ápoló általi folyamatos ápolásra és gondozásra szorulnak.)
- Pénzbeli ellenszolgáltatásban (Ha valaki alkalmazott munkahelyi baleset következtében legalább 14%-os testi, vagy pszichés fogyatékossgal él.)
- Állami kártérítés (Ha egy bizonyos betegség elleni oltás következményeként lett valaki fogyatékos.)
- Alapnyugdíj (Azoknak a fogyatékossgal élő személyeknek jár, akik katonai szolgálat alatt, vagy háborúban váltak fogyatékos.)

Ezek mellett a fogyatékossgal élő személyeknek a szociális rendszer folyamatos ellátásokat biztosít a munkaképtelenséggel összefüggésben.

Mivel az Egyesült Királyságban a fogyatékossgal élő személyek jogállásával több törvény is foglalkozik, ezért a fogyatékossgal élő személyek ellátására vonatkozóan nincs egységes törvénykezés. Egy törvény szociális ellátásai más törvények által meghatározott kifizetésekkel és segélyekkel összehasonlíthatók. Az Egyesült Királyság fogyatékosspolitikájának fő célja az, hogy a szociális segélyek felvevőjéből munkavállaló váljék. Ennek eléréséhez Angliában a több mint 20 főt foglalkoztató munkaadóknak kötelezettsége, hogy a létszámuk 3%-át fogyatékossgal élő emberek alkossák (Ez az ún. kvótaelőírás).

A New Deal for Disabled People innovatív projektet 1997-ben indították. A NDDP azért jött létre, hogy a fogyatékossgal élő embereket a betegségükkel összefüggő segélyek világából és az inaktivitásból kimozdítsák a fizetett munka világába. 1998-ban két pilot tervet indítottak útjára: a 12 Personal Adviser Service-t és az Innovative Schemes-t.

Az Access to Work program tanácsadással és gyakorlati támogatással olyan segítséget kínál, amivel a fogyatékossgal élő emberek a legjobb lehetőségeiket használhatják ki. A program támogatja a fogyatékossgal élő embereket a munkakezdésben, az önfoglalkoztatóvá válásban, vagy egy konkrét munkahelyen a munkavégzésben. Segítséget jelent a fogyatékossgal élő embereknek abban, hogy a saját speciális igényeik teljesüljenek a munkahelyen (az állásinterjút segítő kommunikátor biztosításától, a munkafeltételeken át, a munkájukat támogató személy biztosításáig). Ha a munkavállaló úgy érzi, hogy a fogyatékossga hátráltatja abban a munkában, amit végez (és ez legalább egy éve fennáll), akkor nincs más dolga, mint kapcsolatba lépni a helyileg illetékes Jobcentre Plus iroda³¹ személyes tanácsadójával (Disability Employment Adviser). A program tanácsadója a munkavállalóval és a munkaadóval is tartja a kapcsolatot. A programhoz a munkaadók is fordulhatnak, ha úgy tervezik, hogy fogyatékossgal élő dolgozót kívánnak alkalmazni. Ha a munkaadó munkánélküli személyt alkalmaz, vagy ha valakit kevesebb mint 6 héttel ezelőtt toborzott, akkor a segély az AtW tanácsadó által jóváhagyott költségek 100%-a lehet. Azokra az alkalmazottakra, akik 6 hete, vagy régebb óta dolgoznak és speciális berendezésekre, vagy átalakításokra van szükségük a munkavégzéshez, azoknak az AtW a támogatási költségeket a következő arányban fizeti:

³¹ Jelenleg Anglia szerte több mint 1500 Jobcentre Plus létezik (12 területi egységen belül), amelyek a munkakeresésben támogatnak, valamint náluk lehet a segítyt is igényelni. A területi Jobcentre-ekben mindenki kérhet segítséget, nem kell ahhoz munkánélkülinek lennie.

- Ha a jóváhagyott költség kevesebb, mint 300 font, akkor az AtW-hozzájárulás 0.
- Ha a jóváhagyott költség 300–10 000 font között van, akkor az AtW-hozzájárulás 300 font felett a költségek 80%-a.
- Ha a jóváhagyott költség 10 000 font felett van, akkor az AtW hozzájárulás a 300–10 000 font közötti költség 80%-a, és a 10 000 font feletti költség 100%-a.
- Bármilyen legyen is a foglalkoztatott státusza, az AtW a költségek 100%-át kifizeti: a segítő személyizetre, az utazásra, valamint az interjút segítő kommunikátorra.

A Job Center által jóváhagyott támogatás folyósítását és a szükséges eszközök beszerzését a munkaadó rendezi, a költségeket pedig az AtW-program révén igényli vissza. Minden támogatást 3 évre hagyják jóvá, majd felülvizsgálják és megfelelő feltételek esetén továbbfolyósítják.

Az állami intézményeken kívül Nagy-Britanniában önkéntes alapon is szerveződnek a fogyatékossgal élő emberek munkaerő-piaci reintegrációját segítő szervezetek. Például az Employment Opportunities (Charity) olyan jótékonyági szervezet, amelynek célja, hogy a fogyatékossgal élő emberek visszatérjenek a munka világába. A Charityt 1980-ban alapította London város 10 fő foglalkoztatója (többek között: a Bank of England, a BP, az IBM, a Price Waterhouse, az értéktőzsde, az Unilever). Az utóbbi 5 évben a Charity több mint 5000 fogyatékossgal élő embernek segített munkát találni. A munkába állításon túl folyamatosan képzik is a dolgozókat. Ma már több mint 20 központja van Angliában, Skóciában és Walesben. A Charityt az esélyegyenlőség szószólójaként tartják nyilván Angliában.

A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK MUNKAERŐ-PIACI INTEGRÁCIÓJÁT TÁMOGATÓ INTÉZKEDÉSEK KIADÁSAINAK ALAKULÁSA AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁGBAN (MILLIÓ EURÓ)

	A fogyatékossgal élő személyek integrációja (összkiadás)	Access to Work	New Deal for Disabled People
1998.	267,58	29,57	7,39
1999.	321,83	36,43	30,36
2000.	364,25	49,22	21,33
2001.	350,51	68,33	13,49
2002.	326,23	79,83	42,94

Forrás: Eurostat, a www.europa.eu.int/comm/eurostat oldalai alapján.

7.4.2. Németország

Németországban a legalább 16 főt foglalkoztató gazdasági társaságoknak a létszám 6%-ának megfelelő arányban kell foglalkoztatniuk súlyos fogyatékossgal élő embereket. Ha a vállalkozás ezt a kötelezettségét nem teljesíti, akkor havonta 102 euró befizetési kötelezettsége keletkezik, minden így be nem töltött álláshelyre.

Németország fogyatékossgügyi politikájában kiemelt figyelmet fordítanak a megelőzésre. Ha valamilyen munkavállalónak veszélybe kerül az egészsége, akkor valamennyi érintett szervezet (munkaadó, üzemi szakszervezet, fogyatékoszervezet, integrációs hivatal, közös szolgálat, valamint az üzemi orvos) közös intézkedést fogantat annak érdekében, hogy megszüntessék a foglalkoztatási akadályokat és megtartsák a munkavállalót a munkahelyen. Az üzemi integrációs meg egyezésekben előnyben részesítik a fogyatékossgal élő embereket, a hátrányos helyzetű fiatalokat, a fogyatékossgal élő nőket.

A fogyatékossgal élő embereket foglalkoztató cégektől az általános munkaerőpiacra történő átmenetet erőteljesen támogatják. Az egykor védett munkahelyen foglalkoztatott munkavállalót képzésekkel felkészítik arra a munkahelyre, amelyre átvészik. A megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztató üzemek az általuk foglalkoztatott fogyatékossgal élő személyekre támogatást kapnak. Ez az összeg 26 euró minden, a munkakörében foglalkoztatott ember után, akinek a

munkabére ezzel az összeggel együtt a 325 eurót nem haladja meg. Ha a munkabér magasabb, mint 299 euró, akkor a támogatás havonta a munkabér és a 325 euró közti összeg.

Németországban a fogyatékossgal élő embereket foglalkoztató üzemek egyesületekben szerveződnek. Egy egyesülethez több (akár 70-80) üzem is tartozik. A következőben a Genossenschaft der Werkstätten – Nord (GDW – Nord) egyesületet mutatjuk be. Több mint 70 üzemében sokféle tevékenységet folytatnak a fogyatékossgal élő emberek. Teljesítményük a DIN ISO 9001 előírásainak megfelelően biztosított. Az egyesület üzei gyors és rugalmas alkalmazkodást kínálnak a megrendelők igényeihez. Különös figyelmet szentelnek a minőségnek és a határidő betartásának. A szövetségi állam területén bármely vállalattal vállalnak együttműködést. Megrendelőik között cégek, intézmények, közösségek és városok is vannak. Igyekeznek lépést tartani a technikai fejlődéssel. Üzei a legmodernebb technikai felszereléssel és gépparkkal működnek. A munkák elvégzéséhez szükséges szakkompetenciát a dolgozók képzésével biztosítják. A cég a termelési folyamat bármely feladatát képes ellátni – a rendelést, a beszerzést, a raktározást, a gyártást és a kiszállítást just in time rendszerben végzik. Az eddig folyamatosan teljesített feladataik a következők voltak. A használt elektronikus berendezések (telefonok, számítógépek, háztartási eszközök) környezetbarát módon történő újrahasznosítása (recycling). Ezzel a tevékenységi területtel a GDW, 5 másik szervezettel összevonva, a németországi piacon piacvezető. Szaktevékenységként manuális és technikai eszközökkel támogatott összeszerelést, rész- és végleges összeszerelést, reklámeszközök összeszerelését is végzik (a töltőtöltőtől a formatervezett lámpákig). Ezen túl kábeleket, dugaljakat, kerékpár elektronikát, kapcsolódobozokat, konnektorokat is összeszerelnek. Valamint hegesztést, válogatási munkákat, csomagösszeállítást, be és kicsomagolást, borítékolást és levélszervizt is vállalnak. Különféle technikákkal nyomtatnak, kis és nagy szériában egyaránt (prospektusokat, füzeteket, brosrákat, naptárakat...). Az egyesület kedvező árait a törvény is garantálja.

A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK MUNKAERŐ-PIACI INTEGRÁCIÓJÁT TÁMOGATÓ INTÉZKEDÉSEK KIADÁSAINAK ALAKULÁSA NÉMETORSZÁGBAN (MILLIÓ EURÓ)

	a fogyatékossgal élő személyek integrációja (összkiadás)	A fogyatékossgal élő emberek munkaerő-piaci integrációjának támogatása
1998.	2160,8	2027,1
1999.	2413,9	2279,5
2000.	2605,1	2444,6
2001.	2863,4	2612,3
2002.	3063,7	2748,4

Forrás: Eurostat, a www.europa.eu.int/comm/eurostat oldalai alapján.

7.4.3. Ausztria

Ausztriában az üzemeknek 25 foglalkoztatottként egy fogyatékossgal élő személyt kell alkalmazniuk (min. 50%-os fogyatékossgal), vagy havonta 149 euró befizetési kötelezettséget kell teljesíteniük. Ausztriában – fő célként – a fogyatékossgal élő embereknek munkahelyet és képzési lehetőséget biztosítanak azzal a céllal, hogy az általános munkaerőpiacra közvetítsék őket. A fogyatékossgal élő személyek képzésének támogatása az Európai Szociális Alap és az állami szociális hivatalok támogatásával valósul meg a következő területeken:

- A fogyatékossgal élő személyek tanulási és képzési jogviszonyának támogatása.
- A fogyatékossgal élő személyek képzésének támogatása a piactgazdaság vállalatainak programjain belül.
- Egyéni képzési intézkedések.
- Képzési intézkedések a rendelkezésekben.

Starttámogatáshoz juthatnak az ausztriai munkaadók a fogyatékossgal élő emberek munka- vagy képzési helyének megteremtésekor. E támogatás előfeltétele, hogy a munka- és a képzési helyek létesí-

tése legalább 5 évre történjen. Nagysága maximum 36 336 euró, kiegészítve a fogyatékossgal élő személyek foglalkoztatásához szükséges beruházásokkal maximum 18 168 euró értékben. Emellett integrációs segítő³² igénybevételére, vagy a projektben foglalkoztatott hátrányos helyzetű emberek bérköltség-hozzájárulására is lehetőség van.

Az integrációs üzemek azoknak a fogyatékos emberek foglalkoztatási integrációs intézményei, akik a fogyatékossgal fajtája, vagy súlya, esetleg mindkettő miatt az általános munkaerőpiacon nem tudnak dolgozni.

Az osztrák integratív üzemek modulárisan épülnek fel:

- A foglalkoztatási modulban bocsátják a fogyatékossgal élő embereknek rendelkezésére a munkahelyeket. Az integratív üzemek egyenjogúak bármely más céggel. Ezeknek az üzemeknek ugyanúgy, mint más vállalatoknak a piacon, a szabad verseny körülményei között kell megjelenniük a termékeikkel és szolgáltatásaikkal.
- A foglalkoztatás-előkészítési modulban a fogyatékossgal élő embereket annak érdekében képzik, hogy az általános munkaerőpiacra közvetítsék őket. Az integratív üzemekben rendelkezésre álló infrastruktúrával (eszközök, kellékek, szakszemélyzet) a fogyatékossgal élő emberek magas színvonalú képzése valósul meg.
- A szolgáltatási modulban jelennek meg azok a szolgáltatások (az integratív üzemek know-how-ja), amelyekkel megvalósulhat a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatási integrációja. Ez a modul olyan, mint egy különleges szolgáltatási kínálat egy másik cégnek, vagy intézménynek.

Ausztriában ma 8 integratív üzem működik. A Tiroli Védett Üzemek (Geschützte Werkstätte Tirol – Integrative Betriebe Tirol GmbH) volt Ausztriában az egyik első ilyen gazdasági társaság. A cég kapocsként működik a gazdaság és a fogyatékossgal élő emberek között. Megpróbál reális, a gazdaságban is létező feltételek mellett munkálkodni. Ami azt jelenti, hogy dolgozói megszokott (nem speciális) munkafolyamatban vesznek részt. Az üzemben folyamatos a pszichológiai és a szociális ellátás. A cég dolgozóinak rendelkezésére áll egy üzemi orvos és egy speciálisan felszerelt autóbusz is a közlekedés megkönnyítésére. A vállalkozás történetének legfontosabb momentumai:

A gazdasági társaság 1980-ban alakult, 30 alkalmazottal. Kezdetben ajándékokat és síalkatrészeket gyártottak. Később asztalosmunkát is vállaltak, ládák és rekeszek gyártásába is bekapcsolódtak, majd a háztartási gabonahulladékokat felhasználva készítettek termékeket. Nemrégiben bevezették a cégnél a CNC technológiát és ennek megfelelő képzésben részesítették az ott dolgozókat. A tiroli iparral intenzíven együttműködnek: néhány éve ipari partnerük kihelyezte az összeszerelő üzemét a céghez. 1998-tól kezdődően a fogyatékossgal élő dolgozóiknak évente tréningprogramot szerveznek. 2000-ben az üzem ISO 9001:DIS 2000 szerinti tanúsítványt kapott. Azóta tevékenységi körét és gépparkját folyamatosan bővíti. Ma kb. 140 alkalmazottja van, 80%-uk fogyatékossgal élő személy.

A korlátolt felelősségű társaság vállalkozói, tulajdonosi struktúrája példaértékű. Tagjai:

- a Tiroli Gazdasági Kamara,
- Tirol Munkaügyi Kamarája,
- Civil Szövetségek,
- a Munkaügyi és Szociális Minisztérium,
- az Általános Biztosítási Hivatal,
- Tirol Land,
- Tirol Szövetségi Szociális Hivatala,
- Tirol Munkaerő-piaci Szolgálata,
- a vállalkozó.

³² 1995-től az állami szociális hivatalok, az ESF pénzügyi támogatásával, egy fontos hiányterületet fedtek le a fogyatékossgal élő személyek munkahelyi asszisztensének alkalmazásával.

A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK MUNKAERŐ-PIACI INTEGRÁCIÓJÁT TÁMOGATÓ INTÉZKEDÉSEK KIADÁSAINAK ALAKULÁSA AUSZTRIÁBAN (MILLIÓ EURÓ)

	A fogyatékossgal élő személyek integrációja (összkiadás)	A munkavégzés háttérrendszere és a fogyatékossgal élő személyek munkahelyi asszisztense
1998.	83,6	4,2
1999.	98,3	5,4
2000.	113,3	5,3
2001.	145,1	18,2
2002.	153,2	19,8

Forrás: Eurostat, a www.europa.eu.int/comm/eurostat oldalai alapján.

A táblázatok adatait vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a fogyatékossgal élő személyek integrációjára fordított kiadások általában évről évre emelkednek. Emellett a komoly testi, vagy mentális egészségügyi problémával élők, betegek, vagy fogyatékossgal élő személyek aktivitásának dinamikája ingadozó (egyik évben növekedést, a másikban csökkenést tapasztalhatunk). Mivel ez az ingadozás csak kis mértékű, ezért állíthatjuk azt, hogy a fogyatékossgal élő személyek integrációjára fordított kiadások növekvő mértéke mellett e csoport aktivitásának szinten tartására nyílik lehetőség.

7.4.4. További uniós példák a foglalkozási rehabilitációra

Egy finnországi projekt alapján négy ún. szociális szövetkezetet hoztak létre. Ez új kihívás a fogyatékossgal élő személyek munkanélküliségi problémájának megoldásához. Finnországban a munkaerőpiacról való kirekesztődést és az ellátások kiadásának csökkenését szeretnék elérni.

Spanyolországban pénzügyi kompenzáció segítségével ösztönzik az egészségkárosodott emberek bekerülését az elsődleges munkaerőpiacra, valamint újrafoglalmazták a védett foglalkoztatás szerepét a képzésben és az elsődleges munkaerőpiacra történő bekerülés előmozdításában.

Svédországban szellemi fogyatékossgal élő embereknek munkalehetőséget teremtettek egy gazdaságilag életképes vállalat alapításával. A cég elektronikai anyagok és készülékek újrahasznosításával foglalkozik.

Franciaországban pályairányítási, tanácsadási és foglalkoztatási rendszert fejlesztettek ki az egészségkárosodással élő emberek számára. Ezek a megyei és a regionális foglalkoztatási, egészségügyi és szociális szolgálatokkal együttműködve integrált gondoskodást kínálnak, amely felöleli az egész utat a kórháztól a rehabilitációs központokon át a munka világába való visszatérésig.

7.5. A 2004-ben csatlakozott államok gyakorlata

Cipruson 1996-ban bevezették a támogatott foglalkoztatás rendszerét azzal a céllal, hogy foglalkoztatási lehetőséget teremtsenek a mentális korlátozottsággal élő és többszörösen fogyatékos személyek részére, akik esetében a védett intézményekben való képzés és foglalkoztatás nem hozott eredményt abban a tekintetben, hogy bejussanak a nyílt munkaerőpiacra.

Észtországban törvény szabályozza a juttatásokat, támogatásokat. A csak részben korlátozott munkaképességű, fogyatékossgal élő személyeket a munkaügyi hivatalba irányítják, ott munkanélkülinek regisztrálják őket, de semmilyen támogatást nem kapnak. Csak akkor jogosultak támogatásra, amikor képzésben vesznek részt.

Lettország 1992-ben szakképzési és rehabilitációs központot hozott létre, ahol középfokú iskolai végzettségű, fogyatékossgal élő személyek szakképzésével foglalkoznak. A központ együttműködése a munkáltatókkal és egyéb intézményekkel azt eredményezte, hogy a végzettek 80%-a állásra lelt. Aktív munkaerő-piaci intézkedéseik: szakképzés, fizetett átmeneti közmunka, munkahelykeresés ösztönzése.

Litvánia esetenként az adó elengedését vagy jelentős mérséklését teszi lehetővé, illetve alacsonyabb bérleti díjakat kínál, így támogatva a civil szervezeteket és vállalatokat a fogyatékossektorban. A nagyobb civil szervezetek gyakran saját vállalkozásokat működtetnek. A jelenlegi gazdasági körül-

mények miatt ezek a szervezetek a túlélésért és a termelés fenntartásáért küzdenek, és megkísérlik a fogyatékossgal élő emberek korábbi foglalkoztatási kvótáit fenntartani az egyre kiélezettebb piaci versenyhelyzetben.

Málta képzést és szakmai támogatást kínál a fogyatékossgal élő személyeknek. Programot szerveznek a képzésbe való átmenet, a munka feltárása és az elhelyezkedés segítésére. Anyagi támogatást csak rövid távon kínálnak a munkáltatóknak. Újabb kezdeményezést terveznek, amely pénzügyi kompenzációt garantál azoknak a munkáltatóknak, amelyek olyan, fogyatékossgal élő személyeket alkalmaznak, akik képtelenek a szokásos munkavállalók termelékenységére. Elkötelezettek a fogyatékossgal élő emberek munkahely-szerzése és annak megtartása segítésében.

Lengyelországban az orvosi és a szociális rehabilitáción túl megfelelő speciális képző és rehabilitációs központokat működtetnek civil szervezetek. A súlyos fogyatékossgal élő emberek részt vehetnek terápiás jellegű műhelyek munkájában, ami azt jelenti, hogy a szociális rehabilitációval egy időben zajlik a foglalkozási rehabilitáció. Néhány intézkedésük a nyílt munkaerőpiac munkáltatóit célozza meg, míg mások csak a védett munkahelyeket, képzőintézményeket. A védett munkaerőpiac legtöbbje termelő, kereskedik, szolgáltató, és független versenyképes céggént működik. Ezek megfelelő munkakörülményeket biztosítanak olyan személyek számára, akik fogyatékossguk miatt nem tudnak elhelyezkedni a nyílt munkaerőpiacon. Ezeknek a munkahelyeknek néhány pénzügyi juttatást (adókedvezményeket) garantáltan biztosít az állami költségvetés.

Szlovákiában a munkaügyi hivatal pénzügyileg támogatja a védett műhelyek létrehozását és működtetését. A munkáltató igényelheti működési költségeinek részleges megtérítését is. A közepes vagy súlyos fogyatékossgal élő állampolgár egyéni vállalkozásához támogatást igényelhet.

Szlovéniában a munkahelyi és a foglalkoztatási képzés a rehabilitációs folyamat integrált része. A munkaügyi központ az egészségkárosodott munkanélkülieket elsősorban a közmunka-programokban helyezi el. Támogatják az egyéni vállalkozást, és megtérítik a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásával összefüggő költségeket. Fedezik a foglalkoztatást megelőző munkahelyi betanítás költségeit. Az elbocsátás ellen teljes törvényi védelmet ad az alkalmazásban álló, fogyatékossgal élő munkavállalóknak. Ez negatív következményekkel jár, mert a munkáltatók eleve nem alkalmazzák őket. Bérkiegészítést kínálnak az állandó munkahelyekhez.

ÖSSZEFOGLALÁS, JAVASLATOK

A foglalkozási rehabilitáció eszköz- és intézményrendszerének átfogó modernizációjára van szükség, éppen ezért egyetértünk a 8/1983 EüM—PM együttes rendelet módosításával, még inkább egy alapjaiban, fogalomrendszerében is új, a jelenlegi problémákat figyelembe vevő és az uniós irányelvekhez igazodni próbáló rendelet megalkotását javasoljuk, természetesen a jelenlegi jó gyakorlatok és működőképes elemek továbbvitelével és azok erősítésével.

Tisztában vagyunk a költségvetés helyzetével, megszorítások szükségességével. Az új rendelet megalkotása során, de annak bevezetését megelőzően mindenképpen széleskörű tájékozódásra, felmérésre, érdekegyeztetésre van szükség mind a kormány, mind a célszervezetek és más foglalkoztatók, mind pedig az érdekvédelmi szervezetek részvételével.

PARTNERSÉG, EGYÜTTMŰKÖDÉS

A megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő emberek elhelyezkedési lehetőségei ugyanolyan összetettek, sok tényezőtől függnak, mint az egészséges munkát keresőké (képzettség, a térségi munkaerőpiac keresleti-kínálati viszonyai, szakmai tapasztalatok stb.)

A foglalkozási rehabilitáció komplex problémakör, hatékony és eredményes megoldások csak valós horizontális és vertikális partnerség mellett, az érintett szakminisztériumok együttműködésével, összehangolt munkájával találhatók. Partnerségre, együttműködésre kell törekedni a foglalkozási rehabilitációban érintett szervezetekkel, különösen a foglalkoztatókkal. Számukra térségi fórumok szervezése lehet eredményes. Főként a kistérségi (például munkaügyi központok kirendeltségeinek illetékességi területe) szintű fórumok szervezése ad alkalmat tényleges tapasztalatcserére.

Minden munkáltatónak kötelessége az egyenlő hozzáférés esélyének biztosítása. Ehhez azonban elengedhetetlen, hogy az állam részéről a foglalkozási rehabilitációban érintett egészségügyi, oktatási és munkaügyi tárca együtt, közösen gondolkodjon olyan program megvalósításában, amely a jelenlegi, de még inkább a felnövekvő nemzedék hátrányos helyzetű állampolgári körének foglalkoztatását segíti elő. E három tárcának közös a felelőssége, mert már kisgyermek kortól kezdve kell felkészíteni a társadalmi beilleszkedésre az egyént. Ezzel párhuzamosan biztosítani kell az egészségügyi rehabilitáció megvalósulását, hogy felnőtt korban a munkavállalás megvalósulhasson. Azért is lenne fontos a fogyatékossgal élő embereket a szociális gondoskodástól a munkavégzés felé terelni, mert a juttatások önmagukban kirekesztettséget idéznek elő a munkaerőpiacon.

A foglalkozási rehabilitáció olyan komplex jogszabályi és intézményi struktúra egyik részecskéje, amelyre más rendszerek jelentős hatást gyakorolnak. A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását támogató állami dotációk hatékonyságának jelentős javulása nehezen képzelhető el a kapcsolódó rendszerek reformja nélkül. Különösen az ellátórendszer tűnik e tekintetben akadálynak, ennek változatlanága a támogatások hatékony hasznosulása ellen hat, hiszen olyan érdekeltségeket konzervál, amelyekkel nem könnyű a kitűzött céloknak, különösen a hatékonysági követelményeknek való maradéktalan megfelelés. Az ellátórendszerek és a különféle foglalkoztatási formák közötti koherencia megteremtése nélkülözhetetlen a hatékonyság növeléséhez. Hossz útvon mindenképpen el kellene gondolkodni egy új betegbiztosítás kidolgozásán.

ÉRDEKELTSÉG

További ösztönzőkkel kell megcélozni az elsődleges munkaerőpiacon tevékenykedő munkáltatókat a megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatására, a munkahelyi integráció elősegítése érdekében. Az állami támogatások újraszabályozása által hatékonyabb foglalkoztatást ösztönző érdekeltségi rendszer kialakításával a munkaadók érdekeltségének növelése akár a rehabilitá-

ciós hozzájárulás további növelésével is elképzelhető. További támogatási formák bevezetése szükséges az elsődleges munkaerőpiacon tevékenykedő munkáltatók számára, ösztönözve őket egészségkárosodott munkavállalók alkalmazásában. Ezek az ösztönző támogatások lehetnek akár bérjellegűek, vagy járulékátvállalások, vagy további adókedvezmények. Mindez kapcsolható a munkahelyi képzések támogatásához és a munkába járás költségeihez is. A támogatásoknak ne legyen időbeli korlátja, mert ez jobban szolgálná a foglalkozási rehabilitációt, mint a passzív ellátások. Ezt úgy értjük, hogy ezek a támogatások mindaddig igénybe vehetők, amíg a dolgozó a munkáltatónál munkaviszonyban áll, s nem rendelkezne szociális járadékkal. Ez a koncepció a munkáltatót támogatja és nem a dolgozót.

Azok a támogatások, amelyek a munkaügyi központok hatáskörébe tartoznak, időbeli korláttal rendelkeznek. Nagy valószínűséggel ez a jövőben is így fog működni. A munkáltató, ha az állam részéről biztosított támogatást igénybe veszi, ugyanazon dolgozó után nem lenne jogosult a munkaügyi központtól is támogatásra.

Ahol a gazdaság lassulása következtében nőtt a támogatások iránti igény és nőtt azok összecsúszása is, ott a munkanélküli, fogyatékossgal élő személyek töredéke tér vissza a munkaerőpiacra. A megváltozott munkaerőpiac egyúttal új lehetőségeket is jelent az egészségkárosodott emberek előtt nyíló munkaalkalmak tekintetében. Az atipikus foglalkoztatási formák, például a részmunkaidős foglalkoztatás, a határozott időre szóló szerződések és megbízások és az alkalmi munka is rugalmas munkavégzést biztosíthat számukra. Ezekhez a foglalkoztatási formákhoz ugyanolyan támogatást lehetne rendelni, mint a hagyományoshoz, ami garantálhatja a munkavállalók biztonságát.

A megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő emberek egyéni vállalkozóvá válását támogató kedvezményeket kézzel foghatóbbá kell tenni. Ezeknek a támogatásoknak ösztönözniük kellene a fogyatékossgal élő embereket, hogy saját kisvállalkozást indítsanak. Ennek azonban többféle akadálya van: csak néhányan rendelkeznek megfelelő vállalkozói kedvvel, szakképesítéssel, hozzáértéssel és egyéni képességekkel. A támogatás is elég szerény ahhoz, hogy alaptőkeként használják fel életképes vállalkozás beindításához. További tőke is szükséges tehát, önerővel azonban nem rendelkeznek. Ha ezeket az akadályokat meg tudnánk szüntetni képzéssel, jelentős anyagi támogatás odaítélésével, akkor talán többen indítanának vállalkozást.

REHABILITÁCIÓ

A foglalkozási rehabilitációhoz elengedhetetlen az orvosi rehabilitáció. Mindezekhez szükséges a források biztosítása. Feltételrendszere csak jogi szabályozás útján teremthető meg. A megvalósításhoz vagy a biztosítási rendszer átalakítása, vagy a jelenlegi egészségügyi ellátás finanszírozásának módosítása szükséges. Elképzelhetőnek tartjuk azt a megoldást, hogy a jelenlegi szociális járadékok (kb. 20 000 Ft/hó/fő) kifizetését az előzőekben leírt célokra csoportosítsa át a költségvetés. Hosszú távon jobban szolgálná az egyén foglalkozási rehabilitációját. (például gyógyászati segédeszközök, rendszeres orvosi rehabilitációs kezelések, gyógykezelések stb.) E szolgáltatások biztosítása révén nagyobb eséllyel tud az illető helytállni a munkaerőpiacon. A jelenleginél sokkal nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megbetegedést megelőző intézkedésekre. Az előírásoknak megfelelő orvosi rehabilitáció megvalósításához a rehabilitációs intézmények számának növelése lenne indokolt. Ezeknek az intézményeknek a fenntartása az önkormányzatok feladata.

A célszervezeteknek a munkaerővel való gazdálkodás során szem előtt kellene tartaniuk azt a többször hangsúlyozott célt, hogy a fogyatékossgal élő személyek minél nagyobb számban léphessenek át az elsődleges munkaerőpiacra. Ez a „tranzit foglalkoztatás” cserébe azt eredményezné, hogy azok az emberek, akik nem felelnek meg a munkaerőpiac követelményeinek, a védett munkahelyek bővülő kínálatából választhatnak. Igaz, ez további anyagi erőfeszítéseket indokol a célszervezetek részére. Ezt a tevékenységet nagyon körültekintően, ellenőrzésekkel hatékonyan lehetne működtetni. Az eddigi tapasztalatok és szabályozás alapján a célszervezet nem érdekelt a tranzit foglalkoztatásban, árbevétel-kényszer miatt. Ennek indokaként a jól teljesítőtől nem kíván megválni, a gyengén teljesítő pedig nem tranzitálható. A probléma csak akkor oldódik meg, ha minden dolgozóra egyénre szabott fejlesztési terv készül. Ehhez azonban elengedhetetlen olyan dolgozók, például szociális munkás, szociális ügyintéző, készségfejlesztő pedagógus, pszichológus alkalmazása, akik elősegítik a foglalkozási rehabilitációt. Az ő segítségükkel kiküszöbölhetőek lennének a rehabilitációt gátló problémák. Ezek lehetnek családi, anyagi, mentális, beilleszkedési gondok. A nem tranzitálható munkavállalóknak, például szenvedélybetegeknek, pszichiátriai betegeknek is segíthetne ez a szakembergárda.

A megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő munkavállalók munkaerő-piaci integrációja csak akkor lehet hatékonyabb, ha a jelenlegi támogatási rendszer egy ma még nem megfelelően szabályozott rehabilitációs rendszerbe illeszkedik. A hatékonyabb rehabilitációt segítheti, ezért indokolható a rehabilitációs szakemberek képzése mellett rehabilitációs programot megalapozó munkaépesség-mérés módszereinek és intézményi kereteinek kialakítása is.

OKTATÁS, KÉPZÉS, ÁTKÉPZÉS

A megváltozott munkaképességű és a fogyatékossgal élő emberek munkaerő-piaci esélyegyenlőségének előmozdítását hosszú távon befolyásolja a képzés, az oktatás mennyisége és minősége. Ezt a folyamatot már kisgyermek korban figyelemmel kell kísérni. Különösen a látás-, hallás-, mozgáskorlátozottsággal élő gyermekek oktatására kell nagy hangsúlyt fektetni. A jelenlegi törekvéseket erősíteni kell. Egészségi állapottól függően minden fogyatékossgal élő gyermeknek biztosítani kell a színvonalas oktatást az alap-, a közép- és a felsőoktatásban is, lehetőleg integrált és nem szegregált formában. Ez természetesen megkövetelné az iskolák, a képző intézmények átalakítását és felkészítését erre a tevékenységre. A megvalósuláshoz eszközök, de még inkább felkészült és elhivatott szakemberek szükségesek. Ha ez nem így történik, akkor a társadalom újratermeli a problémát, és aktív emberek helyett passzív ellátást igénylők lesznek. A munkaképes korú fogyatékossgal élő emberek képzését a kamarák, a munkaügyi központok, az érdekvédelmi szervezetek bevonásával kell folytatni. A képzés csak akkor fogja megoldani az egyén problémáját, ha az rugalmasan alkalmazkodik a munkaerőpiac igényeihez és elvárásaihoz. A piacgazdaságban a „könnyű munkának” és az alacsony képzettségnek nincs jövője. Tehát ez a hátrányos helyzetű csoport csak akkor lehetnek az elsődleges munkaerőpiac résztvevői, ha megfelelő képzettséggel és tudással rendelkeznek.

Ha viszont a hatékonyságot állítjuk tanulmányunk középpontjába, akkor azt is végig kell gondolni, hogy a képzés és különösen az átképzések egyes fajtái irdatlan költségekkel járnak. Választható út a jelenleg többnyire elavult technológiát alkalmazó szervezeteknél dolgozók átképzése, de ez olyan mértékű technikai fejlesztéseket kíván (gép- és eszközbeszerzés), ami jelenleg finanszírozhatatlannak tűnik.

CÉLSZERVEZETEK

Azt gondoljuk, hogy a célszervezetekkel kapcsolatosan meg kell tudni fogalmazni alapvető elvárásokat. El kell tudni dönteni, hogy mit vár a foglalkozási rehabilitáció komplex rendszere a célszervezetektől. Hatékony és eredményes rehabilitáció vagy a pusztán foglalkoztatás a fő prioritás? Ehhez persze definiálni kell a védett munkahelyek és a célszervezetek közötti különbséget, vagyis a védett foglalkoztatás szervezeti kereteinek, jogszabályi háttérének kialakítása, a védett szervezet definiálása, a jelenlegi célszervezetektől való hangsúlyos különválasztása szükséges. A párhuzamosságok megszüntetését kell elérni, de azt se felejtjük, hogy a célszervezeteknek minőségi feltételeknek is meg kell felelniük. Ilyen feltételek mellett logikus lehet az a vélekedés, miszerint a dotációt nem az árbevételhez, sokkal inkább a valós rehabilitációs tevékenységhez kellene kötni!

A megváltozott munkaképességű ügyfelek a célszervezetek vezetőinek elmondása szerint rendkívüli bizonyítási vágygal élnek, minden munkával meg lehet őket bízni, feladatukat pontosan és jól végzik. Mind a minőségi mind a teljesítményi munkájuk vetekszik az egészséges emberekével. Sokkal jobban megbecsülik a munkahelyüket, mint akik nincsenek leszázalékolva. A súlyos fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásához azonban több segítség kell. Ezek azok a munkahelyek, amelyek az állam segítségével nélkül nem tudják fenntartani magukat. Az állam segítő szerepvállalása a célszervezeteknél – szabályozott keretek közötti – állami megrendelések formájában is megjelenhetne, erre a célszervezeti vezetők többsége utalt is.

„Állami megrendelések kellenének.”

„Nem is értem, hogy az állam vagy az önkormányzatok miért nem támogatják megrendeléssel a célszervezetek munkáját.”

„Közbeszerzésekre hivatkoznak, pedig szerintem könnyen járható út lenne bizonyos, és indokolható esetekben a célszervezetek pozitív diszkriminációja.”

Célravezető lenne meghatározni egy kritériumrendszert, amely olyan feltételeket támaszt a célszervezetekkel szemben, hogy teljesítésük egyrészt a foglalkozási rehabilitáció sikerét támogatja, másrészt jól nyomon követhető és ellenőrizhető. Mind tárgyi, mind személyi feltételek szerepeltethetők ebben a minőségi elvárási rendszerben. Az akkreditáció ezek után a dotáció igénybevételének feltétele lehet. A minőségirányítás, az akkreditáció szabályai mind a védett szervezetek, mind a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatók vonatkozásában megkövetelhetők. A támogatott vállalkozások számára tehát olyan nyilvántartási rendszereket kell megkövetelni, amelyek lehetővé teszik a folyamatos ellenőrzést és nyomon követést, a támogatások felhasználásának hatékonyságelemzését. Támogatást csak akkreditált szervezet vehessen igénybe. Mindez a tervezhetőséget is elősegíti.

HATÉKONYSÁG

A közös cél az, hogy a passzív pénzbeli juttatásoktól el kell szakadni az aktív munkaerőpiaci intézkedések irányába. Ennek leghatékonyabb formája a személyre szabott rehabilitáció, amely garantálja az újrakezdési lehetőséget. Ehhez sokszor elengedhetetlen a képzetekben való részvétel lehetőségének biztosítása.

A rehabilitációs lehetőségek hatékony és egyben költséghatékony módja a megelőzés, a korai beavatkozás, a megfelelő munkahely kialakítása, hogy a rehabilitált emberek megfelelő munkakörben legyenek foglalkoztatva. Így jutunk el a költséghatékonysághoz, mivel nem veszi igénybe a különféle juttatásokat.

Különböző intézkedések együttesen segíthetik a fogyatékossgal élő személyek foglalkoztatásának növelését.

- Ilyenek például foglalkoztatási kötelezettségi (kvóta) kedvezmények munkáltatóknak, intézkedések a munkahely megtartására és a munkába való visszatérésre azok részére, akik a foglalkoztatásuk során lettek egészségkárosodottak,
- figyelemfelkeltő kampányok, amelyek a munkáltatókat és a közvéleményt célozzák meg. Sok esetben elég egy kis támogatás, hogy az egészségkárosodott emberek nyílt munkaerőpiacon helyezkedhessenek el.

Tervezhető rendszer kell. Olyan rendszer, amely megakadályozza, hogy egymás után jönnek létre olyan foglalkoztatók és álfoglalkoztatók, amelyek csak a dotáció lehívása miatt alkalmaznak megváltozott munkaképességű embereket. Ennek kapcsán kérdés, hogy a tárgyévvel megelőző évre vonatkozik-e a dotáció vetítési alapjául szolgáló aktuális létszám? A minisztérium a változó minimálbér helyett fix összeg bevezetését tervezi.

HELYI GAZDASÁGFEJLESZTÉS, ÖNKORMÁNYZATI FELADATVÁLLALÁSOK

A helyi gazdaságfejlesztés eszközeiben, a helyi foglalkoztatási programokban a foglalkozási rehabilitáció sikeres megvalósításának lehetőségét látjuk. A helyi önkormányzatok a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási nehézségeinek oldásában a jelenleginél nagyobb szerepet vállalhatnak.

A megváltozott munkaképességű munkanélküliek megjelenése lokális munkapiacra tipikusan olyan helyzetet teremt, ahol a helyi önkormányzat beavatkozása hatékony lehet. A helyi munkaerőpiacon megjelenő megváltozott munkaképességű munkavállalók legtöbbször a helyi kezdeményezések fokozott innovativitását igényelik – az egyedi problémák egyedi megoldásokkal oldhatók meg, ezért a helyi gazdaságfejlesztés klasszikus területét képezik.

Ha a megváltozott munkaképességű munkanélküliek a tartósan munkanélküliek számát gyarapítják, akkor az önkormányzatnak a pozitív diszkrimináció eszközéhez kell nyúlnia. Fontos eszköze a helyi gazdaságfejlesztést felvállaló önkormányzatnak a stratégiai tervezéssel támogatott helyi foglalkoztatáspolitikája, aminek megvalósítása során szociális, képzési, átképzési és közmunkaprojektekkel csökkenthetik a munkaerőpiac egyensúlytalanságát. Ezek a projektek azonban csak akkor lehetnek hatékonyak, ha a helyi társadalmi bázishoz illeszkednek, alulról szerveződnek és a helyi sajátosságokat maximálisan figyelembe veszik.

A probléma megoldása során élhet az aktív foglalkoztatás, a helyi munkahely-teremtési ösztönzők alkalmazásával, aktivizálhatja saját partnerszervezeteit és a helyi civil szervezeteket, elősegítheti az információáramlást és támogathatja a célszervezeteket. Azok a központi kormányzati programok, amelyek a fejlesztési forrásokkal nem vagy csak korlátozottan rendelkező helyi önkormányzatok

számára mentsvárat jelentenek, egyúttal a helyi kezdeményezések irányát is kijelölik, s ez sok esetben nem megfelelő.

A foglalkozási rehabilitáció területi fejlesztésének egyik lehetősége a szociális foglalkoztatók számának bővülése is lehet, ma azonban inkább ezzel ellentétes irányú folyamatok tapasztalhatók.

UNIÓS CSATLAKOZÁS ÉS KÖVETELMÉNYRENDSZER

Az együttes rendelet módosításának már napvilágot látott tervezete is az EU gyakorlatához, irányelveihez próbál igazodni. Ez az igazodás szükséges, de nem kötelező, a helyi sajátosságok figyelembe vétele hangsúlyos kell legyen, hiszen az egyes tagállamok gyakorlata sem egyezik. Valamennyi tagországra jellemző törekvés ugyanakkor a segély helyett esély elv alkalmazása, aminek értelmében a passzív pénzbeli juttatásoktól el kell mozdulni az aktív munkaerő-piaci intézkedések irányába. Ezen belül is az egyéni rehabilitáció, a megelőzés, a korai beavatkozás az intézkedések leghatékonyabb (és egyben költséghatékony) módja.

A magyarországi támogatáspolitikára számára követendő az az uniós gyakorlat, amely alapvetően kétféle támogatást bér- és költségtámogatást különböztet meg, s amelyben a támogatások világosan és jól ellenőrizhetően csak a megváltozott munkaképességű emberek alkalmazásával kapcsolatos plusz költségek fedezetét jelenthetik.

Az egyik legfontosabb feladat pedig az, hogy az érintett szervezetek, intézmények számára az uniós források megszerzésében fokozott segítséget kell adni.

Óvatosan kell azonban kezelni a többször hivatkozott 2204/2002-es EK-rendeletet, mert ennek irányelvei alapvetően a versenyszférát érintik. Ha ezeket az elveket a célszervezetek esetén is szigorúan próbálja érvényesíteni a jogszabályalkotó, akkor a rendszerben ma is meglévő anomáliákat nem csökkenteni, hanem erősíteni fogja.

Befejezés

Egy szolidáris társadalom számára talán a legfontosabb cél, hogy mind a szerzett fogyatékoságokkal, mind a születéstől fogva fogyatékosággal élő emberek teljes jogú tagjai legyenek a társadalomnak. Ehhez nélkülözhetetlen, hogy ezek az emberek a munkaerőpiacon a jelenleginél nagyobb esélyekkel indulhassanak. Természetesen vannak olyan esetek, amikor ez az esélyegyenlőség nem teremthető meg. Ilyenkor is szem előtt kell tartani az egyén munkához való jogát, s mindent el kell követni annak érdekében, hogy ne a szociális juttatások passzív alanya, hanem lehetőség szerint bérből élő munkavállaló lehessen a megváltozott munkaképességű vagy fogyatékosággal élő személy.

Megoldási lehetőségek vannak, a probléma kezelése, annak összetettsége miatt is rendkívül nehéz. Nehéz, mert az Alkotmányban megfogalmazott munkához való jog és a nyílt munkaerőpiac érdekei egymással nincsenek szinkronban. A megváltozott munkaképességű személyek átlagosnál gyakoribb táppénzterheit – sem annak pénzügyi vonzatait, sem a termelési rendszerekkel összefüggésben adódó munkaszervezési feladatait – nem vállalja a piaci versenyben helytállni kívánó vállalkozás.

Nehéz, mert éppen a fentiek okán a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása történhet ugyan a jelenleginél hatékonyabb keretek között, de közgazdasági értelemben soha nem lehet igazán hatékony. Ennyiben tehát az a kérdés, hogy a szóban forgó társadalom mennyire nyitott, szociálisan mennyire érzékeny, vagyis kész-e és milyen mértékben a fogyatékosággal élők foglalkoztatását támogatni. Munkáért őket jövedelemhez juttatni drága, vagy ahogy egy interjúalanyunk fogalmazta: „bizonyos értelemben luxus”. A társadalom gazdasági teljesítőképességének is függvénye, hogy ezt a „luxust” megengedi-e magának.

Nehéz, mert ennek ellenére az a meglátásunk, hogy bármennyire drága a munkából származó jövedelem, hosszú távon és makroszinten, különösen mindezek társadalmi költségeit együttevén a passzív segélyek kifizetése még drágább megoldás.

Mindezek után a tanulmányunkban leírt példák és vélemények figyelembevételével olyan átfogó, a szereplők aktív bevonásával készülő jogszabályváltoztatásra van szükség, amely a megváltozott munkaképességű és fogyatékosággal élő emberek foglalkozását és rehabilitációját a jelenleginél hatékonyabban, nem kevesebb pénzből, de jobb eredményekkel tudja megoldani. Ehhez átláthatóbb, tervezhetőbb, könnyebben ellenőrizhető és nyomon követhető szabályozó rendszer kialakítása szükséges.

A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ MAGYARORSZÁGI HELYZETE, PROGRAM AZ ÁLLAMI FOGLALKOZTATÁSI SZOLGÁLAT FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓS SZOLGÁLATÁNAK FEJLESZTÉSÉRE

Az európai együttműködés sikeres színtere:
a foglalkozási rehabilitáció;

Jó gyakorlatok az EU régi és új tagállamaiban című konferencia
Budapest, 2006. január 30-31.

Lechnerné Vadász Judit
rehabilitációs szakmai tanácsadó,
Foglalkoztatási Hivatal

TARTALOM

1. Előzmények	185
2. A mai gyakorlathoz vezető út	185
3. A társadalmi integráció meghatározó feltétele: a munka	186
4. Az érdekeltségi rendszer	187
5. Hol tart az Állami Foglalkoztatási Szolgálat szolgáltatása?	188
6. Hol tart Magyarország?	189

1. Előzmények

Európa legtöbb országában a fogyatékossgal élő és a rokkant emberek esélyegyenlőségének intézményi, jogszabályi alapjait az I. és II. világháborút követően a hadirokkantak tömeges megjelenése és a velük törődő állami gondoszkodás teremtette meg. Ezzel összefüggésben jöttek létre a rehabilitáció orvosi, szociális és foglalkoztatási intézményei. A sérült emberek társadalmi elfogadását a katonák iránti társadalmi együttérzés, a segítségük iránt megnyilvánuló társadalmi konszenzus is segítette.

Magyarországon a XX. század utolsó évtizedéig sajátos történelmi okok miatt a fogyatékos emberek ügye nem vált közüggé, családjuk problémája maradt. A szocialista tervgazdaság időszakában a teljes és alapvetően nagyvállalati keretek közt zajló foglalkoztatással összefüggésben a szociális és foglalkozási rehabilitáció rendszere nem alakult ki, a munka során megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása azonban megoldott volt.

A bérszabályozás rendszere megkívánta, hogy sok alacsony keresetű munkakör létezzen. Ezért egyszerű kisegítő, kiszolgáló munkakörökben a sérült, vagy azzá vált emberek foglalkoztatása megvalósult, bár a rehabilitáció, a képességeknek megfelelő munkavégzés nem volt biztosított. Fogyatékossgal élő emberek nagyszámú foglalkoztatására csak az erre létesített védett munkahelyeken, vállalatoknál került sor. Így a rehabilitációnak sem intézményrendszere, sem módszertana nem alakult ki. A civil szervezetek működése alapvetően szabadidős és sporttevékenységre korlátozódott, így nem volt igazán komoly társadalmi szerepük.

A megváltozott munkaképességű embereknek a munka világában betöltött szerepe nem követelte meg, hogy a fogyatékossgal élő gyermekek foglalkoztatást megalapozó oktatási és szakképzési lehetőségekhez jussanak.

A rendszerváltás és a hozzá kapcsolódó gazdasági rendszerváltás legnagyobb vesztese ezért ez, az addig is a társadalom periferiájára sodródott réteg lett. A 90-es évek elején Magyarországon másfél millióval csökkent a foglalkoztatottak száma, de a csökkenésnek csak egy része jelent meg a munkanélküliség emelkedésében. A leginkább drámai változást az aktív korú inaktívak arányának növekedésében regisztrálhattuk. Fontos adat, hogy 1997-re 364 946 főre növekedett aktív korú rokkantsági nyugdíjas létszám, 2004-ig 110 000 fővel növekedett tovább (de időközben 7 évvel nőtt a nők és 2 évvel a férfiak nyugdíjkorhatára).

1994-ben törvényjavaslatok készültek a fogyatékossgal élő emberek jogainak és esélyegyenlőségének megvalósítására, elkezdődött a foglalkozási rehabilitáció koncepcionális előkészítése. Ekkor nem a rehabilitáció, hanem az államháztartás egyéb elemeinek, a passzív ellátások rendszerének az átalakítása kapott nagyobb hangsúlyt.

1995-ben az államháztartási reform keretében a rokkantnyugdíj rendszerének, a megváltozott munkaképességűek ellátó rendszerének az átalakítása volt a cél, nem utolsó sorban az egészségbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás pénzügyi egyensúlyának helyreállítása céljából. E munka során nagyon gyorsan kiderült, hogy a passzív ellátások rendszere átalakításának alapfeltétele az ellátórendszerből kikerülő, vagy az átalakított ellátórendszerbe be sem kerülő emberek munkavállalási lehetősége. A munkaerőpiac helyzetével, a munkanélküliség magas arányával, a feltételek hiányával összefüggésben a kezdeményezések ekkor sikertelenek maradtak.

2. A mai gyakorlathoz vezető út

1997-ben, 98-ban a gazdasági-társadalmi átalakulás keretében felerősödött a fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlőségével kapcsolatos társadalmi vita, a nyugdíjreform keretében sürgetővé vált a foglalkozási rehabilitáció orvosi, munkaügyi feltételrendszerének és intézményeinek megteremtése. Ezekben az években a munkanélküliség évről évre lassan mérséklődött, ez esélyt adott az inaktív emberek rehabilitációjára. 1997-ben három eltérő helyzetű megyei munkaügyi központban szolgáltatási kísérlet segítette a szolgáltatás kereteinek kialakítását, szervezeti, módszertani feltételeinek meghatározását.

A tervezett változások irányát az Országgyűlés a megváltozott munkaképességűek és rokkantak társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerének átalakításáról szóló 75/1997. (VII. 18.) határozata szabta meg.

A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény (a továbbiakban ftt.) 1998. január 1-jétől rendelkezik arról, hogy a megváltozott munkaképességű emberek foglalkozási rehabilitációjának szolgáltatási feltételeit az Állami Foglalkoztatási Szolgálat keretében kell megteremteni.

Ennek elősegítéseként határozták meg

- a) szektorsemlegesen, minden 20 személynél többet foglalkoztató munkáltató számára 5%-os mértéken a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatási kötelezettségét, ennek hiányában pedig rehabilitációs hozzájárulás fizetését.
- b) a befolyt hozzájárulásból képződött pénzalap decentralizált, (megyei) pályázati rendszerben történő felhasználását.

1998 tavaszán alapvető további jogszabályok léptek hatályba: a közhasznú (civil) szervezetek jogállásáról és támogatásáról, a fogyatékkal élő emberek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvények, de a megváltozott munkaképességű emberek esélyegyenlőségét, rehabilitációját segítő jelentős módosítások léptek hatályba a Munka Törvénykönyvében, az egészségügyi és az adójogszabályokban is. A közhasznú szervezetekről szóló törvény minden olyan tevékenységet, ami a rehabilitációhoz kapcsolódik – foglalkoztatás, képzés, vagy a hátrányos helyzetű munkaerő-piaci rétegek foglalkoztatásának elősegítése – a közhasznú, illetve a fokozottan közhasznú tevékenységek körébe sorolt. Ezzel megalapozta a kapcsolatépítési lehetőséget a rehabilitációval foglalkozó intézmények és a civil szervezetek között. Létrejött a kormány tanácsadó szerveként az Országos Fogyatékosügyi Tanács. A koordináció fontos eszközeként elkészült és nyilvánossá vált az Országos Fogyatékosügyi Program, amely az esélyegyenlőség megvalósításának középtávú feladatait határozta meg. A programhoz évente felülvizsgálandó intézkedési terv kapcsolódik.

3. A társadalmi integráció meghatározó feltétele: a munka

A munkaerő-piaci helyzet változásával 1998-tól a munkaerő-piaci szervezet megkezdte a foglalkozási rehabilitáció szolgáltatási rendszerének kiépítését. Az inaktív emberek körében előzmény nélküli szolgáltatásnak a feltételekről rendelkező jogszabályokkal csaknem egyidőben kellett kiépülnie. Fontos célkitűzés volt, hogy a lehetőségek az országban minden megyében, minden kirendeltségen megjelenjenek. Az évtizedes hátrányok leküzdésére a szükséges kapacitások, források nem álltak rendelkezésre. A fogyatékkal élő emberek pozitív diszkriminációja széleskörű társadalmi elfogadást igényelt.

Intézményrendszerünk e feltételeknek decentralizált működés keretében, a megváltozott munkaképességű munkanélküliek foglalkoztatását segítő központi program keretében tett eleget.

E folyamat legfontosabb állomásai az alábbiakban összegezhetők:

- a megyei rehabilitációs munkacsoportok létrehozása, a kirendeltségeken a rehabilitációs ügyintézők működése,
- a megváltozott munkaképességű munkavállalók elhelyezkedését elősegítő támogatási és szolgáltatási rendszer kialakítása,
- egészségügyi-munkavédelmi jogi háttér és foglalkozás-egészségügyi dokumentáció a regisztrált, megváltozott munkaképességű munkanélküliek készség-állapot felméréséhez,
- a hatékony foglalkozási rehabilitációhoz nélkülözhetetlen kapcsolatrendszer kialakítása (foglalkozás-egészségügyi szakellátóhelyek, munkaadók, civil szervezetek stb.).

Fejlesztések:

- a foglalkozási rehabilitáció kapcsolatrendszerének erősítése,
- az intézményrendszer befogadó attitűdjének kialakítása (kétoldalú nemzetközi tapasztalatcsere programok, jó gyakorlatok megismerése),
- Rehabilitációs Információs Centrumok fejlesztése,
- képességvizsgálati, pszichológiai vizsgálati módszerek alkalmazása, vizsgáló laboratóriumok fejlesztése,
- munkaerő-piaci segítő szolgálatok létrehozása, támogatása, (a szükségletek sokszínűségének megfelelően sokféle, jelentős segítség sok évtizedes gyakorlattal rendelkező országoktól),

- a fogyatékos emberek integrált képzési lehetőségeinek kiépülése (törvény a felnőttképzésről, az ÁFSz-en belül regionális képző központok),
- információhoz, szolgáltatásokhoz való hozzáférés megteremtése, fizikai és kommunikációs akadálymentesítés,
- a szolgáltatásokkal egyre mélyebb inaktivitású csoportok elérése (például intézményben élők),
- a megváltozott munkaképesség horizontális prioritásként történő megjelenése a strukturális alapok programjaiban,
- PR a társadalmi és munkahelyi befogadás elősegítése érdekében
- az érintett célcsoport foglalkoztatására irányuló keresletnövelés
 - a) rehabilitációs munkahelyek létrehozásának, korszerűsítésének, akadálymentesítésének támogatása megyei pályázati forrásokból (MPA RA decentralizált keret, forrása a rehabilitációs hozzájárulás),
 - b) munkaadói érdekeltségi rendszer átalakítása.

A megváltozott munkaképességű ügyfelek elhelyezkedésének fontos feltételeként a felnőttképzési törvény 2002 óta az élethossziglan történő tanulás lehetőségét a hátrányos helyzetű rétegek számára kiemelt támogatással biztosítja: évenként meghatározott számú szakma nélküli felnőtt, illetve fogyatékossgal élő ember képzése állami finanszírozásban valósulhat meg.

4. Az érdekeltségi rendszer

A foglalkoztatási törvény szerint minden 20-nál több munkavállalót foglalkoztató munkaadó legalább 5%-ban (kvóta) tartozik megváltozott munkaképességű munkavállalót foglalkoztatni, ennek hiányában a hiányzó létszámra pedig rehabilitációs hozzájárulást fizetni.

A munkaviszonyban állók foglalkozási rehabilitációjáról 1983 óta jogszabály rendelkezett. Ennek alapján a munkaadónak a vele munkaviszonyban álló személyre vonatkozóan az illető munkaképesség-változása esetén rehabilitációs kötelezettsége van, normatív állami támogatás – dotáció – ehhez a kvóta teljesítését követően azonban csak a gazdálkodó szervezeteknek járt. Azok a gazdálkodó szervezetek, amelyek 50-nél több munkavállalót és ezen belül legalább létszámuk 60%-ában a károsodás mértékét tekintve 40%-ban megváltozott munkaképességű embert foglalkoztatnak, a foglalkoztatott megváltozott munkaképességűek munkaképesség-csökkenésével arányosan növekvő, kiemelt költségtérítésben részesültek. A 20-nál kisebb létszámot foglalkoztató kis-, és mikrovállalkozások, egyéni vállalkozók adókedvezményre voltak jogosultak, a nonprofit szervezetek és költségvetési szervek pedig nem részesültek támogatásban.

Az 1983-ban hatályba lépett és 1996-tól napjainkig működő magyar támogatási rendszer átalakítása megérett, ebben a kormány, a foglalkoztatók és a fogyatékos-érdekképviseltek egyetértettek. A foglalkoztatási szerkezetben a kis-, és a középvállalkozások, a civil szervezetek egyre nagyobb helyet foglalnak el, támogatásra azonban nem voltak jogosultak. A dotációs rendszer a foglalkoztatás minőségével és a munkavállalónak kifizetett munkabérrel a kiemelt támogatásra jogosult foglalkoztatók esetében semmilyen összefüggésben nem volt, a támogatás igénylésének semmilyen felső korlátot a jogszabály nem állított, a rendszer a visszaélések ellen nem volt védett, így makrogazdasági finanszírozási szempontok és az Európai Unió foglalkoztatástámogatási szabályai egyaránt az új támogatási rendszer kialakítását ösztönözték. A támogatást a munkaadó maga igényelhetette az adózás rendje szerint. Az átalakítás jogi kereteinek kialakítására – lehetőség szerint átmeneti szabályok biztosításával – 2005 őszén került sor.

Ennek főbb vonásai:

A korábbi rendszerben támogatott vállalkozások még 2007 nyaráig, legfeljebb a 2005 évi létszámukra igényelhetik támogatásukat.

2006. január 1-jétől azonban hatályba lép egy új bértámogatási rendszer, ami a megváltozott munkaképességű munkavállalónak kifizetett munkabér és közterhei arányában, e kettő összegének 40-100%-áig ad támogatást, a munkavállaló munkaképességének megfelelő munkahelyi környezetet, munkaszervezést biztosító, munkaügyi és munkavédelmi szabályokat betartó munkaadók számára. Lehetőség van a segítő személyek bérének 100%-os megtérítésére. A támogatást az illetékes munkaügyi kirendeltség folyósítja a foglalkoztatási támogatásokhoz hasonló eljárás keretében.

A szociális intézményekben élő személyek intézményen belüli foglalkoztatását 2006 júliusától két új foglalkoztatási forma, a készségfejlesztő jellegű munkarehabilitáció és a fejlesztő foglalkoztatás (határozott idejű munkaviszony), együtt: szociális foglalkoztatás segíti. Egyidejűleg a korábbi támogatási rendszerben az intézményen belül foglalkoztatottak támogatása megszűnik. A szociális foglalkoztatás a tervek szerint a védett foglalkoztatásba, illetve a nyílt munkaerőpiacra történő foglalkoztatásba való átmentre készíti fel a résztvevőket. Ezeket a foglalkoztatási formákat önálló szociális foglalkoztatási normatíva fogja támogatni.

2005 novemberétől vezették be a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkaadók akkreditációs rendszerét, amelynek keretében a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkaadók foglalkoztatási szempontú minősítésére kerül sor. Három minősítési szintet lehet elérni: alaptanúsítványt, rehabilitációs tanúsítványt és kiemelt tanúsítványt, az utóbbi védett szervezeti cím használatára jogosít. Az akkreditációs eljárást a Foglalkoztatási Hivatal működteti erre szakosodott munkaügyi szakértők bevonásával. A kiemelt tanúsítvány megszerzéséhez már 2006-ban érdekük fűződik az érintett munkaadóknak (bizonyos támogatási jogosultságok ennek függvényében állnak fenn), a többi támogatást igénylő munkaadó esetében csak 2007. július elsejétől válik támogatási feltétellé az akkreditációs tanúsítvány.

A foglalkoztatástámogatási rendszerhez illeszkedik az a szabályozás, amely a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását beruházási eszközökkel segíti. Fő szabályként csekély összegű ún. de minimis támogatással, alternatív pályázati lehetőség keretében pedig a védett szervezetekre vonatkozó foglalkoztatástámogatási EU-előírás alapján (2005-től).

A Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs alaprészéből a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására, az arra kötelezettséget vállaló (foglalkoztatási kötelezettség) munkaadó részére pályázati eljárás alapján támogatás adható

- a) munkahely létesítésére,
- b) a termelő, szolgáltató létesítmények – a megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatásával összefüggő – átalakítására, beleértve az épített környezet alakításáról és védelméről szóló 1997. évi LXXVIII. törvény és az országos településrendezési és építési követelményekről szóló 253/1997. (XII. 20.) kormányrendelet szerinti akadálymentesítést,
- c) a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásához szükséges eszközök, berendezések beszerzésére, átalakítására,
- d) a megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatása érdekében a munkahely és a munkaeszközök korszerűsítésére,
- e) beruházásra, amely a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása érdekében – beruházással egybekötött – munkahely létesítésére, korszerűsítésére és fejlesztésére, továbbá létesítmény építésére, szerelésére, bővítésére, illetve átalakítására, biztonságosabbá tételére, valamint munkaeszközök beszerzésére, átalakítására és biztonságosabbá tételére irányul.

A munkavállaló érdekeltsége: nyugdíja (járadéka) folyósítása mellett dolgozhat, amíg 4 hónap átlagában nem éri el annak a keresetnek a 80%-át, amit rokkantság nélkül eredeti munkakörében elérhetne (aktuális kereseti adatokat a Foglalkoztatási Hivatal minden évben közzétesz).

5. Hol tart az Állami Foglalkoztatási Szolgálat szolgáltatása?

A munkaügyi központok 2005-ben mintegy 47 000 megváltozott munkaképességű regisztrált ügyféllel foglalkoztak, mintegy 1/3-ukat munkába helyezték. A foglalkozási rehabilitáció napjainkra integrálódott az Állami Foglalkoztatási Szolgálat szervezeti, irányítási és szolgáltatási rendszerébe. A megyei munkaügyi központokban rehabilitációs munkacsoportok, a kirendeltségen pedig rehabilitációs közvetítők dolgoznak. Tevékenységüket a megyei munkaügyi központok mellett foglalkozási információs tanácsadók (FIT) és ezek továbbfejlesztéseként akadálymentes rehabilitációs információs centrumok (RIC) segítik.

1998 óta folyik az Állami Foglalkoztatási Szolgálat akadálymentesítése, mára épületeink több mint 50%-a, megyei szolgáltató helyeink 80%-a akadálymentes kerekesszékekkel élő ügyfeleink számára is (az ÁFSZ EU-konform átalakítása keretében az akadálymentesítés kiemelt szempontként érvényesül.)

2003-ban megkezdődött az akadálymentesítés a kommunikációjukban akadályozott – siket és nagyothalló, vak és gyengénlátó, valamint intellektuális fogyatékossgal élő – ügyfelek számára is. 2005 nyarán az intézmények többségében – 18 megyei munkaügyi központban és a nagyobb kirendeltségeken, valamint 5 regionális képző központban – többcélú akadálymentesítés valósult meg. 2006-ban terveink szerint a kommunikációjukban akadályozott ügyfelek az országban mindenütt lakóhelyük közelében akadálymentes munkaerő-piaci szolgáltatáshoz juthatnak. 1999 óta minden megyei munkaügyi központ évente szakmai fórumot működtet a munkaerőpiacon hátrányos helyzetű emberek érdekében dolgozó komplex rehabilitáció elért eredményeinek bemutatására, a rehabilitáció megvalósításában közreműködő szakemberek együttműködésének fejlesztése érdekében.

Az integrált szolgáltatás elfogadása tapasztalataink szerint az integrált foglalkoztatás felé tett első lépés.

6. Hol tart Magyarország?

Hatályba lépett a 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, 2005 őszén megkezdte munkáját az Egyenlő Bánásmód Hatóság.

Magyarország 1999-ben ratifikálta az Európai Szociális Charta 9. cikkelyét, amely a pályaválasztási tanácsadáshoz való jog tényleges gyakorlásának biztosításáról, 2005-ben pedig 15. cikkelyét, amely a testileg vagy szellemileg fogyatékossgal élő személyek szakmai képzéshez, rehabilitációhoz és a társadalomba történő újra beilleszkedéshez való jogáról rendelkezik.

Központi programokkal támogatja a munkaügyi kormányzat azokat az eredeti, innovatív foglalkoztatási megoldásokat, amelyek a célcsoport speciális igényeire új szemszögből válaszolnak, és a munkaerő-piaci elhelyezés lehetőségeit bővíthetik; ilyenek voltak az utóbbi években: a Rehabilitációs Információs Centrum program, a távmunka program, a teleházak közreműködésével működő korszerű munkahelyek a kistérségekben program, a fogyatékossgal élő emberek képzési lehetőségeinek fejlesztését szolgáló rehabilitációs képzési program, a 4M program elterjesztése. Működött program a civil szervezetek rehabilitációs foglalkoztatási képességének fejlesztésére. Megkezdődött az értelmileg akadályozott munkavállalók számára a nyílt munkaerőpiacon való munkavállalást biztosító TF program, valamint a speciális szakiskolák tanulóinak integrált foglalkoztatását előkészítő, munkahelyi gyakorlat program országos elterjesztése.

Az állami szerepvállalás sikeressége feltételezi azon civil szervezetek közreműködését is, amelyek az egyes hátrányos helyzetű csoportokkal foglalkoznak, sajátos igényeiket ismerik, ennek alapján speciális munkaerő-piaci szolgáltatásra is képesek.

A foglalkozási rehabilitáció eszközrendszerének rendszerszerű fejlesztése érdekében 2002-ben, a kirekesztés elleni küzdelem, különösen a roma emberek integrált foglalkoztatásának megvalósítására pedig 2003-ban Phare-támogatással az érintett állami és civil intézmények valamint gazdálkodó szervezetek közös programjainak támogatására pályázatokat hirdettek meg. 2005-ben folytatódnak a Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium és a Foglalkoztatási Hivatal jó gyakorlatok elterjesztésére és az Állami Foglalkoztatási szolgálatban az egyenlő hozzáférés biztosítására irányuló programok, az Európai Szociális Alap támogatásával a Humánerőforrás-fejlesztési Operatív Program és az EQAL programja keretében is innovatív civil projektek megvalósítására nyílik lehetőség.

Az Európai Unió Munkaügyi és Szociálpolitikai Bizottsága A fogyatékossgal horizontális prioritás az Európai Foglalkoztatási Stratégiában című 604-es közleményében, dokumentumában jó gyakorlatként emelte ki a magyarországi gyakorlatot a következő területeken: felnőttképzésben a fogyatékossgal élő emberek kiemelt támogatása (22–23 irányvonal), az ÁFSz integrált szolgáltatási gyakorlata (19. irányvonal) és a civil szervezetek jó gyakorlatainak elterjesztéséhez adott állami támogatás (16. irányvonal).

Merre tovább?

- A rokkantság orvosi minősítése változatlanul össz-szervezeti munkaképesség-csökkenést értékel, a megmaradt képességekre épülő foglalkoztathatóságot nem értékeli,

- az állami szolgáltatások ésszerűsítése és az inaktív emberek foglalkoztathatóságának növekedése ellentétes igényeket közvetít, feloldása európai megoldást kíván (az Állami Foglalkoztatási Szolgálat Magyarországon erős generáló szerepet tölt be),
- a fogyatékossgal élő, megváltozott munkaképességű csoportok megjelölésének egységes fogalomrendszere feltétele a helyzetértékelésnek, az eljárások, a szolgáltatások értékelésének, közelítésének, a tárgybéli kommunikációnak,
- a munka világában nincs rehabilitációsszakember-képzés, (munkajog, tanácsadás, foglalkoztatásszervező stb.) – első lépéseket megtettük,
- makrogazdasági válasz a foglalkoztatás globalizációs okok miatti egyoldalú kvalifikáció-igénye és a kínálat sokszínűsége közti társadalmi egyensúly kialakítására,
- sokoldalú tapasztalatcserék sokasága – mint ez a konferencia.

Budapest, 2006. január

TÁJÉKOZTATÓ
A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ
MUNKAVÁLLALÓK
FOGLALKOZTATÁSÁVAL ÖSSZEFÜGGŐ
MUNKAADÓI KÖTELEZETTSÉGRŐL
ÉS A MUNKAADÓ ÁLTAL
A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ
MUNKAVÁLLALÓK
FOGLALKOZTATÁSÁHOZ
IGÉNYELHETŐ
ÁLLAMI TÁMOGATÁSRÓL

Készült: a Foglalkoztatási Hivatalban

Készítette: Lechnerné Vadász Judit

Budapest, 2006. január

	Fogl. létszám fő	A mv. mkép. munkavállalók aránya %	A mkép.-vált. mértéke OOSZI szerint %	Jogszabály	2006. évre	Speciális szabályok		
						I. 4-től	IV. 30-ig	V. 1-jétől VII. 1-jétől
FOGLALKOZTATÁSI KÖTELEZETTSÉG (társas vállalkozások, kötségvetési intézmények, – szoc. intézmények is – nonprofit szervezetek)	20	5%	40%-ot elérő	A kvótából hiányzó létszámrehabilitációs hozzájárulást, arra negyedévenként előleget kell fizetni	139 900 Ft/fő/év (FMM-közlemény a rehabilitációs hozzájárulás 2006. évi összegéről – MK 8/2005)			
I. DOTÁCIÓ								
				8/1983. (VI. 29.) EüM—PM együttes rendelet	Jogsz. 25/2005. (XII. 27.) FMM—EüM—ICSzEM—PM alap a kifizetett munkabér, de legfeljebb 57 000 Ft/fő/hó A támogatás kulcsa a dotáció alapjára vetítve			
Vállalkozási forma (közös szabályok)					Csak aki 2005-ben, vagy 2006 januárban jogszerűen már igényelt dotációt			Az átlagos stat. áll. létszámban nem vehetők figyelembe 1993. évi III. tv. (szt) által szabályozott szociális intéz- ményen belüli foglalkoztatásban részt vevő személyek Jogforrás: (2005. évi CLXX. tv.)
1/Társas vállalkozás	20-nál több	5% (kvóta) felett	40%-ot elérő, öregségi nyugdíjra nem jogosult mv. mk					
1/a		5–10			45%			
1/b		10–40			55%			
1/c		40–60			100%			
1/d		60–			135%			

	Fogl. létszám fő	A mv. mkép. munkavállalók aránya %	A mkép.-vált. mértéke OOSZI szerint %	Jogszabály	2006. évre	Speciális szabályok	
						I. 4-től IV. 30-ig	V. 1-jétől VII. 1-jétől
A DOTÁCIÓIGÉNYLÉS ÉVES KORLÁTJA					max a mv. mk. munkavállalók 2005. évi átlagos stat. állományi létszáma és a vetítési alap szorzata, vagy a 2006-ben először igényelt dotáció 12-szerese,		
1/A kijelölt célszervezet (jogutód is)			40,50%			135%	135%
			67% – nem fogy.			150%	135% 150%*
			Súlyos értelmi, hallás-, mozgás- fogyatékossgal élők		225%		135% 225%
			Vak és halm. fogy.			320%	135% 320%*
	legalább 10 fő, a cég telephelyétől min 25 km-re	1/ telephelyi pótlék 2/ ha bentl. int.-ben van.				40%	– 40% *
						20%	–
A DOTÁCIÓIGÉNYLÉS ÉVES KORLÁTJA					max. a mv. mk. munkavállalók 2005. évi átlagos stat. állományi létszáma és a vetítési alap szorzata, vagy a 2006-ban először igényelt dotáció 12-szerese.	*176/205 (IX. 2.) kormányr. és 14/2005 (IX. 2.) FMM-r. szerint akkreditációs eljáráson átesett, kiemelt, vagy ideiglenes tanúsítvánnyal rendelkező telephelyeken foglalkoztatott létszám.	

	Fogl. létszám fő	A mv.-mkép. munkavállalók aránya %	A mkép.-vált. mértéke OOSZI szerint %	Jogszabály	2006. évre I. 4-től IV. 30-ig	Speciális szabályok V. 1-jétől VII. 1-jétől
2/ Szociális foglalkoztató	20-nál több	5% (kvóta) felett	40%-ot elérő			
a)		5–20%			50%	50%
b)		20–40%			75%	75%
c)		40–60%			100%	100%
d)		60%–			135%	135%
DOTÁCIÓ IGÉNYLÉS ÉVES KORLÁTJA				Max a mv. mk. munkavállalók 2005. évi átlagos stat. állományi létszáma és a vetítési alap szorzata, vagy a 2006-ban először igényelt dotáció 12-szerese, (az I. hónapra ennek max. 1/12-ed része)		
ADÓKEDVEZMÉNY (adóalap- csökkentés!!!)						
3/20 főnél kisebb vállalkozás, egyéni vállalkozás, mg. őstermelő	Közömbös	Az első személytől	50%-ot elérő mv. munkavállaló			Kifizetett munkabér, max. minimálbér

	Fogl. létszám fő	A mv. mkép. munkavállalók aránya %	A mkép.-vált. mértéke OOSZI szerint %	Jogszabály	2006. évre	Speciális szabályok I. 4-től IV. 30-ig V. 1-jétől VII.1-jétől
FOGLALKOZTATÁSI KÖTELEZETTSÉG						
Egyéni és társas vállalkozás, nonprofit szervezet = Munkaadó (kivétel: költségvetési szerv és az sztv. hatálya alatt szoc. intézmény- ben szervezett foglalkoztatás)	Közömbös	Közömbös, az első főtől	a) rehabilitáció- val tovább foglalkoztatható	177/2005 (IX. 2.) kormányr.	Határozott időre szóló bértámogatás (alapja: a kifizetett munkabér és járulékterhei együttes összege)	2007. VI. 30-ig akkreditációs tanúsítvány nem feltétel!
			b) 50%-ot elérő	(IX. 2.) FMM	Telephelyenként, az illetékes munkaügyi kirendeltségen igényelhető	
			Az OOSZI szerint saját munkahelyén, vagy más munkahelyen rehabilitálható –50%-ig (aki után korábban fogl. támogatást nem folyósítottak)	60%		
			b) 50%	40%		
			c) 67%–100%	60%		
			d) fogyatékossgal élő	100%		
			II. KÖLTSÉGVETÉSI BÉRTÁMOGATÁS			
FOLYÓSÍTÁSI KORLÁT			Létszámkorlát: a bértámogatási szerződésben meg- határozott létszám		2 évvel korábbi – 2004 évi – nemzetgazdasági átlagkeresetnek a munkakör szakképzettségi igénye szerint differenciált, a támogatási kulccsal korrigált mértéke.	
EGYÜTTFOLYÓSÍTÁSI KORLÁT						
				1. dotáció		
				2. adóalap-csökkentés		
				3. Az fjt és a vhr szerint folyósított bértámogatás		

A MEGVÁLTOZOTT
MUNKAKÉPESSÉGŰ
MUNKAVÁLLALÓK
FOGLALKOZTATÁSÁT ELŐSEGÍTŐ
BÉRTÁMOGATÁS
TÁMOGATÁSI MÉRTÉKEI
2006-BAN

(177/2005 (IX. 2.) kormányrendelet 4–6. §-ai)

A támogatás alapja az érintett megváltozott munkaképességű személy és a segítő személy segítésre fordított munkaidejére számított, kifizetett munkabér és közterhei.

A támogatás egyéni maximuma teljes munkaidős, 100%-os támogatásra jogosult ember esetén a dolgozónak kifizetett havi munkabér és járulékai;

A támogatás-kifizetés havi korlátja: 2 évvel korábbi nemzetgazdasági éves bttó átlagkereset, folyósítási korlát: szakképzettséget nem igénylő munkakörben, középfokú szakképzettséget igénylő, és felsőfokú szakképzettséget igénylő munkakörben eltérő.

A támogatás összege – a megváltozott munkaképességű munkavállaló részére járó munkabér és járulékai 100 százalékban történő megállapítása esetén – havonta nem haladhatja meg a tárgyévét megelőző második év – a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett – nemzetgazdasági éves bruttó átlagkereset

- a) 60%-át a szakképzettséget nem igénylő munkakör betöltése esetén,
- b) 80%-át az alapfokú vagy középfokú szakképzettséget igénylő munkakör betöltése esetén,
- c) 120%-át a felsőfokú szakképzettséget vagy felsőfokú iskolai végzettséget igénylő munkakör betöltése esetén.

Részmunkaidős foglalkoztatás esetén a rész- és a teljes munkaidő arányában a felső korlát csökken!

A 2006-ban irányadó 2004 évi nemzetgazdasági éves bttó átlagkereset 145 700 forint/hó.

Figyelem! A tanúsítvány önmagában nem jogosít támogatásra (a 176-os és 177-es kormányrendelet eltérő megváltozottmunkaképességű-foglalma)

2007. június 30-ig a támogatásnak nem feltétele az akkreditációs tanúsítvány (a bértámogatást a megyei munkaügyi központok munkavégzés helye szerint illetékes kirendeltségei adják)

De: Nem állapítható meg a bértámogatás, ha foglalkoztatására tekintettel a megváltozott munkaképességű munkavállaló a következő támogatásokban részesül:

- a) a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról szóló 8/1983. (VI. 29.) EüM—PM-rendelet 27/A.–30. §-ai alapján adott dotáció,
- b) az adójogszabályok rendelkezései alapján az egyéni vállalkozót, valamint a társasági adóról és az osztalékadóról szóló törvény hatálya alá tartozó munkáltatót a megváltozott munkaképességű munkavállaló foglalkoztatására tekintettel megillető, adóalapot csökkentő kedvezmények,
- c) a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény (a továbbiakban: ftt.), illetőleg a felhatalmazása alapján kiadott jogszabály szerint megállapítható foglalkoztatást elősegítő támogatások.

A 2006. január 1-je és 2007. július 1-je közötti foglalkoztatáshoz az e rendelet 4–7. §-ai alapján benyújtott kérelem alapján nem adható bértámogatás, ha a munkáltató

- a) csődeljárás, felszámolási eljárás vagy végelszámolás alatt áll,
- b) lejárt esedékességű, 60 napot meghaladó adó- vagy adók módjára behajtandó köztartozása van, kivéve, ha számára az adóhatóság fizetési halasztást vagy részletfizetést engedélyezett,
- c) a kérelem benyújtását megelőző hat hónapon belül a munkaügyi ellenőrzésről szóló 1996. évi LXXV. törvény 3. §-a (1) bekezdésének d) pontjában, valamint l)–n) pontjaiban felsorolt szabályok megsértéséért munkaügyi bírságot szabtak ki, feltéve, ha a vizsgált időszakban jogerőre emelkedett határozatok szerint kiszabott bírságok együttes összege elérte a kötelező legkisebb munkabér tízszeresét,
- d) a kérelem benyújtását megelőző hat hónapon belül a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 82. §-a alapján munkavédelmi bírság megfizetésére kötelezték, feltéve, ha a vizsgált időszakban jogerőre emelkedett határozatok szerint kiszabott bírságok együttes összege elérte
 - da) legfeljebb kétszáz munkavállalót foglalkoztató munkáltató esetén a kötelező legkisebb munkabér tízszeresét,
 - db) kétszázat meghaladó, de ezret meg nem haladó munkavállalót foglalkoztató munkáltató esetén a kötelező legkisebb munkabér tizenötszörösét,
 - dc) az ezer vagy ezt meghaladó létszámú munkavállalót foglalkoztató munkáltató esetén a kötelező legkisebb munkabér hússzorosát,

e) az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény 16. §-a (1) bekezdésének d) pontja alapján a kérelem benyújtását megelőző fél séven belül bírság megfizetésére kötelezték.

Nem kell vizsgálni az (1) bekezdésben foglalt feltételeket, ha a kérelmező akkreditált munkáltató. Együttfolyósítási korlát!

Budapest, 2006. január. 25.

A MEGVÁLTOZOTT
MUNKAKÉPESSÉGŰ
MUNKAVÁLLALÓK
FOGLALKOZTATÁSÁHOZ ADHATÓ
KÖLTSÉGVETÉSI TÁMOGATÁS
MÉRTÉKE

MUNKÁBA HELYEZÉSHEZ, MUNKAHELYMEGTARTÁSHOZ ADHATÓ BÉRTÁMOGATÁS*

A támogatás időtartama: 12–36 hó.

Károsodás/fogyatékoság nem állapítható meg, de az OOSZI szakvéleménye szerint jelenleg munkakörében vagy tanult foglalkozásában, illetőleg más munkakörben vagy foglalkozás keretében, személyre szóló rehabilitációval tovább foglalkoztatható.

Munkabér	Járulék	Munkabér+járulék	A tám. mértéke	Támogatás
62 500	21 950	84 450**	60%	50 670

FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓHOZ ADOTT BÉRTÁMOGATÁS

A támogatás időtartama legfeljebb 36 hó, több alkalommal meghosszabbítható.

50%-ban megváltozott munkaképességű munkavállaló esetén:

Munkabér	Járulék	Munkabér+járulék	A tám. mértéke	Támogatás
62 500	21 950	84 450	40%	33 780

67–100%-ban megváltozott munkaképességű munkavállaló esetén:

Munkabér	Járulék	Munkabér+járulék	A tám. mértéke	Támogatás
62 500	21 950	84 450	60%	50 670

Fogyatékos munkavállaló esetén:

Munkabér	Járulék	Munkabér+járulék	A tám. mértéke	Támogatás
62 500	21 950	84 450	100%	84 450

* Csak arra a munkavállalóra, aki után a munkaadó korábban dotációban, adóalap-csökkentésben, és az fjt, valamint annak végrehajtási rendeletei alapján foglalkoztatást elősegítő támogatásban nem részesült.

** A példa teljes munkaidőre 62 500 forint minimálbérrel, 32% közteherrel és 1950 forint egészségügyi hozzájárulással számítva készült.

MUNKAHELYI SEGÍTŐ SZEMÉLY FOGLALKOZTATÁSA

A segítésre fordított időre jutó munkabér és járulékainak együttes összege.

A BÉRTÁMOGATÁS FELSŐ KORLÁTJA

A támogatási összeg megállapításánál a differenciálás a betöltött munkakörök alapján történik!

Korlát: a 2 évvel korábbi nemzetgazdasági éves bruttó átlagkereset

(2006-ban a 2004 évi) összege:

145 700 Ft/hó

Szakképzettséget nem igénylő munkakörben: a fenti összeg 60%-a, vagyis 87 420 Ft/hó

Alapfokú, vagy középfokú munkakörben: a fenti összeg 80%-a, vagyis 116 560 Ft/hó

Felsőfokú szakképzettséget igénylő munkakörben: a fenti összeg 120%-a, vagyis 174 840 Ft/hó

A korlát tovább csökken a 100%-os bértámogatásnál kevesebbre jogosító támogatási kulcsok mértékével, valamint részmunkaidős foglalkoztatás esetén a munkaidő-csökkenés arányában), például 6 órás foglalkoztatásnál a max. támogatás 0,75%-a.

Bértámogatás	A munkakör szakképzettség-igénye	A megváltoz. munkakép.-ről az igazolást kiállító	A max támogatás kulcsa %	A max. támogatás (telj. m.idő) Ft
Munkába helyezés	Szakképzettséget nem	OOSZI	36	52 452
	Alap, középfokú	OOSZI	48	69 936
	Felsőfokú	OOSZI	72	104 904
Foglalkozási rehabilitáció	Szakképzettséget nem	OOSZI 50%	24	34 968
	Alap, középfokú		32	46 624
	Felsőfokú		48	69 936
	Szakképzettséget nem	OOSZI 67–100%	36	52 452
	Alap, középfokú		48	69 936
	Felsőfokú		72	104 904
	Szakképzettséget nem	A fogyatékoság igazolása	60	87 420
	Alap, középfokú		80	116 560
	Felsőfokú		120	174 840

A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ FEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Készítette: Dr. Gere Ilona

A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ FEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEI	
A 2007–2013 KÖZÖTTI ESZA-TÁMOGATÁSOK FELHASZNÁLÁSÁVAL	
<i>Megalapozó tanulmány</i>	204
1. A foglalkoztathatóság javításának megalapozása	205
2. Főáramú aktív programok bővítése, hatékonyságuk javítása	207
Munkaerő-piaci képzések hozzáférhetősége	209
3. Foglalkoztatási, képzési és támogatási szolgáltatások kialakítása	
– Személyre szabott megközelítések	210
4. Nyílt foglalkoztatás kiemelt támogatása	212
 A TARTÓSAN AKADÁLYOZOTT EMBEREK FOGLALKOZÁSI	
REHABILITÁCIÓS RENDSZERÉNEK FELÜLVIZSGÁLATA, A SZÜKSÉGES	
ELEMEK – MINDENKELŐTT AZ ÁLLAMI TÁMOGATÁSOK –	
ÁTALAKÍTÁSA. KONCEPCIÓTERVEZET	215
1. Helyzetértékelés	216
2. A tartósan akadályozott emberek foglalkoztatásának támogatása	
az Európai Unióban	218
3. A támogatási rendszer felülvizsgálatának és szükséges átalakításának	
indokoltsága	219
3.1. A jelenlegi támogatási rendszer működésében mutatkozó problémák	220
3.2. A támogatásban részesülő szervezetek rehabilitációs feladatainak	
és foglalkoztatási kötelezettségeinek tisztázatlansága	220
3.3. Illeszkedés az Európai Unióban érvényes szabályokhoz	221
4. Vizsgálendő területek, az átalakítás folyamata	222
Az átalakítás általános szabálya	222
 A MUNKACSOPORTOK EDDIGI TEVÉKENYSÉGÉNEK ÖSSZEGZÉSE,	
TOVÁBBI FELADATOK MEGHATÁROZÁSA (az új struktúra szerint)	224
1. munkacsoport – A foglalkozási rehabilitáció megalapozása	224
2. munkacsoport – A foglalkoztathatóság javítása, az integráció elősegítése	233
3. munkacsoport – Foglalkoztató szervezetek működési feltételei,	
rehabilitációs szerepei	241
4. munkacsoport – A foglalkoztatást elősegítő érdekeltségi	
és minőségirányítási rendszerek kialakítása (állami támogatások	
újraszabályozása)	246
5. munkacsoport – A változásmenedzselés személyi és pénzügyi feltételeinek	
kialakítása (meglévő intézmények és szervezetek átalakulásának	
segítése)	253

A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ FEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEI A 2007—2013 KÖZÖTTI ESZA-TÁMOGATÁSOK FELHASZNÁLÁSÁVAL

A kilencvenes évek második felében az Európai Unióban – elsősorban a tagállamok foglalkoztatási mutatóinak romlása miatt – komoly szemléletváltás történt a társadalmi hátrányok megítélésében, a segítség céljaiban és formáiban. Mivel a tagállamok foglalkoztatási szintjének jelentős emelése érdekében szükség van a gazdaságilag inaktív népesség aktivizálására, a hangsúly minden foglalkoztatási nehézséggel küzdő csoport tekintetében áthelyeződött a passzív munkaerő-piaci rendelkezésekről az aktív megoldásokra. A teljes foglalkoztatás elérését célzó Európai foglalkoztatási stratégia hozzájárult, hogy a fogyatékos-specifikus programoktól egy, a foglalkoztatás fő áramlatához szorosabban kapcsolódó megközelítési mód felé történjen általános elmozdulás. A foglalkoztatási hátrányok kezelését célzó iránymutatások és cselekvési tervek az integrált foglalkoztatás, s ebből következően az aktív programok prioritását hangsúlyozzák. Ez meghatározza az intézkedésekre, eszközökre és közvetlenül a foglalkoztatásra fordítandó támogatások irányát és a ráfordítások arányait is.

Az uniós foglalkoztatási irányelvekben deklarált stratégiai célokhoz és cselekvési irányokhoz igazodva, Magyarország nemzeti foglalkoztatási akcióterve a gazdasági aktivitási ráta és a foglalkoztatás jelentős növelését irányozta elő.¹

Ez a célkitűzés teljesíthetetlennek tűnik az egyes társadalmi csoportok közötti tartós, munkaerő-piaci esélykülönbségek mérséklése nélkül. Ebből a szempontból különösen kedvezőtlen helyzetben vannak a fogyatékos-számmal élő emberek². Az 1990. és a 2001. évi népszámlálások adatai jelentős különbséget mutatnak a fogyatékos-számmal élő és a nem fogyatékos-számmal élő népesség gazdasági aktivitása között.

A NÉPESSÉG MEGOSZTLÁSA FOGYATÉKOSSÁG ÉS GAZDASÁGI AKTIVITÁS SZERINT 1990, 2001*

Gazdasági aktivitás	Összesen	1990		Összesen	2001	
		Fogyatékos személyek	Nem fogyatékos személyek		Fogyatékos személyek	Nem fogyatékos személyek
Foglalkoztatott	43,6	16,6	44,6	36,2	9,0	37,8
Munkanélküli	1,1	0,7	1,1	4,1	2,0	4,2
Inaktív kereső	25,6	57,5	24,5	32,4	76,7	29,8
Eltartott	29,7	25,2	29,8	27,3	12,2	28,2
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Forrás: Népszámlálás, 2001. 12. A fogyatékos emberek helyzete. KSH

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

¹ 2010-ig a 15–64 éves korosztály aktivitási rátájának 66,4%-ra történő emelését.

² Dolgozatomban a fogyatékos-számmal élő ember, illetve a fogyatékos ember fogalom alatt mindazokat a személyeket értem, akik a munkavállalást, a munka megtartását és az előmenetelt nehezítő funkciózavarral élnek, függetlenül az e zavarokat kiváltó okoktól, illetve a kezdetük időpontjától.

2001-ben a fogyatékos embereknek mindössze 9%-a dolgozott, s bár a népszámlálási adatok – definíciós sajátosságok miatt³ – lényegesen alacsonyabb létszámot ölelnek fel, mint a KSH munkaerő-felmérései, ez utóbbinál is mindössze 12,8%⁴ a foglalkoztatotti arány. Ezzel összefüggően magas a fogyatékos népesség körében az inaktív keresők aránya, és a növekedés üteme is jóval meghaladja a nem fogyatékos inaktív népesség növekedésének ütemét a két népszámlálás közötti időszakban.⁵

Az Európai Unió tagállamainak munkaerőpiacán is jelentős hátrányban vannak a fogyatékos emberek (esetükben nagyobb mértékű az alulfoglalkoztatottság, a szaktudásbeli szakadék és munkanélküli veszélyeztetettségük), munkaerő-piaci megjelenésük mégis jóval magasabb (30-40%).⁶

Ha követjük az Európai foglalkoztatási stratégia logikáját, akkor a fogyatékos emberek foglalkoztatásának elősegítésére irányuló feladatok pontosan meghatározhatóak. A kérdés inkább az, hogy a szinte minden elemében korrekcióra, megújításra szoruló foglalkozási rehabilitációs gyakorlatunk fejlesztése, aktív eszközeink hatékonyságának növelése, a munkavállalást és a tartós foglalkoztatást segítő szolgáltatások körének bővítése, hozzáférhetőségük javítása, vagy az integrált foglalkoztatás eredmény-orientált támogatása kapjon elsődlegességet.

Az Európai Szociális Alap támogatásainak fő célja az Európai foglalkoztatási stratégiában meghatározott irányelvek és ajánlások végrehajtásának elősegítése. Ez a fogyatékos népesség szempontjából – a 2007–2013 közötti időszakra – a hátrányos helyzetű emberek társadalmi integrációjának megerősítését célzó alábbi intézkedési területek támogatását jelenti:

- a foglalkoztathatóság javítása,
- a szakképzéshez való hozzáférés biztosítása,
- a foglalkoztatásba kerülés segítése,
- a foglalkoztatási, képzési és támogatási szolgáltatások kialakítása,
- az álláslehetőségek javítása,
- a szociális gazdaság fejlesztése,
- a munkaerő-piaci diszkrimináció elleni küzdelem megerősítése stb.

Dolgozatomban az Európai Unió foglalkoztatási irányelveiben a hátrányok kezelésére kijelölt prioritások:

- a foglalkoztathatóság javítása,
- főáramú aktív programok bővítése, hatékonyságuk növelése,
- személyre szabott megközelítések,
- nyílt foglalkoztatás kiemelt támogatása

hazai érvényesülésének lehetőségeit és akadályait vizsgálom, és erre vonatkozóan fogalmazok meg javaslatokat a II. Nemzeti fejlesztési terv intézkedéseinek megalapozásához.

1. A foglalkoztathatóság javításának megalapozása

A fogyatékos emberek foglalkoztatásának egyik legnagyobb akadály, hogy nem rendelkeznek azokkal a képességekkel, nincsenek olyan ismeretek birtokában, amelyek őket versenyképes munkaerővé tennék. Az elmúlt évek ellátásra koncentráló szemlélete, a károsodott egészségű emberek formális – teljesítményelvárás és elismerés nélküli – foglalkoztatása a képességek leépüléséhez, az önbecsülés, az önértékelés devalválódásához vezetett. A túl hosszú időt passzívan töltött fogyatékos emberek valószínűleg igen lassan és fokozatosan, célzott rásegítésekkel győzhetők meg munkavállalói értékeikről, fejlesztésük fontosságáról és hasznáról.

³ A 2001. évi népszámlálás a fogyatékos fogalmát az ENSZ 2000. évi ajánlása szerint határozta meg. Ennek értelmében azt a személyt tekintette fogyatékosnak, akinek olyan végleges, az egész további életére kiható testi vagy értelmi, illetve érzékszervi fogyatékosága van, amely gátolja őt a szokásos, a megszokott, a hagyományosan elvárható életvitel gyakorlásában.

⁴ Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon 2002. II. negyedév. KSH: 2003. január elsején 467 289 ember részesült rokkantsági nyugdíjban és 193 773 személy kapott járadékot. (Forrás: Országos Nyugdíjfolyósító Igazgatóság 2003. évi statisztikai évkönyv)

⁵ 2003. január elsején 467.289 fő részesült rokkantsági nyugdíjban és 193 773 személy kapott járadékot (Forrás: Országos Nyugdíjfolyósító Igazgatóság 2003. évi statisztikai évkönyv)

⁶ Forrás: Európai közösségi háztartási panel-felmérés.

Az Európai Unió foglalkoztatási stratégiája kiemelten kezeli a munkaerő-piaci hátrányokkal küzdő – köztük a fogyatékossgal élő – emberek foglalkoztathatóságának javítását. Az azonban, hogy egy ember mitől válik foglalkoztathatóbbá, csak egyéni értékelés kérdése lehet. Vannak, akiknek csak elavult szaktudását kell korszerűsíteni, míg vannak olyanok is szép számmal, akik fejlesztések, szolgáltatások hosszú sora után válnak munkavállalásra alkalmassá, motiválttá, s rendelkeznek a munkavégzéshez szükséges használható ismeretekkel, képességekkel. Az tehát személyre szabott megközelítést igényel, hogy optimális ráfordítással és sikeres kimenettel tervezni lehessen a foglalkozási rehabilitáció⁷ folyamatát és eszközeit. Kiinduló feltétele az egyén megmaradt, fejleszthető munkaképességére épülő munkavállalási stratégia kidolgozása.

A foglalkoztatás szempontjából fontos, fejleszthető képességek számbavétele hazánkban nem része a minősítés folyamatának, így mind a munkavállalási stratégia, mind a szükséges fejlesztések tervezése csak általános ismeretekre, a folyamat tervezőjének korábbi tapasztalataira épül, ezért sok esetben pazarló, és a foglalkoztatás megvalósulása és minősége is messze elmarad a lehetőségektől.

A fejlett országokban a munkavállalási kor betöltése, illetve felnőttkori eseményt követően a munkaerő-piaci akadályoztatás rögzítése után pontos „láttelel” készül a megmaradt, munkavállalás szempontjából hasznosítható képességekről, készségekről, s erre építik a rehabilitációs programot.

A hazai gyakorlatban az OOSZI (Országos Orvos Szakértői Intézet) szakvéleményei a munkaképesség-változás (az elvesztett képesség) mértékét rögzítik. A FESZ (a foglalkozás-egészségügyi szak-ellátó-hely) a foglalkoztathatóságot véleményezi. Elsődleges funkciója annak megállapítása, hogy a vizsgált személy megváltozott munkaképessége mennyiben befolyásolja a munkavégzést különböző foglalkozásokban. A foglalkoztathatósági vizsgálat második szakaszában a foglalkozás-egészségügyi szakorvos arról dönt, hogy az illető foglalkoztatható-e. A hasznosítható (fejleszthető) képességek feltárása és értékelése nem feladata ezeknek a vizsgálatoknak.

A korszerű foglalkozási rehabilitációban a funkció és a képesség változásának, rendellenességeinek okát nem vizsgálják, a megváltozott képességet tényként fogadják el.

Ugyanakkor vizsgálni kell az ok-okozati összefüggést, azaz azt, hogy a funkciók és a képességek változása okozza-e a munkavállalási, munkamegtartási és a munkát illető előrehaladási esélyek csökkenését.

Vizsgálandó tényezők:

- adott testi funkció és struktúra, amely adott munkakörök betöltését kizárja, korlátozza, míg más munkakörök betöltését nem befolyásolja;
- személyes tényezők, például a munkavállaláshoz⁸ és a munkavégzéshez⁹ szükséges képességek, ismeretek;
- környezeti tényezők, például a munkahelyi el- és befogadó légkör, a munkahely hozzáférhetősége (akadálymentessége), a munkahely gazdasági versenyben elfoglalt pozíciója.

A WHO 2001-ben új értelmezést adott a fogyatékossgnak (Funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása, FNO). A fejlesztésben orvosok mellett gyógypedagógusok, pszichológusok, a társadalomtudományok, valamint a fogyatékos emberek nemzetközi szervezeteinek képviselői is részt vettek. Alapvető változás a korábbi értelmezéshez képest, hogy megjelentek a személyes, illetve a környezeti elemek, mint a funkcióképességet és a fogyatékossgot befolyásoló tényezők.

Ez az új értelmezés jó alapot adhat a megmaradt munkaképességek meghatározásához, egy erre épülő, szükségletorientált fejlesztési terv, illetve munkavállalási stratégia kidolgozásához.

A foglalkozási rehabilitáció első szakaszában azt kell vizsgálni, hogy a rehabilitálandó személynek milyen szükségletei vannak ahhoz, hogy az alaphelyzetből eljusson a kívánt (foglalkoztatotti) helyzetbe. A szükségleteket folyamattá alakító munkavállalási stratégiának pontosan tartalmaznia kell az elérendő fejlesztési, foglalkozási, előrehaladási (karrier) célokat; a megvalósításhoz szükséges eszközöket; a hozzáférés módját és feltételeit; a kapcsolódó intézményeket, szervezeteket, valamint az érintett személy vállalásait a rehabilitáció folyamatában.

⁷ Az uniós irodalmak foglalkozási rehabilitáció alatt a képzéseket, az átképzéseket; a szakmai tanácsadást és a szelektív munkaközvetítést értik.

⁸ Munkavállalási képesség, ismeret például: az időbeli pontosság, a térbeli tájékozódási képesség, a szociális alkalmazkodó-képesség, a munkavállalói jogok és kötelességek ismerete.

⁹ Munkavégzési képesség, ismeret például: adott feladat elvégzéséhez szükséges szakmai tudás (például anyag- és eszközismeret, a feladat teljesítési folyamatának ismerete).

Az intézmények és a szabályozás oldaláról a foglalkoztathatóság javításában alig érvényesül a komplexitás. Bár a foglalkozási rehabilitáció végrehajtásáért felelőssé tett állami munkaügyi szolgálat készít cselekvési tervet a nála megjelenő fogyatékos emberekről, de ezek a lehetséges érintett népességnek csak igen szűk körét (a regisztrációban megjelenő megváltozott munkaképességű munkanélküli személyeket) érintik. A felhasznált eszközöket nem az egyéni szükségletek szerint, hanem a rendszerben jelenleg működtetett foglalkoztatáspolitikai eszközök rendelkezésre állásának függvényében alkalmazzák.

Döntés kérdése, hogy a képesség-meghatározás, illetve a munkavállalási stratégia kidolgozásának felelősségét kihez delegálja az állam, csak az a fontos, hogy minden érintett terület szakemberei (így a foglalkoztatáshoz, a foglalkozási rehabilitációhoz értők is) részt vegyenek a döntési folyamatban.

2. Főáramú aktív programok bővítése, hatékonyságuk javítása

Az Európai Unióban jelentős változások zajlanak a foglalkoztatási hátrányok kezelésében. Mivel az utóbbi években nagy hangsúlyt kapott a hátrányos helyzetű (köztük a fogyatékos) emberek integrált foglalkoztatásának segítése, követelménnyé vált a hátránykezelés főáramba helyezése. Ez azt jelenti, hogy elsősorban a foglalkoztatás elősegítése érdekében működtetett általános munkaerő-piaci programokat kell alkalmazni a hátrányos csoportok esetében is, és egyre szűkíteni kell azoknak a speciális támogatásoknak, eszközöknek a körét, amelyek csak egyes csoportok (például a fogyatékos emberek) foglalkoztatási helyzetének javítását szolgálják. Azaz az integrációt nem csak a foglalkoztatás megvalósulásában, hanem az ezt megelőző rehabilitációs folyamatban is fontosnak tartják. A főáramba helyezés prioritása megköveteli a munkaerő-piaci programok ráfordításainak emelését, illetve hatékonyságuk növelését is. Bár az unió országaiiban az aktív munkaerő-piaci programok még mindig csak a foglalkoztatásihátrány-kezelés ráfordításainak egyharmadát teszik ki, a foglalkoztatási irányelvek és stratégiák egyik legfontosabb célkitűzésévé lettek, és arányuk évről-évre nő.

Magyarországon meghatározóan az ÁFSZ működtet aktív munkaerő-piaci programokat. A főáramú és a speciális eszközök között alig van funkcionális különbség, csak az igénybevétel körülményei, a támogatás időtartama és nagyságrendje kedvezőbb a megváltozott munkaképességű személyek esetében.¹⁰

Az Európai Unió országaiiban a főáramú és a speciális programokban nem duplikálódnak az eszközök, hanem ez utóbbiak olyan támogatásokat tartalmaznak, amelyek kizárólag adott hátrányos helyzetű csoport foglalkoztatását segíthetik, és nem értelmezhetőek az átlagos munkanélküliek vonatkozásában.

Főáramú aktív programok például¹¹:

- intenzív tanácsadás (például álláskeresési segítségnyújtás),
- képzési programok,
- foglalkoztatási ösztönzők,
- közvetlen munkahelyteremtés,
- vállalkozásindítási ösztönzők.

Speciális aktív programok például:

- foglalkozási rehabilitáció,
- szelektív munkaközvetítés,
- a munkahely adaptációja,
- a munkahely-megtartás támogatása.

¹⁰ Ilyenek: • Foglalkoztatást bővítő bértámogatás, rehabilitációs foglalkoztatást bővítő bértámogatás;
• Munkanélküliből vállalkozóvá válás támogatása, megváltozott munkaképességű személy vállalkozóvá válásának támogatása;
• Munkahelyteremtés támogatása, rehabilitációs munkahelyteremtés támogatása.

¹¹ Forrás: Aktív munkaerő-piaci programok fogyatékos emberek számára. Társadalombiztosítás és társadalmi integráció – az Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága E4 Egység (2002).

Az Állami Foglalkoztatási Szolgálatnál (ÁFSZ) – a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek foglalkoztatásának elősegítése érdekében – működtetett aktív programok hozzáférhetősége és hatékonysága komoly hiányosságokat mutat. A tartós eredményt hozó eszközök (például képzések, bértámogatások) a regisztrációba kerülő személyeknek csak nagyon szűk körét érintik. A jelenlegi aktíveszköz-rendszer bonyolult, túlzottan bürokratikusán működik, és az Európai Unió többi országához viszonyítva igen sok eszközt tartalmaz. Komoly hiányossága, hogy struktúrája évek óta változatlan és makacsul működtet olyan programokat is, amelyekre egyáltalán nincs kereslet (például önfoglalkoztatás támogatása; lakhatási támogatás; csoportos szállítás támogatása vagy a gyakorlati képzés támogatása).

Pedig a foglalkozási rehabilitáció és a Munkaerő-piaci Alapból adható támogatások rendszere kölcsönhatást feltételez. A megváltozott munkaképességű személyek oldaláról jelentkezik olyan támogatási igény, amelynek kielégítése segítheti elhelyezkedésüket, foglalkoztathatóságuk javítását. A támogató állam oldaláról pedig a foglalkoztatási ráta növelése, a munkaerőpiacról kiszorult emberek újbóli bevonása érdekében adott támogatásként jelenik meg. Az e gondolattal párosuló segély helyett munkát elv jelenleg csak rövid távon biztosít munkát, azt is döntően az ún. másodlagos munkaerő-piacon. Az elhelyezkedések minőségéről, tartalmáról, rehabilitációs értékéről a munkaügyi nyilvántartások nem adnak információkat. A programok hatékonyságát, az elhelyezések eredményességét értékelő vizsgálatok, kutatások iránt a program 6 éve alatt sem a működtető, sem a felügyelő hatóság részéről nem mutatkozott igény.

A munkaügyi statisztikák szerint évről évre emelkedik azoknak a megváltozott munkaképességű személyeknek a száma, akik felkeresik az ÁFSZ intézményeit. Részben álláskeresői céllal, részben bizonyos szolgáltatások igénybevételének szándékával. 2004-ben összesen 45 002 megváltozott munkaképességű személy volt ügyfele a szervezetnek. Ez a szám 37%-kal magasabb, mint 2000-ben. A növekedésnek azonban nem csak pozitív okai vannak, hiszen egyre nagyobb azok száma, akik nem tudnak kilépni a rendszerből, illetve akik átmeneti kilépés után visszatérnek. Ennek egyik oka, hogy az integráló programok nem tudnak tartós foglalkoztatást eredményezni. Itt lehetnek strukturális és hatékonysági hiányosságok egyaránt. Az is egyértelmű, hogy a szükséglethez képest igen kicsi a programokhoz való hozzáférés esélye.

FOGLALKOZTATÁST SEGÍTŐ TÁMOGATÁSOK ALAKULÁSA 2000–2004 (FŐ)

A támogatás formája	2000	2001	2002	2003	2004
Támogatással elhelyezked. esetszám összesen	5 429	6 088	7 998	7 984	7 819
Munkanélküliből vállalkozóvá válás támogatása	20	19	20	18	12
Megváltozott munkaképességű személy vállalkozóvá válásának támogatása	50	51	31	38	19
Foglalkoztatást bővítő bértámogatás	462	580	645	646	965
Rehabilitációs foglalkoztatást bővítő bértámogatás	1 081	1 216	1 146	1 311	1 034
Közhasznú munkavégzés	2 138	2 198	2 737	2 721	2 508
Munkahelyteremtés támogatása	627	495	269	280	413
Rehab. munkahelyteremtés támogatása	3	2	2	0	0
Önfoglalkoztatás támogatása	35	34	51	40	36
Pályakezddők munkaszerzésének támogatása	5	23	3	13	17
Pályakezddők foglalkoztatási támogatása	14	15	131	129	109
Helyközi utazás támogatása	0	0	0	0	0
Csoportos személyszállítás támogatása	0	0	0	0	0
Lakhatási hozzájárulás támogatása	5	5	2	16	25
Foglalkoztatáshoz kapcs. járulékok átváll.	277	232	607	295	389
Közmunka	–	–	1 617	1 886	1 907
Közcélú munka	298	684	183	167	171
Az érintett létszám	32 899	42 825	38 276	42 706	45 002

Forrás: ÁFSZ-statisztikák.

Az utóbbi években átlagosan az érintett létszám 25–35%-át sikerült elhelyezni vagy számukra az elhelyezkedésben segíteni. 15-20%-uk önállóan, 80-85%-uk közvetítéssel talált munkát. 2003-ban az elhelyezkedett személyek 55%-ának foglalkoztatásához adott támogatást a munkaügyi szervezet. 54% közhasznú, illetve közcélú foglalkoztatásba került, míg 16%-uk rehabilitációs foglalkoztatás-bővítő bértámogatással helyezkedett el. A közcélú és közhasznú munka iránti magas igényt magyarázza a foglalkoztatási forma rövid távú előnye az egyén szempontjából, nevezetesen, hogy helyben van a munkavégzés, ismerik és megértik a problémáit, igazodnak az ő tempójához, munkaidő-igényéhez, mert a támogatás kompenzálja az esetleg kisebb teljesítményt. Hátránya azonban, hogy ez a fajta munka csak időszakos lehetőség, és nem oldja meg az érintettek tartós elhelyezkedését. A maximum 1 évig tartó foglalkoztatás után az emberek többnyire visszakerülnek a rendszerbe, s fejlesztés hiányában munkaerő-piaci esélyük (foglalkoztathatóságuk) továbbra is alacsony szinten marad.

A többi foglalkoztatástámogatási forma részesedése – két tétel kivételével – a 4%-ot sem éri el. Így például az önfoglalkoztatásra és a munkanélküliek vállalkozóvá válásának támogatására az utóbbi években alig volt igény. Oka lehet többek között, hogy a megváltozott munkaképességűek jellemzően rossz szociális helyzetben vannak, s így nincs anyagi bázisuk a vállalkozás beindításához, ugyanakkor a betegség csökkentheti a vállalkozásnál nélkülözhetetlen perspektivikus gondolkodást. A saját képességeiben elbizonytalanodott ember számára a vállalkozóvá válás – még támogatások mellett is – ritkán jelent reális alternatívát. Megoldást valószínűleg olyan komplex támogatás jelenthet, amely egyaránt tartalmazza a képzést, a felkészítést; a folyamatos tanácsadást és a finansziális támogatást.

Munkaerő-piaci képzések hozzáférhetősége

Az Európai cselekvési terv a fogyatékos emberek esélyegyenlőségének biztosítása érdekében (2003) elsődleges intézkedései között szerepel az eszközökhöz, így a képzésekhez való hozzáférés, illetve az élethosszig tartó tanulás biztosítása. 2004-ben 45 000 megváltozott munkaképességű munkanélküli személy volt jelen az ÁFSZ rehabilitációs statisztikájában. Közülük mindössze 1103 (azaz az érintett létszám 2,4%-a) vett részt munkaerő-piaci képzésben. Ezzel szemben ugyanebben az évben a 376 ezer regisztrált munkanélküli közül 14% volt a képzési programokban részt vevők aránya. Ez az aránytalanság akkor is elfogadhatatlan, ha a megváltozott munkaképességű személyek nehezebben vállalkoznak ezekre a programokra. Itt is hiányoznak azok a személyre szóló segítő szolgáltatások, amelyek felkészítenék ezeket az embereket a tanulás vállalására.

Magyarországon – az állami támogatásból adott foglalkoztatáspolitikai eszközök és szolgáltatások eredményességét illetően – kétféle teljesítményértékelési módszerrel találkozunk. Az egyik a munkaügyi szervezet ráfordításainak értékelése, a másik a szervezet és a feladatvégrehajtó (többnyire civil szerveződés) között létrejött szerződések teljesítéseinek mérőszámok értékelése. Valójában mindkét esetben igyekszik az ÁFSZ szigorú mennyiségi korlátokat érvényesíteni. Az Európai Unió gyakorlatában már régóta disztinkváltnak a teljesítési mutatókban aszerint, hogy azok milyen célcsoport integrálását célozzák. Így például a fogyatékos emberek esetében rendkívül nagyvonalú az ügyintézésre fordított órakeret, az események száma, az eszközök és a szolgáltatások alkalmazhatósági korlátja is. Legtöbb esetben a végeredmény a fontos (és ez sem mindig az elhelyezést jelenti, hanem a foglalkoztathatóság szintjének javulását, a munkaerő-piaci esélyek növekedését stb.), és a ráfordításokat is ennek alapján értékeli.

A munkaerő-piaci aktív eszközök fejlesztésének legfontosabb területei:

- az egyenlő hozzáférés esélyének javítása,
- prioritás biztosítása a nyílt foglalkoztatást elősegítő programoknak,
- az aktív programok hatékonyságának növelése,
- a főáramú programok részarányának emelése
- az aktív eszközök igénybevételének, eredményességének, hatásának vizsgálata a fogyatékos emberek integrációja szempontjából,
- strukturális átalakítás az új szempontok, prioritások szerint (nyílt foglalkoztatás, főáramú aktív eszközök elsődlegessége),
- A programok eredményindikátoraival szemben támasztott mennyiségi elvárásokat olyan minőségi kritériumokkal kell kiegészíteni, amelyek a hátrányos helyzetű emberek tényleges szükségleteire építve, hosszabb távon eredményesek.

3. Foglalkoztatási, képzési és támogatási szolgáltatások kialakítása. Személyre szabott megközelítések

A fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásba kerülésének alapfeltétele, hogy hozzáférjenek minden elérhető tudáshoz és szükséges szakértelemhez; hogy élni tudjanak az aktív munkaerő-piaci programok adta lehetőségekkel. A gyakorlatban ez a hozzáférés nem csak az igényekhez képest szűkös kínálat miatt alacsony szintű, hanem sok esetben a lehetőség pillanatában még a fogyatékossgal élő személyek is alkalmatlanok, felkészületlenek a programokban való részvételre. Ha nem kapják meg az igénybevételhez szükséges segítséget, akkor vagy visszalépnek a lehetőségtől vagy – újabb kudarcok árán – eredménytelenül fejezik be a rehabilitációs folyamatot. Képzési programba például csak olyan embereket lehet sikeresen bevonni, akik készek, képesek és motiváltak a tanulásra. Igen ritkán alkalmas bármilyen tanfolyam elvégzésére az a fogyatékossgal élő személy, aki alacsony iskolai végzettségét évekkal (évtizedekkel) korábban szerezte meg, majd betegsége, fogyatékossga miatt hosszú időre minden aktív tevékenységből kiesett. Ha azonban segítséget kap az elfelejtett ismeretek felfrissítéséhez, a tanulási technikák elsajátításához, megerősítést kap abban, hogy ezt a feladatot meg tudja oldani, akkor sokkal inkább partner lesz a program sikeres végrehajtásában.

Néhány konkrét terület, ahol a munkaerő-piaci szolgáltatások elősegíthetik a fogyatékossgal élő emberek tartós foglalkoztatásba kerülését:

- Az aktív programokban való részvételt, illetve a munkavállalást akadályozó (szociális, mentális, egészségi stb.) tényezők feltárása és a megoldás segítése.
- Képzésre, munkavállalásra való felkészítés (például a személyiség, a kulcsképeség, a tanulási képesség, az önálló életvitel stb. fejlesztése).
- A munkavállalói szerepre való felkészítés (például a motiváltság erősítése, a viselkedési formák elsajátítása, a kommunikáció fejlesztése, a jogok és a kötelességek megismertetése stb.).
- A munkavállalás támogatása (például a kölcsönös megfelelés vizsgálata (a munkáltató és a munkavállaló között), a munkakipróbálás, a munkaműveletek begyakoroltatása stb.).
- A munkavégzés támogatása (például a munkáltató, a munkatársak felkészítése; akadálymentesítés, a munkahely adaptáció segítése stb.).
- A tartós munkában maradás segítése (például beilleszkedés segítése, a munkában maradás egészségi, pszicho-szociális támogatása, személyi segítő biztosítása, utógondozás stb.).

Egy-egy fogyatékossgal élő embernek a felsorolt szolgáltatások közül csak néhányra van szüksége, s minden eset egyéni mérlegelést igényel. Sokszor azonban – éppen a rehabilitáció szakaszosága, a kieső időben a készségek, a képességek veszteségei miatt az újraépítés, a fejlesztés során a szolgáltatásra igen nagy szükség lehet, nagy ráfordítás-igénnyel. Összességében azonban – különösen ha az inputokat az outputok fényében értékeljük – többnyire sokkal gazdaságosabb befektetésnek bizonyulnak, mint a mindenki számára nyitott (és generális) szolgáltatások. Természetesen költségkímélőbb megoldás lenne, ha a fejlesztés szakaszában nem a megelőzés és a rehabilitáció különféle ágainak (például egészségügyi, oktatási) hiányosságait kellene a szolgáltatásokkal kiegyenlíteni.

A fejlett országok tapasztalata, hogy a személyre szabott megközelítésekkel a rehabilitáció eredményesebbé, az aktív eszközök és a foglalkoztatás elérhetőbbé válik. Éppen ezért ezeknek a szolgáltatásoknak a bővítése, elérhetőbbé tétele fontos célkitűzése az Európai Unió hátránykezelési stratégiájának.

A munkaerő-piaci segítő szolgáltatásokkal szemben megfogalmazott uniós alapkövetelmények:

- mindenki számára hozzáférhetőek legyenek,
- személyre szóló, valós igényeket elégítsenek ki,
- hosszú távon az integrált foglalkoztatás elérését célozzák,
- ne lépjenek túl a kompetenciahatárokat,
- a szolgáltatók megbízható szakmai felkészültséggel rendelkezzenek,
- a segítség az elhelyezkedést, a diszkrimináció elleni küzdelmet és a beilleszkedés stabilitását szolgálja.

A munkaerő-piaci segítő szolgálatok finanszírozása és a teljesítés technikái igen különbözőek az egyes országokban. Mindegyikben közös azonban, hogy:

- az igénybevétel minden érintett személy számára biztosított (akár országos hálózatban, vagy az állami munkaügyi hivatalokra ráépülve működik a szolgálat, akár laza szerződéses viszonyban),

- a szolgálat működése egyaránt érdeke az érintett személyeknek és a munkaügyi hivataloknak,
- a szabályozás olyan viszonylagos stabilitást biztosít a szolgálat részére, amely lehetővé teszi a koncepcionális tervezést, a szolgáltatás folyamatos fejlesztését,
- pontos etikai normák, minőségi előírások, szabályozott teljesítménykövetelmények és jól kidolgozott módszertani ajánlások mentén kötik meg a szerződéseket a szolgáltató (többnyire civil) szervezetekkel.

Magyarországon jelenleg munkaerő-piaci szolgáltatásokhoz – rendszerszerűen – a fogyatékkal élő embereknek csak igen szűk köre (elsősorban a munkanélküliként regisztrált megváltozott munkaképességű személyek köre) jut hozzá. Ezen kívül a szélesebb érintett kör részére néhány civil szervezet szolgáltatása érhető el (amit vagy a munkaügyi szervezettel kötött tartós szerződés keretében ugyancsak a munkaerő-piaci alap, vagy uniós projekt finanszíroz). Ezek a segítő szolgálatok véletlenszerűen – egy-egy hazai vagy nemzetközi program eredményeként – alakultak ki¹², az integrációhoz szükséges szolgáltatási formák egy bizonyos körét fogják át, finanszírozásuk labilis és nincsenek kidolgozva azok a szakmai normák, működési feltételek, amelyekhez igazodniuk kellene. Azonban mind a munkaügyi szervezet, mind az ilyen jellegű civil szervezetek kínálata azonban igen kicsi, és – a hiányos területi lefedettség miatt – csak kevés rászoruló számára hozzáférhető.

A széleskörű személyközpontú problémakezelésre az állami munkaerő-piaci szolgálat – jelenlegi formájában és szabályozásával – nincs felkészülve. Szolgáltatásaik sokkal inkább kínálat- mint szükségletspecifikusak, s alig van közöttük olyan, amely az aktív programok elérhetőségét segítené. Jól jelzik az állami foglalkoztatási szolgálat korlátait azok az adatok, amelyek eszközrendszerükből a személyre szabott szolgáltatások igénybevételi arányait mutatják.

SZOLGÁLTATÁSSAL ÉRINTETT MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ SZEMÉLYEK 2000–2003*

A szolgáltatás fajtája	A szolgáltatási esetek száma a bekerülő létszám arányában (%)			
	2000	2001	2002	2003
Impulzus tréning	0,2	0,2	0,1	0,05
Pályaorientációs foglalkozás	0,2	0,2	0,3	0,4
Pályakorrekciós foglalkozás	0,2	0,1	0,2	0,2
Pályamegerősítő foglalkozás	0,1	0,1	0,1	0,2
Pszichológiai tanácsadás	3,1	1,4	1,5	1,6
Álláskeresői technikák oktatása	0,9	0,5	0,9	1,3
Álláskereső Klub	0,4	0,3	0,4	0,3
Munkavállalási tanácsadás	11,6	8,8	7,9	7,0
Munkajogi tanácsadás	1,6	0,5	1,0	0,7
Képzési tanácsadás	5,5	5,0	5,8	6,3
Rehabilitációs tanácsadás	35,3	21,4	22,6	2,3
Reintegráló csoportfoglalkozás	1,5	1,0	1,3	1,2
Újraintegráló csoportfoglalkozás	0,7	0,1	0,1	0,2
Kulcsképeség-fejlesztő csoportfoglalkozás	0,3	0,1	0,02	0,04
Motivációs csoportfoglalkozás	1,0	0,3	0,4	0,8
Foglalkozás-egészségügyi vizsgálat	25,3	17,7	21,0	16,1
A szolgáltatással érintettek esetszáma összesen/*	87,7	57,7	63,6	57,6
A szolgáltatással érintettek tényleges létszáma/ **	53,6	37,0	41,9	38,1

Megjegyzés: */ 1 személy több szolgáltatásban is részt vehet.

**/ 1 személy csak egyszer vehető számításba.

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

¹² Ilyen például a Salva Vita Alapítvány által működtetett támogatott foglalkoztatás program, a brit–magyar 4M program, a szombathelyi munkaasszisztens program.

Az utóbbi években a szervezetben rehabilitációra váró megváltozott munkaképességű személyek kb. 40%-a igényelt a munkaügyi szolgálatnál személyenként átlagosan 1,5 szolgáltatást. Ez az alacsony érték egyben magyarázat is lehet a tartós kimenet kedvezőtlen mutatóira is. A szolgáltatási formák közül mindössze hármat (képzési, munkavállalási és rehabilitációs tanácsadást) vettek igénybe ezernél többen. A tizenötféle szolgáltatásból hat olyan is van, amely egy év alatt 100 személyhez sem jutott el, sőt kulcsképeség-fejlesztésben mindössze 10-en részesültek.

Ha Magyarország eleget akar tenni a fogyatékossgal élő emberek integrációjának elősegítésére vonatkozó nemzetközi elvárásoknak, akkor minél előbb ki kell dolgozni a személyközpontú szolgáltatások feltételrendszerét; meg kell határozni a munkaerő-piaci szolgáltatást kínáló szervezetek szakmai kritériumait, az egyenlő hozzáférhetőség modelljét és a stabil finanszírozás kereteit.

A szolgáltatási folyamat során meghatározhatóak azok a mérhető, ellenőrizhető teljesítmények, amelyek segítségével a szolgáltatás és annak fázisai a későbbiek során értékelhetővé, minősíthetővé válnak. Nyilvánvaló, hogy a teljesítés a meghatározott folyamatok megvalósulását jelenti, de ennek mindig az egyénhez igazodónak kell lennie. Az elemek száma nincs összefüggésben az eredményességgel, hiszen elképzelhető, hogy a munkaerőpiac igényeinek jobban megfelelő munkavállaló sokkal kevesebb folyamatlépés biztosításával is nagyobb eredményt ér el, mint aki hosszú ideig, sokszor veszi igénybe a szolgáltatás minden elemét. Mindemellett meg kell határozni azokat az időfaktorokat és gyakoriságokat, amelyek elfogadhatóak az optimális, hatékony munka érdekében.

4. Nyílt foglalkoztatás kiemelt támogatása

Az Európai Unióban ma mindenekelőtt a nyílt munkaerő-piacra történő integrálást tekintik a hátránykezelés fő eszközének, és ismerik el eredménynek. Emiatt az egyes országok támogatási rendszerében egyre nagyobb teret kap a nyílt foglalkoztatás támogatása. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy a versenyszféra kapja a legnagyobb összegű állami hozzájárulást, inkább azt, hogy az e célra rendelkezésre álló forrásokból egyre nagyobb arányt kívánnak ide irányítani, illetve, hogy a főáramú aktív eszközök indikátoraként a nyílt foglalkoztatás megvalósítását fogadják el. Több országban külön programot működtetnek a hátrányos helyzetű munkavállalók számára az első munkaerő-piacon rendelkezésre álló munkahelyek megtartása, megvédése érdekében.

Ez a filozófia jellemző a foglalkoztatás közvetlen támogatására működtetett speciális programokra is:

- A szubvencionált foglalkoztatás – aminek színtere csak a nyílt munkaerőpiac lehet – célja, hogy csökkentse a fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásának (pénzügyi) akadályait. A költségátvállalás kedvezményezettjei legtöbbször a munkaadók. Az átvállalt bérköltségek átlagos összege viszonylag alacsony, de egyes országokban (például Spanyolország és Németország) bizonyos programok esetében jelentős összegeket lehet kapni minden egyes fogyatékossgal élő foglalkoztatott ember után.
- A támogatott foglalkoztatás kedvezményezettjei a munkavállalók. Ez magában foglalja a fogyatékossgal élő emberek munkavállalásához, munkavégzéséhez szükséges személyi segítség finanszírozását, illetve a munkahelyek megfelelő átalakításának költségeit. A személyes támogatás fokozatosan csökken, azzal párhuzamosan, ahogyan a fogyatékossgal élő ember képessé válik az önálló munkavégzésre. A támogatás feltétele, hogy a foglalkoztatás a nyílt munkaerőpiacon történjen.
- Az Európai Unióban a védett foglalkoztatás többféle formában jelenhet meg (például más résztvevőkhöz viszonyítva előírhatják a fogyatékossgal élő emberek minimális arányszámát) és céljai is különbözőek lehetnek (lehetséges, de nem szükségszerű cél az integrálás a nyílt munkaerőpiacra). A védett foglalkoztatás versenynek nem kitett környezetben valósul meg.¹³

¹³ Aktív munkaerő-piaci programok fogyatékossgal élő emberek számára. Társadalombiztosítás és társadalmi integráció – Az Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága E4 Egység (2002).

Bár az egyes tagországokban alkalmazott foglalkoztatástámogatási gyakorlatok igen különbözőek, az azonban általában jellemző, hogy a foglalkoztatási formák, s az egyes formák rehabilitációs feladatai pontosan meghatározottak és ezekhez vannak rendelve a támogatások. A foglalkoztatás-támogatásoknál prioritást kapnak a nyílt foglalkoztatók, s a védett formákat csak abban az esetben tekintik aktív eszköznek, ha az integráció megvalósítását deklarált célként határozzák meg.

Magyarországon a működő támogatások nem adnak prioritást a nyílt munkaerőpiacon történő integrált foglalkoztatás számára, s a támogatási rendszerben szervezeti és nem szükséglet- vagy eredménypreferencia érvényesül. A támogatások elsősorban a szervezet jogállása alapján differenciálnak, nem az integrációhoz szükséges intézkedések költségigénye szerint. Hazánkban egy olyan tisztázatlan funkciójú (sem rehabilitációs, fejlesztő szerepük, sem a foglalkoztatás minősége nincs meghatározva) és ellentmondó szabályozású (egyfelől védett, másfelől árbevételre kötelezett piaci szervezetnek minősülnek) foglalkoztatási formációnak (a célszervezeteknek) van kiemelt támogatásuk¹⁴, amelyek általában csak mérsékelten, alacsony színvonalú termékekkel tudnak megjelenni a piacon; amelyek – a támogatás anomáliái miatt – abban érdekeltek, hogy minél súlyosabb fogyatékkal élő munkavállalót foglalkoztassanak, s amelyek általában nem végeznek (mert ilyen kötelezettségük nincs is) integrációt célzó fejlesztő tevékenységet.

A célszervezetek gazdálkodási formája meglehetősen sajátos. A megváltozott munkaképességű dolgozók magas aránya (a szabályozás szerint min. 60%-a, de a gyakorlatban kb. 80%-a) miatt védett szervezeteknek minősülnek, de védettségük a jogi szabályozásban ellentmondásosan érvényesül. Adózás tekintetében a társasági adóról és az osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény hatálya alá tartoznak, közterheik minden más munkáltatóval azonosak. Versenyfeltételek között működnek, a foglalkoztatottak csökkent termelési kapacitását az állam jelentős dotációval támogatja. Profittermelésben érdekeltek, de az elérhető nyereségük korlátozott. (eredményük nem haladhatja meg a korrigált nettó árbevétel 1,4-szeresének 6%-át, mert ellenkező esetben az állami támogatás egy részének visszafizetésére kötelezettek). Az eredménykorlát miatt műszaki, technikai fejlesztésre nem, vagy alig marad pénzügyi keretük; beruházásokra, átalakításokra csak pályázatok útján tudnak forrást biztosítani.

Az állami támogatásnak kettős funkciót kell ellátnia. Egyfelől hozzá kell járulnia a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztathatóságának javításához, másfelől a tartós foglalkoztatás támogatásával elő kell segítenie a megmaradt képességek minél teljesebb hasznosulását. A foglalkoztatás támogatása azonban több, mint a konkrét munkavégzés, hiszen szolgálnia kell a munkába állást, illetve az azt megelőző, közvetlen előkészítő tevékenységet is, a munkahelyteremtést, a munkatapasztalat szerzést, a munkahelyek átalakítását, a munkaeszközök fejlesztését. Elő kell segítenie a tartós foglalkoztatási körülmények megteremtését, a munkahely megtartását (a munkaviszony alatti egészségi állapot-romlás esetén is), a képzettségnek megfelelő foglalkoztatás lehetőségét, a munkahely elérését (a munkabajárást).

A munkáltatót érdekeltté kell tenni – a támogatás időtartamának meghatározásával, szükség esetén korlátozásával – abban, hogy ne foglalkoztasson tartósan olyan személyt, aki továbblépésre kész (arra alkalmassá tehető) integrált munkahelyre. A munkavállaló számára pedig biztosítani kell a szervezeten belüli fejlődés lehetőségét, az ehhez szükséges motivációt.

A közelmúltban az állami támogatások újraszabályozásáról, illetve a foglalkoztató szervezetek akkreditációs kötelezettségéről megjelent FMM-rendelet több ponton igyekezik változtatni a fogyatékkal élő (a rendeletek meghatározása szerint: megváltozott munkaképességű) emberek rehabilitációja és foglalkoztatása terén évtizedek óta fennálló szabályozási, támogatási és gyakorlati problémákon. Az új szabályozás nagyon fontos – eddig hiányzó – minőségi követelményeket kíván bevezetni és komoly előrelépés a személyre szabott megközelítés szándéka is. Ugyancsak jelentős változás a támogatások kiterjesztése az eddig kizárt, de a fogyatékkal élő emberek foglalkoztatása szempontjából fontos nonprofit szektorra, és mindenképpen az integrációt szolgálja a kifizetések tényleges ráfordítások felé történő elmozdítása.

Az új szabályozás komoly hiányossága, hogy a támogatásoknál – az európai irányvonalakkal ellentétben – nem kap prioritást a nyílt munkaerőpiacon való foglalkoztatás; a támogatások legfőbb alanyai továbbra is – bár kétségtelenül jelentősen alacsonyabb szinten – a célszervezetek, amelyek funkciója

¹⁴ Az erre a célra fordított állami források 90%-a ide irányult. 2004-ben 88 célszervezet 64 milliárd forint dotációt kapott.

most sem tisztázott; s a támogatás nem kötődik az eredményekhez. Mindezek miatt féltő, hogy e szervezetek piaci szerepe tovább romlik, s ezáltal a védett forma irányába tolódnak el. Ez pedig ellentétes az Európai Unió rehabilitációs (és foglalkoztatási) politikájával. Persze a kötelező akkreditáció miatt – a szolgáltatásokkal megerősített humánerőforrás – közvetve elősegítheti a versenyképesség javulását, de a minősítés útjában még hosszabb távon is komoly akadályok állnak. Ilyenek például hogy még egyáltalán nincsenek kidolgozva a foglalkozási rehabilitáció, a munkaerő-piaci szolgáltatások, illetve a foglalkoztatás különböző formáinak minőségi standardjai. Azaz nincs mihez igazodni. A végrehajtás során komoly nehézség az is, hogy a kötelező szolgáltatások kialakítását, illetve megvásárlását akadályozza a szakemberek hiánya (foglalkozási rehabilitációs szakembereket még egyáltalán nem képeznek Magyarországon; a konkrét szolgáltatásokhoz viszont nincs annyi felkészült szakember, akik a rendelet generálta megnövekedett igényeket ki tudnák elégíteni). Az ÁFSZ – korábbiakban elemzett – gyenge szolgáltatási kapacitására már nem lehet további igényt építeni, ugyanakkor a civil szférában még csak szerény kezdeményezésekről lehet beszámolni. Hálózatról, mindenki általi hozzáférésről pedig egyáltalán nincs szó.

A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását elősegítő állami támogatásról szóló szabályozás csak akkor lesz képes a munkaerőpiacon tartósan akadályozott személyek integrációját segíteni, ha harmonikusan illeszkedik egy jövőben kialakítandó, a mai állapotában szinte minden elemében korszerűsítésre érett foglalkozási rehabilitációs rendszerbe.

Ennek érdekében megkerülhetetlen feladat e hosszú távú koncepcionális munka elemeinek meghatározása, ütemezése és megvalósítása.

Szükséges koncepcionális fejlesztések a foglalkoztatás növelése érdekében:

- A foglalkozási rehabilitáció megalapozása.
- A rehabilitáció folyamatának, eszközeinek korszerűsítése, mindenki számára elérhetővé tétele.
- ÁFSZ-eszközök hatékonyságának növelése.
- A munkaerő-piaci szolgáltatások bővítése, szolgálatok hálózattá alakítása.
- Foglalkoztatási formák bővítése (működési feltételek, rehabilitációs szerepek meghatározása).
- Foglalkoztatást elősegítő érdekeltségi és minőségirányítási rendszerek kialakítása (differenciált állami támogatások).
- Közép- és felsőfokú szakemberek képzése.

Az átalakítás általános szabálya: az érdekeltségi és az állami támogatási rendszer átalakítása során alkalmazni kell a fokozatosság és a komplexitás elvét. A jelenlegi támogatási rendszer kedvezményezettjei számára időt kell hagyni az új elvárásoknak megfelelő szervezeti, gazdálkodási, foglalkoztatási körülmények kialakítására, fejlesztésére. Figyelembe kell venni a támogatott szervezetek piaci, gazdasági helyzetét, a közvetlen munkaerő-piaci környezet sajátosságait, humánerőforrás-gazdálkodási lehetőségeit, és ehhez igazodó átmeneti intézkedésekkel kell segíteni a vállalkozások életképességét. Figyelembe kell venni továbbá, hogy a kialakuló új, korszerű foglalkozási rehabilitáció rendszere csak azok számára tud teljes értékűen működni, akik a jövőben válnak a rendszer alanyává, azaz akik számára a megmaradt képességeik regisztrálását követően rehabilitációs programot határoznak meg, akiket nem az ellátásra szocializálnak, és akik időben (még a megmaradt készségek leépülése előtt) megkapják az aktív segítséget. A rendszerben – esetleg évtizedek óta – jelen lévő megváltozott munkaképességű személyek számára eddigi életútjukat, rehabilitációs történeteiket figyelembe vevő, reális kimenetű programokat kell meghatározni.

A TARTÓSAN AKADÁLYOZOTT EMBEREK FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓS RENDSZERÉNEK FELÜLVIZSGÁLATA, A SZÜKSÉGES ELEMEL – MINDENEKELŐTT AZ ÁLLAMI TÁMOGATÁSOK – ÁTALAKÍTÁSA

Munkanyag. 0. változat

ALAPFILOZÓFIA:

- A munkavállalásban az esélyegyenlőség megteremtése közpénzből finanszírozandó állami feladat.
- Az átalakulás következtében a tartósan akadályozott¹ emberek foglalkoztatási szintje nem csökkenhet.
- A meglévő munkahelyeket meg kell őrizni.

CÉLKITŰZÉSEK:

Növekedjék a tartósan akadályozott emberek között a foglalkoztatottak, mindenekelőtt a nyílt munkaerőpiacon foglalkoztatottak száma és aránya. A foglalkozási rehabilitáció eredményességének javításával a lehető legmagasabb szinten hasznosuljon az egyén megmaradt munkaképessége. A speciális, védett munkahelyeket azok számára szükséges fenntartani, akik – segítséggel, sikeres foglalkozási rehabilitációval – sem képesek teljesíteni a szokásos munkahelyeken elvárt feltételeket. A tartósan fogyatékossgal élő személyek foglalkoztatásának elősegítését szolgáló érdekeltségi rendszer legfontosabb elemének tekinthető támogatási forma hatékonyságának növelése a nyílt munkaerő-piaci integráció és a védett foglalkoztatás optimális feltételeinek kialakítása érdekében, az európai uniós versenyszabályoknak megfelelően.

FELHATALMAZÁS:

A kormányprogram foglalkoztatáspolitikai célkitűzései között szerepel a megváltozott munkaképességű emberek foglalkozási rehabilitációját szolgáló érdekeltségi és támogatási rendszer korszerűsítése.² A fogyatékossgal élő személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény korszerű elveit és annak európai normákat követő szellemét változatlanul érvényesnek és alapvetőnek tartja. A fogyatékos személyek integrált, ennek hiányában védett foglalkoztatásra jogosultak. „Ha a fogyatékos személy foglalkoztatása az integrált foglalkoztatás keretében nem megvalósítható, úgy számára speciális munkahelyek működtetésével a munkához való jogát lehetőség szerint biztosítani kell.” (16. §) A fot. 30. § (1) c) pontjában felhatalmazást kapott a kormány arra, hogy rendeletben állapítsa meg a speciális munkahely működésének és finanszírozásának szabályait.

A Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény 203. § (2) bekezdésében a kormány felhatalmazást kap, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók alkalmazására, foglalkoztatására és a szociális foglalkoztatásra vonatkozó szabályokat megállapítsa.

¹ A továbbiakban a tartósan akadályozott személyek meghatározás alatt a megváltozott munkaképességű személyeket és a fogyatékossgal élő embereket egyaránt értjük.

² „Cselekedni, most és mindenkiért”. A nemzeti közép, a demokratikus koalíció kormányának programja”, IV. fejezet, 6.4.1.

Az Országgyűlés 1997-ben a megváltozott munkaképességű és rokkant személyek társadalombiztosítási és szociális ellátó rendszerének átalakításáról rendelkezett.³ Legfőbb célkitűzései:

- az ellátórendszer jobban igazodjon az egészségi állapothoz és ezzel összefüggésben a tényleges munkavégző képességhez, jelenjenek meg benne a szakmai rokkantság elemei,
- legyen lehetőség az egyén számára foglalkoztatási rehabilitáció segítségével a munka világában maradni, vagy oda visszatérni,
- a megváltozott munkaképességhez kapcsolódó egészségügyi, szociális és foglalkoztatási problémákat összhangban kezeljék,
- csökkenjenek az ezzel együtt járó társadalmi terhek.

Az orvos-szakértői feltételek, valamint a pénzbeli ellátások átalakításáért a Népjóléti Minisztérium, a foglalkozási rehabilitáció jogi és intézményi feltételeinek megteremtéséért a Munkaügyi Minisztérium lett a felelős. 1998-ban a foglalkozási rehabilitáció intézményrendszerének kiépítése a munkaügyi szervezetben megkezdődött, bár jelenleg az érintett személyek szűk körét (elsősorban a regisztrációban megjelenő megváltozott munkaképességű munkanélküli személyeket) fogja át és az alkalmazott eszközök, programok hatékonysága is sok kívánnivalót hagy maga után.

1. Helyzetértékelés

A népszámlálás adatai szerint 2001-ben 577 ezer fogyatékos ember élt Magyarországon, a népesség 5,7%-a. A korábbi, 1990. évi népszámláláshoz képest jelentősen nőtt a népességen belül a fogyatékos-sággal élő emberek aránya és létszáma is. Ennek egyik oka lehet, hogy 2001-ben többen vállalták fogyatékos-ságukat, mint 1990-ben és pontosabb lett a meghatározás is.⁴ A nemzetközi statisztikák átlagosan 10%-ra becsülik a népességen belül a tartósan fogyatékos-sággal élő emberek arányát. A népszámlálás adatai tehát közelítően az érintett populáció kb. 60%-ára vonatkoznak.

A fogyatékos-sággal élő népesség körében jóval alacsonyabb a gyermekkorúak, illetve a 15–39 év közötti korosztály aránya, míg ez 40 év fölött közel 10%-kal, 60 év fölött 25%-kal magasabb.

A fogyatékos-sággal élő népességen belül továbbra is a mozgásfogyatékos-sággal élő embereké a leg-népe-sebb csoport. Jelentősen emelkedett 1990 és 2001 között a pontosan meg nem határozott fogyatékos-sággal élők aránya. Valószínűleg ebbe a kategóriába kerültek azok a személyek, akik nem tudták elhatárolni fogyatékos-ságukat tartós betegségüktől.

A FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK A FOGYATÉKOSSÁG TÍPUSA ÉS NEMEK SZERINT 1990, 2001 (%)*

A fogyatékos-ság típusa	összesen	1990 férfi	nő	összesen	2001 férfi	nő
Mozgásfogyatékos-ság	29,9	29,8	30,1	36,4	33,6	39,0
Alsó, felső végtag hiánya	–	–	–	2,6	4,0	1,2
Egyéb testi fogyatékos-ság	9,7	11,6	7,6	4,6	5,4	3,9
Együtt	39,7	41,3	37,7	43,6	43,0	44,1
Gyengénlátó	11,8	9,2	14,9	9,6	7,6	11,5
Egyik szemére nem lát	4,8	5,2	4,4	3,2	3,4	3,0
Vak	2,1	1,8	2,4	1,6	1,4	1,9
Együtt	18,8	16,2	21,8	14,4	12,4	16,4
Intellektuális fogyatékos-sággal élő	19,5	20,3	18,6	9,9	11,1	8,7
Nagyothalló	10,9	10,5	11,4	7,7	7,9	7,6
Siket, siketnéma, néma	2,1	2,0	2,2	1,5	1,6	1,5
Beszéd-fogyatékos-ság	2,3	2,8	1,7	1,3	1,7	0,9
Egyéb	6,7	6,9	6,5	21,6	22,3	20,9
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Forrás: 2001. évi népszámlálás (KSH).

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

³ 75/1997. (VII. 18.) OGY határozat

⁴ A 2001. évi népszámlálás a fogyatékos-ság fogalmát az ENSZ 2000. évi ajánlása szerint határozta meg. Ennek értelmében azt a személyt tekintette fogyatékos-sággal élőnek, akinek olyan végleges, az egész további életére kiható testi vagy értelmi, illetve érzékszervi fogyatékos-sága van, amely gátolja őt a szokásos, a megszokott, a hagyományosan elvárható életvitelben.

Az aktív korú, fogyatékossgal élő emberek munkavállalási esélyei lényegesen rosszabbak a népesség egészénél. Ebben jelentős szerepet játszik alacsonyabb iskolai végzettségük. Míg a fogyatékossgal élő emberek 70%-a maximum 8 általános osztályt végzett el, addig a nem fogyatékos személyek esetében ez az arány 50%-os. 1990-hez képest a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező fogyatékossgal élő emberek aránya is nőtt ugyan, de a nem fogyatékos populációhoz képest a növekedés alacsonyabb volt.

A 7 ÉVES ÉS IDŐSEBB NÉPESSÉG FOGYATÉKOSSÁG ÉS A LEGMAGASABB BEFEJEZETT ISKOLAI VÉGZETTSÉG SZERINT 1990, 2001 (%)

Iskolai végzettség	1990		2001	
	fogyatékossgal élő	nem fogyatékossgal élő	fogyatékossgal élő	nem fogyatékossgal élő
Ált. iskola 8. osztályánál kevesebb	50,1	30,6	31,6	19,3
Ált. iskola 8. osztálya	30,6	31,8	38,8	30,2
Középiskola szakmai oklevéllel	5,7	13,2	10,3	17,1
Középiskola érettségivel	9,7	17,0	14,3	23,3
Egyetem, főiskola	4,0	7,4	5,0	10,2
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0

Forrás: 2001. évi népszámlálás (KSH)

A gazdasági aktivitás tekintetében a fogyatékossgal élő és a nem fogyatékossgal élő emberek között már 1990-ben is jelentős különbséget tapasztalhattunk, s ez 2001-re sem változott. A népszámlálás évében a fogyatékossgal élő embereknek mindössze 9%-a dolgozott, míg ez az arány a nem fogyatékossgal élő népességnél 38% volt. (Az Európai Unió tagállamaiban a fogyatékossgal élő emberek átlagosan 40-50%-a, a súlyos fogyatékossgal élők 30-40%-a foglalkoztatott). Igen kedvezőtlen, hogy részben az ellátásra való szocializáció, részben a kilátástalan elhelyezkedési esélyek miatt, a megkérdozett, nem foglalkoztatott, fogyatékossgal élő embereknek mindössze 4%-a keres munkát.⁵

1990–2001 között a munkával rendelkező, fogyatékossgal élő emberek körében is lezajlottak azok a folyamatok, amelyek a foglalkoztatott népesség egészét jellemezték. Azaz körükben is nőtt a szellemi foglalkozásúak, valamint a szolgáltatási ágazatban dolgozók aránya. A foglalkoztatott, fogyatékossgal élő emberek több mint kétharmada heti 36-40 órát dolgozik. Ezek a számok azt mutatják, hogy az a tartós fogyatékossgal élő ember, akinek sikerül munkát vállalnia, a munkaerőpiacon az átlagos munkaerőhöz hasonlóan viselkedik.

Az inaktív keresők rendkívüli növekedése az érintett csoportban (57,5%-ról 76,7%-ra) jelzi, hogy az átalakulás évtizedében a munkanélküliség helyett igen sokan választották az ellátotti státuszt, s ezáltal tovább bonyolódott e kategóriák átláthatósága. Ennek „eredményeként” 2003. január elsején közel 500 ezer aktív korú személy részesült rokkantsági nyugdíjban és 200 ezren kaptak járadékot.⁶

Egy másik – a lakosság gazdasági aktivitásának rendszeres felméréséhez kapcsolódó – KSH-vizsgálat szerint (2002. II. negyedév), amelyben a krónikus betegek is egyértelműen a célcsoport tagjai⁷ voltak, a tartós egészségi problémával, fogyatékossgal élők száma 748 174 volt, ezen belül a hazai nyugdíjba vonulási szabályok szerint munkavállalási korú személyek száma 656 ezer. Ebből a körből a munkaerőpiacon 95 ezer fő – alig 15% – jelenik meg; a foglalkoztatásban lévő személyek száma 86 ezer, az érintettek 13%-a.

⁵ Ezek az adatok nem csak a munkaképes korú, hanem a teljes népességre, azaz a fogyatékossgal élők körében igen népes idős korosztályokra is vonatkoznak.

⁶ Forrás: Országos Nyugdíjfolyósító Igazgatóság 2003. évi statisztikai évkönyv.

⁷ A felvétel a 15–64 éves népességre terjedt ki, és azokra vonatkozott, akik igennel válaszoltak arra a kérdésre, hogy van-e olyan tartós egészségi problémájuk vagy fogyatékossguk, ami az elmúlt 6 hónapban akadályozta a szokásos életvitelben (vagy várhatóan 6 hónapon át akadályozza),

A NÉPESSÉG FOGYATÉKOSSÁG ÉS GAZDASÁGI AKTIVITÁS SZERINT 1990, 2001 (%)

Gazdasági aktivitás	összesen	1990		összesen	2001	
		fogyatékos személyek	nem fogyatékos		fogyatékos személyek	nem fogyatékos
Foglalkoztatott	43,6	16,6	44,6	36,2	9,0	37,8
Munkanélküli	1,1	0,7	1,1	4,1	2,0	4,2
Inaktív kereső	25,6	57,5	24,5	32,4	76,7	29,8
Eltartott	29,7	25,2	29,8	27,3	12,2	28,2
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Forrás: 2001. évi népszámlálás (KSH)

A megváltozott munkaképességű dolgozók jelentős részét az együttes rendelet alapján támogatott célszervezeteknél foglalkoztatják, számuk 2002. decemberében 31 159 fő volt. A 2003-ban kifizetett dotáció (46,4 milliárd forint) 90%-át e szervezetek vették igénybe. A jelenlegi érdekeltségi rendszer egyik sajátossága, hogy míg a nyílt munkaerőpiacon a munkáltatók alig foglalkoztatnak megváltozott munkaképességű dolgozókat, viszonylag kevesen élnek a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását elősegítő támogatási lehetőséggel, addig számos célszervezet a magasabb fajlagos támogatásra való jogosultság megőrzése miatt a súlyosabban sérült dolgozók foglalkoztatásában és a jobb kondíciójú munkaerő megtartásában érdekelt. A továbblépést természetesen nehezíti a munkaerőpiac igen alacsony kereslete és a foglalkoztathatóság alsó szintjén helyet foglaló megváltozott munkaképességű dolgozók önértékelési problémái, motivációs hiányosságai is.

A labilis munkaerőpiacon, a foglalkoztatási lehetőségek beszűkülése mellett a tartósan károsodott, fogyatékos személyek sokkal inkább az alacsony, de biztos ellátás igénybevételében motiváltak, mint a ma még igen kétséges kimenetelű rehabilitáció vállalásában. Ezt erősíti, hogy a rehabilitáció egyes elemei nem épülnek egymásra, így gyakran igen hosszú idő telik el az orvosi és a foglalkozási rehabilitáció között. Ezalatt az idő alatt a már megszerzett ismeretek megkopnak, a megmaradt készségek leépülnek és a sérült emberek munkavégző képességükben elbizonytalanodnak. Jól érzékeltetik ezt a problémát azok a tapasztalatok, amelyeket a munkaügyi szervezet rehabilitációs programja során szereztünk. Azokat a megváltozott munkaképességű munkanélkülieket, akiket több év passzivitás után kíséreltek meg képzésbe, foglalkoztatásba vonni, csak hosszú felkészítő, tanácsadó munka eredményeként lehetett ismét együttműködő partnerré tenni. Ugyanakkor az ellátásba még nem került, tartósan károsodott személyek számára természetes igény a megmaradt képességhez igazodó munkavállalás.

További probléma, hogy míg a fejlett országokban az ellátások túl magas színvonala miatt alacsony az érdeklődés a rehabilitációs foglalkoztatás iránt, addig Magyarországon az alacsony munkabérek miatt kicsi a különbség az elérhető munkajövedelmek és az ellátások között, s ez ugyancsak csökkenti a rehabilitációs érdekeltséget.

2. A tartósan akadályozott emberek foglalkoztatásának támogatása az Európai Unióban

Az Európai Unió tagállamaiban az 1990-es évek közepétől jelentős filozófia váltás történt a tartósan akadályozott emberek munkaerőpiaci integrálása kérdésében. A hangsúly a passzív rendelkezésekről áthelyeződött az aktív megoldásokra. Alkalmazkodás helyett az integráció került előtérbe. Ennek oka, hogy az érintettek növekvő száma, a gazdaság visszaesése és a passzív ellátások prioritása miatt jelentősen nőttek a fogyatékos emberekre fordított kiadások, azaz az államháztartás terhei. Továbbá, hogy Európa országaiban olyan mértékben csökkent a foglalkoztatottak száma, amely már összehangolt cselekvést tett szükségessé.

Az Európai Unióban a megváltozott munkaképességű személyek átlagos foglalkoztatási színvonala 41-42% körüli. A speciális (védőmunkahelyen) foglalkoztatott munkavállalók aránya az összes meg-

változott munkaképességű munkavállalóhoz viszonyítva Ausztriában 12%, Franciaországban 13%, Belgiumban 10%, Spanyolországban 5%⁸ Az Egyesült Királyságban 6.9 millió megváltozott munkaképességű személy 49%-a foglalkoztatott, ebből 12 ezren dolgoznak védett szervezetben. Bár nincs egységes állásfoglalás az Unió országaiban a különböző foglalkoztatási formák optimális arányait illetően, több országban – elsősorban gazdasági megfontolásból – az integrált foglalkoztatás bővítésével párhuzamosan csökkenteni szeretnék a védett foglalkoztatók számát, illetve ezt a lehetőséget a súlyosan fogyatékos személyek részére kívánják fenntartani.

A tartósan akadályozott emberek foglalkoztatásának támogatására nincs egységes gyakorlat az EU tagállamaiban. A legtöbb országban a támogatások nagy része az általános, mindenkire vonatkozó aktív munkaerőpiaci programokon keresztül éri el a fogyatékos embereket. Ezen túlmenően minden országban vannak olyan speciális támogató programok, amelyeket kifejezetten e célcsoport érdekében működtetnek. Ilyenek például:

- az alacsonyabb termelékenységet kompenzáló bértámogatás
- a munkahelyi környezet szükséges átalakításának támogatása
- a személyreszabott munkahelyi ügyintézéshez nyújtott támogatások
- a munkavállalást, munkában maradást segítő szolgáltatások, intézkedések támogatása
- képzések támogatása
- speciális foglalkoztatók támogatása
- vállalkozóvá válás támogatása stb.

Kiemelten támogatják azokat a munkáltatókat, akiknél a foglalkoztatás ideje alatt következett be a képesség-változás. Vagyis az állami beavatkozások mindenekelőtt azt szeretnék elérni, hogy ne kerüljenek ki a tartósan károsodott emberek a foglalkoztatásból. Másodlagos cél, hogy rehabilitáció után a nyílt munkaerőpiacon tudjon elhelyezkedni a fogyatékos ember, s csak ezt követi a védett foglalkoztatás vagy az ellátásba kerülés.

Az aktív beavatkozásokat erősítő filozófia ellenére ma még az Unió országaiban jelentősen nagyobb összegeket fordítanak passzív ellátásokra, mint aktív eszközökre. Ugyanakkor a 90-es évek közepe óta folyamatosan nő az aktív intézkedések ráfordításainak nagyságrendje. A foglalkoztatási támogatások meghatározó részét – a legtöbb országban – a nyílt munkaerőpiacon működő gazdálkodó szervezetek kapják, s jóval kisebb arányban részesednek ebből a védett szervezetek. A foglalkoztatás bővítését célzó támogatásokat csak az egyenlő versenyfeltételek biztosítása mellett engedik.

A rehabilitációs programok adminisztrációját a legtöbb országban a helyi önkormányzatok, esetleg az állami munkaügyi szervezetek végzik. Az önkormányzatok érdekeltté vannak téve az aktív eszközök alkalmazásában.⁹

3. A támogatási rendszer felülvizsgálatának és szükséges átalakításának indokoltsága

- 3.1. a tartósan akadályozott emberek foglalkoztatását segítő támogatási rendszerben mutatózó diszfunkcionális elemek megerősödése, a támogatások relatív alacsony hatásfoka, a támogatás felhasználásának nehézkes ellenőrzése;
- 3.2. a támogatásban részesülő szervezetek rehabilitációs és foglalkoztatási kötelezettségével kapcsolatos szakmapolitikai és minőségi elvárások szabályozatlansága;
- 3.3. a támogatásban az Európai Unióban érvényes szabályokhoz való illeszkedés biztosítása.

⁸ Forrás: OECD Report 2003.

⁹ Dániában például sikeresen működik a „rugalmas állás program”, mely azokra vonatkozik, akiknél a rehabilitációs program időtartama már kimerült, de nem alkalmasak a nyílt munkaerőpiacon munkavégzésre. Amennyiben az önkormányzat ezen emberek számára biztosít olyan foglalkoztatást, amelyben a munkát hozzá igazítja az illető képességeihez, akkor 100%-os bértámogatást kap az államtól (ha ehelyett rokkantsági segélyt folyósítana, akkor annak 65%-át a helyi önkormányzatnak kellene állnia).

3.1. A jelenlegi támogatási rendszer működésében mutatkozó problémák

- A támogatások nem biztosítanak prioritást a nyílt munkaerőpiacon történő integrált foglalkoztatás számára.
- A támogatási rendszerben szervezeti- és nem szükséglet- vagy eredmény-preferencia érvényesül.
 - A támogatások elsősorban a szervezet jogállása alapján differenciálnak, nem a tartósan akadályozott emberek munkaképesség változásának mértéke, a szükséges intézkedések költségigénye szerint. (Ez az elv csak a kijelölt célszervezetek esetében jelenik meg.)
 - A támogatott szervezetek körébe eleve csak az 1996. évi LXXXI. törvény 2. § (2) bekezdésének a)–c) és f) pontjának hatálya alá tartozó gazdálkodó szervezeteket és a szociális foglalkoztatókat engedi be. Alapítványok, nonprofit és társadalmi szervezetek akkor sem részesülhetnek rendszeres állami támogatásban, ha tevékenységük magas szintű szakmai elvárásoknak is megfelel.
- A támogatott szervezetek – részben körülményeikből, gazdasági pozíciójukból következően – nem tudnak differenciált munkát biztosítani a dolgozóknak, a támogatási lehetőségek viszont sem a fejlesztésre, sem a magasabb szintű foglalkoztatás irányában történő kivezetésre nem motiválják a szervezeteket.

A célszervezetek gazdálkodási formája meglehetősen sajátos. A megváltozott munkaképességű dolgozók magas aránya (a szabályozás szerint min. 60%-a, de a gyakorlatban kb. 80%-a) miatt védett szervezetnek minősülnek, de védettségük a jogi szabályozásban ellentmondásosan érvényesül. Adózás tekintetében a társasági adóról és az osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény hatálya alá tartoznak, közterheik minden más munkáltatóéval azonosak. Versenyfeltételek között működnek, a foglalkoztatottak csökkent termelési kapacitását az állam jelentős dotációval támogatja. (négykulcsos támogatási sémát alkalmaznak, amely a munkaképesség változás és a fogyatékoság mértékét veszi alapul.)

Profit termelésben érdekeltek, de az elérhető nyereségük korlátozott. (eredményük nem haladhatja meg a korrigált nettó árbevétel 1,4-szeresének 6%-át, mert ellenkező esetben az állami támogatás egy részének visszafizetésére kötelezettek). Az eredmény-korlát miatt műszaki, technikai fejlesztésre nem, vagy alig marad pénzügyi keretük; beruházásokra, átalakításokra csak pályázatok útján tudnak forrást biztosítani.

A szociális foglalkoztatók önkormányzati intézményként működnek, ugyanakkor kemény piaci feltételeknek kell megfelelniük. Tevékenységük az önkormányzati intézmények közé nehezen illeszthető, mivel egészségügyi, szociális és foglalkoztatási feladatokat egyaránt ellátnak. Esetükben nem cél a profit termelés, ugyanakkor ha nincs eredmény (maradvány), akkor nem tudnak pályázni (saját erő) és fejleszteni. Bár a szociális foglalkoztatók nagy részénél a megváltozott munkaképességű munkavállalók aránya eléri a 60%-ot, náluk a munkaképesség változás mértéke nem befolyásolja a dotációt.

Tisztázásra vár a szociális intézményekben élő személyek foglalkoztatása is. Az 1/2000. SzCsM-rendelet meghatározza a bentlakásos intézményekben történő foglalkoztatási formákat, ezek között lehetőséget biztosít külső gazdálkodó szervezetek számára történő munkavégzésre, valamint fejlesztő célú, terápiás foglalkoztatásra is, amelyért meghatározott feltételek alapján munkajuttatás fizethető. A terápiás foglalkoztatás célja a szociális rehabilitáció eszközrendszerét alkalmazva a rendszeres, tartós munkavégzésre képtelen személy meglévő munkavégző képességének szinten tartása, illetve fejlesztése, életminőségének javítása érdekében. Mivel az intézmények számára gyakran nehézséget okoz a rendszeres foglalkoztatás megszervezése és a terápiás jutalom kifizetéséhez szükséges pénzeszközök előteremtése, előfordulhat, hogy nem szakmai, rehabilitációs elvek alapján dől el, hogy a fogyatékos személy terápiás célú foglalkoztatás vagy munkaviszony alanya lesz-e.

3.2. A támogatásban részesülő szervezetek rehabilitációs feladatainak és foglalkoztatási kötelezettségeinek tisztázatlansága

Az együttes rendelet hatálya alapján működő kijelölt célszervezetekben keverednek a szakmai és finanszírozási szempontból is önálló, jogilag is különböző foglalkoztatási formák. Nincs megfelelő jogi distinkció a védett munkahelyen és normál munkahelyen történő foglalkoztatás között, az MT. által adott felhatalmazásnak megfelelő jogszabályi meghatározás hiányzik.

Míg a kijelölt célszervezetek számára a dotáció igénylésének gazdálkodási feltételeit az együttes rendelet részletesen leírja, addig foglalkozási rehabilitációval kapcsolatos szakmai elvárásokat nem fogalmaz meg, így maga a védett foglalkoztatás fogalma sincs jogszabályi szinten meghatározva.

3.3. Illeszkedés az Európai Unióban érvényes szabályokhoz

Az Országos Fogytékosügyi Tanács (OFT), valamint az Országos Fogytékosügyi Program – összhangban az Európai Unióban kialakult paradigmával – az élet minden fontos területén, így a munka világában is az integrált foglalkoztatás elősegítését tűzte ki célul. Az uniós tagállamok a kilencvenes években már ennek megfelelően alakították át a munkapiac struktúráját meghatározó foglalkoztatás-politikai eszközöket.

Az ehhez hasonló struktúra kialakításához elengedhetetlen a jelenlegi szabályozás áttekintése, így a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásában meghatározó helyet elfoglaló együttes rendelet munkáltatók támogatására vonatkozó részeinek felülvizsgálata.

Az Európai Községek Bizottsága 2002. decemberében fogadta el a 2204/2002.sz.rendeletét az EK-szerződés 87. és 88. cikkelyének a foglalkoztatás állami támogatására való alkalmazásáról. Az EK rendelet az egyes támogatások közös piaccal való összeegyeztethetőségéről és a Bizottság számára történő bejelentési kötelezettségéről, illetve bizonyos feltételek megléte esetén, a bejelentési kötelezettség alóli mentességről rendelkezik. Az EK rendelet kötelező érvénnyel vonatkozik minden olyan állami támogatási programra, amely a hátrányos helyzetű és megváltozott munkaképességű emberek alkalmazásához, valamint a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatása járulékos költségeinek fedezetéhez nyújt támogatást.¹⁰

Az Együttes rendelet és az EK rendelet elvárásai között jelentős eltérések találhatók:

- uniós elvárás, hogy a kedvezmény alapvetően személyre és nem szervezetre szabott legyen,
- támogatás csak a megváltozott munkaképességű foglalkoztatásával kapcsolatban felmerült olyan költségekre igényelhető, amelyre nincs szükség akkor, ha a munkaadó nem megváltozott munkaképességű dolgozót alkalmaz.
- a támogatás alapvető feltétele a kedvezményezett általi nyilvántartás vezetése az elismerhető költségekről. Ennek megfelelő nyilvántartási kötelezettség a jelenleg hatályos együttes rendelet szerint nincs előírva, illetve csupán a munkavállalókra vonatkozó adatok kötelező nyilvántartásáról, továbbá a kifizetett bérekről szóló munkaadói nyilatkozatról rendelkezik.

Az uniós elvárás szerint a maximális támogatási mértéket olyan szinten kell meghatározni, amely biztosítja a verseny torzulásainak minimalizálása és a foglalkoztatás elősegítésének célja közötti megfelelő egyensúlyt. Megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása esetén az összes támogatás nem haladhatja meg a vállalkozás szintjén az adott dolgozó bérének 100%-át. Ezen belül (a béreken kívül) támogathatók:

- a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához szükséges létesítmények átalakításának költségei;
- a kizárólag a megváltozott munkaképességű munkavállaló vagy munkavállalók segítésére alkalmazott munkavállalók munkaerőköltségei;
- az általuk használt berendezések átalakításának vagy beszerzésének költségei, amelyek azokon a költségeken felül jelentkeznek, amelyek akkor merülnének fel, ha a kedvezményezett nem megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztatna.
- Védett munkahely létesítése esetén a támogatás ezen túlmenően fedezheti – de nem haladhatja meg – az érintett létesítmény építési, üzembe helyezési vagy bővítési költségeit, valamint bármely, a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásából eredő adminisztrációs és szállítási költségeit.¹¹

¹⁰ Támogatási program alatt a vállalkozásoknak nyújtott állami támogatások tilalma alóli mentességek egységes rendjéről szóló 163/2001. kormányrendelet szerinti meghatározást kell érteni. Támogatási program: olyan jogszabályi rendelkezés, amely támogatási cél megvalósítása érdekében előzetesen és egyedileg meg nem határozott kedvezményezettek számára – a tervezett államháztartási előirányzaton belül – az abban lefektetett általános kritériumoknak való megfelelés alapján juttatott állami támogatást irányoz elő.

¹¹ Az EK-Szerződés 87. és 88. cikkelyének foglalkoztatásra nyújtott állami támogatásra történő alkalmazásáról szóló 2204/2002. EK-rendelet; 6. cikkely

A jelenleg foglalkoztatott megváltozott munkaképességű dolgozók többsége nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesül, ezért Európában szokatlan módon a rehabilitáció céljára fordított források többsége nem az aktivitásban maradáshoz vagy az aktivitásba történő teljes visszatérést szolgálja, hanem egy sajátos kettős státusz kialakítását, fenntartását segíti.

4. Vizsgálandó területek, az átalakítás folyamata

A fenti indokok és körülmények alapján tehát mindenekelőtt a tartósan akadályozott emberek foglalkoztatását elősegítő állami támogatások újraszabályozását kell elvégezni. Ugyanakkor ez a szabályozás csak akkor lesz képes az érintett személyek hatékony foglalkoztatását, munkaerő-piaci integrációját segíteni, ha harmonikusan illeszkedik egy jövőben kialakítandó, a mai állapotában szinte minden elemében korszerűsítésre érett foglalkozási rehabilitációs rendszerbe.

Emiatt megkerülhetetlen feladat e hosszú távú koncepcionális munka elemeinek meghatározása, ütemezése és elindítása is. Rövidtávon mindenekelőtt azokat az elemeket szükséges átalakítani, amelyek jelenlegi állapotukban akadályoznák (vagy lehetetlenné tennék) az új támogatási formák eredményes működését.

Vannak olyan területek, amelyek felülvizsgálatát (esetleges újraszabályozását) egyszerre, egymással párhuzamosan kell elvégezni, mert azok a támogatások működtetésének elengedhetetlen feltételei. Más rendszerek esetében reformra csak később kerülhet sor. Számolni kell azonban azzal, és erre már a bevezetés pillanatában fel kell hívni a figyelmet, hogy a továbbélő rendszerek – mindenekelőtt az ellátórendszer – változatlansága leronthatja az új támogatási formák működésének hatékonyságát.

Az átalakítás általános szabálya

Az érdekeltségi és állami támogatási rendszer átalakítása során alkalmazni kell a fokozatosság és a komplexitás elvét. A jelenlegi támogatási rendszer kedvezményezettjei számára időt kell biztosítani az új elvárásoknak megfelelő szervezeti, gazdálkodási, foglalkoztatási körülmények kialakítására, fejlesztésére. Figyelembe kell venni a támogatott szervezetek piaci, gazdasági helyzetét, a közvetlen munkaerő-piaci környezet sajátosságait, humánerőforrás gazdálkodási lehetőségeit és ehhez igazodó intézkedésekkel kell segíteni a vállalkozások életképességét. Figyelembe kell venni továbbá, hogy a kialakuló új, korszerű foglalkozási rehabilitáció rendszere csak azok számára tud teljes értékűen működni, akik a jövőben válnak a rendszer alanyává, azaz akik számára a megmaradt képességeik regisztrálását követően rehabilitációs programot határoznak meg, akiket nem az ellátásra szocializálnak, és akik időben (még a megmaradt készségek leépülése előtt) megkapják az aktív segítséget. A rendszerben – esetleg évtizedek óta – bentlévő megváltozott munkaképességű személyek számára eddigi életútjukat, rehabilitációs történeteiket figyelembe vevő, reális kimenetű programokat kell meghatározni.

Figyelembe véve az új európai foglalkoztatási stratégiát, a tartósan akadályozott személyek integrációjára vonatkozó ajánlásokat, valamint a foglalkozási rehabilitáció jelenlegi magyar gyakorlatát, hosszú távon az alábbi feladatok elvégzésére (a működő elemek felülvizsgálatára, újak kialakítására vagy korszerűsítésére) van szükség.

1. A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ MEGALAPOZÁSA

- Rehabilitációs fogalmak, definíciók kialakítása
- A megmaradt/fejleszthető munkaképesség mérése. Módszerek, intézmények
- A foglalkozási rehabilitáció alanyainak meghatározása
- A tartósan akadályozott személyek egyéni rehabilitációs programjának megvalósítása.
- Az irányítás szereplőinek feladata és felelőssége
- Közép és felsőfokú rehabilitációs szakemberek képzésének beindítása

2. A FOGLALKOZTATHATÓSÁG JAVÍTÁSA, AZ INTEGRÁCIÓ ELŐSEGÍTÉSE

- Támogatható szolgáltatások körének kidolgozása
- Aktív eszközök az integráció szolgálatában. A meglévő eszközök eredményességének javítása
- Eredményesség-mérés módszereinek meghatározása
- Munkaerő-piaci segítő szolgálat feltételeinek kialakítása
- Minőségi követelmények meghatározása a szolgáltatásokkal, eszközökkel, illetve az ezeket nyújtó szervezetekkel szemben.

3. FOGLALKOZTATÓ SZERVEZETEK MŰKÖDÉSI FELTÉTELEINEK, REHABILITÁCIÓS SZEREPEINEK MEGHATÁROZÁSA

- A megmaradt képességek differenciált és eredményes hasznosítására alkalmas foglalkoztatási formák kereteinek, feltételrendszerének kialakítása (például védett, féligvédett (integrált foglalkoztatásra felkészítő köztes munkaerőpiac) és nyílt foglalkoztatás)
- A különböző foglalkoztatók támogatási szükségletei
- A különböző foglalkoztatók lehetséges rehabilitációs feladatai
- Szociális intézményekben történő munkavégzés újraszabályozása
- Minőségi követelmények meghatározása a foglalkoztató szervezetekkel szemben

4. FOGLALKOZTATÁST ELŐSEGÍTŐ ÉRDEKELTSÉGI ÉS MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI RENDSZEREK KIALAKÍTÁSA (ÁLLAMI TÁMOGATÁSOK ÚJRASZABÁLYOZÁSA)¹²

- Állami támogatások és kedvezmények formái a foglalkoztatás bővítése érdekében
- Személyfüggő, illetve szervezetfüggő támogatások formái és sajátosságai
- Összhang megteremtése az ellátórendszerek és a foglalkoztatás különböző formái között
- A támogatási rendszer állami működtetésének feltételei, szervezetfejlesztési feladatok
- A minősítési (akkreditációs) eljárási rendszer működtetése
- A támogatott szervezetekkel/vállalkozásokkal szemben támasztott minőségi elvárások ellenőrzésének szervezeti és finanszírozási feltételei

5. VÁLTOZÁSMENEDZSELÉS SZEMÉLYI ÉS PÉNZÜGYI FELTÉTELEINEK KIALAKÍTÁSA (MEGLÉVŐ INTÉZMÉNYEK ÉS SZERVEZETEK ÁTALAKULÁSÁNAK SEGÍTÉSE)

A megalapozó munkacsoportok működése során láthatóvá vált, hogy sok az átfedés és egyes kérdések tárgyalását másik témánál indokolt elvégezni. Ezért a munka további részében a munkacsoportokat a fenti struktúrát követve célszerű működtetni.

¹² Ehhez a munkához szűkebb körű, elsősorban államigazgatási területekről delegált munkacsoport működtetése szükséges.

A MUNKACSOPORTOK EDDIGI MUNKÁJÁNAK ÖSSZEGZÉSE, TOVÁBBI FELADATOK (az új struktúra szerint)

1. MUNKACSOPORT

A foglalkozási rehabilitáció megalapozása

Feladatok:

- Rehabilitációs fogalmak, definíciók meghatározása,
- A megmaradt fejleszthető munkaképesség mérése. Módszerek, intézmények,
- A foglalkozási rehabilitáció alanyainak meghatározása,
- A tartósan akadályozott személy rehabilitációjának tervezése, az irányítók feladata és felelőssége,
- Közép- és felsőfokú rehabilitációs szakemberek képzésének beindítása.

A) REHABILITÁCIÓS FOGALMAK, DEFINÍCIÓK KIALAKÍTÁSA

Mai állapot:

Magyarországon a foglalkozási rehabilitációhoz kapcsolódó fogalmak tartalmi meghatározása hiányos, a fogalmi definíciók nem stabilak és nem egyértelműek. Az Európai Unió tagállamaiban is – az alkalmazási helytől függően (például ellátásnál, rehabilitációnál, foglalkoztatásnál) – igen sokszínű terminológiát alkalmaznak, de igyekeznek úgy alakítani, hogy a meghatározások a többi tagállam számára is érthetőek és egyértelműek legyenek. Az uniós dokumentumokban általában a „fogyatékos” kifejezést használják, bár az utóbbi időben inkább a „tartósan akadályozott” vagy a „tartósan gátolt” személy megnevezéssel találkozunk.

Hazánkban a foglalkozási rehabilitáció területén – a 8/1983. sz. rendelet megjelenése óta – a célcsoport megnevezésére a „megváltozott munkaképességű” kifejezést használják. A fogyatékosztörvény óta – amely ugyancsak tartalmaz foglalkoztatással kapcsolatos jogokat és köteleességeket – gyakrabban jelenik meg a „fogyatékos ember”, a „fogyatékossgal élő ember” kifejezés. A probléma az, hogy a törvény értelmében ebbe nem tartoznak bele azok a krónikusan beteg emberek, akiknek az állapota ugyancsak tartós munkaerő-piaci hátrányt okoz.

A mai állapot szerint a foglalkoztatási jogszabályok „megváltozott munkaképességű személyek” gyűjtőfogalom alatt a fogyatékossgal élő és az egészségkárosodott személyeket értik. El kell dönteni, hogy ez a kifejezés elfogadható-e mindenki, így például a születésük óta fogyatékossgal élő emberek vonatkozásában, vagy célszerűbb lenne egy általánosabb, Európában is érthető meghatározás (például „tartósan akadályozott ember”).

A munka során felül kell vizsgálni a hazai nomenklatúrát a foglalkozási rehabilitáció területére vonatkozóan, és szakmai konszenzuson alapuló megnevezéseket kell kialakítani vagy jóváhagyni, illetve ezeket tartalmilag egyértelműen kell meghatározni.

Meglévő, illetve lehetséges definíciók:

A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ ALANYA

Az a személy, aki munkanélküli és aki munkaképesség-csökkenésének mértéke legalább a 40%-ot eléri (OOSZI- vagy MOSZI-igazolás alapján) vagy munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodás miatt csökkentek (FESZ – foglalkozás-egészségügyi szakellátóhely szakvéleménye alapján) és vállalja a foglalkozási rehabilitációs eljárásban való közreműködést. (11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet).

FOGYATÉKOS SZEMÉLY

- Az a személy, aki érzékszervi – így különösen látás-, hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációjában számottevően korlátozott, és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során. (1998. évi XXVI. törvény 4. § (a)).
- Az a személy, akinek állásszerzési, állásban maradási és előmeneteli kilátásai lényegesen romlottak, testi vagy értelmi képességeinek hivatalosan megállapított csökkenése miatt. (ILO- egyezmények)
- A 2001. évi népszámlálás a fogyatékos fogalmát az ENSZ 2000. évi ajánlása szerint határozta meg. Ennek értelmében azt a személyt tekintette fogyatékosnak, akinek olyan végleges, az egész további életére kiható testi vagy értelmi, illetve érzékszervi fogyatékossga van, amely gátolja őt a szokásos, a megszokott, a hagyományosan elvárható életvitel gyakorlásában. (Népszámlálás, 2001.)

MEGVÁLTOZOTT KÉPESSÉG

Valamely pszichés, fiziológiai vagy testi funkció elvesztése vagy rendellenessége (ILO-egyezmények).

Az értelmi képesség megváltozásával az értelmükben korlátozott, azaz a kognitív funkciók területén sérült embereket szokás jellemezni. A pszichés funkció jelentéstartománya ettől eltérő: ide a psziché (lélek, elme) változásai tartoznak, a pszichiátriai betegségek vagy a pervazív fejlődési zavar (például autizmus). A testi képesség megváltozása alatt a mozgással összefüggő testi funkciók (az ideg-, a csont és az izomrendszer) és testi struktúrák megváltozásai mellett a látás és a hallás (esetenként a hangadás és a beszéd) funkcióinak és struktúráinak megváltozásait is szokás érteni. A fiziológiai és a fizikai funkció a test fentiekben fel nem sorolt funkcióra és struktúráira utalhat: a szív- és az érrendszerre, az immunrendszerre, a légzőrendszerre, az emésztőrendszerre, az anyagcserére és az endokrin rendszerekre, a húgy- és az ivarrendszerre és a szaporodási rendszerekre, a bőr és a kapcsolódó struktúrákra.

MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ SZEMÉLY

- Az a személy, akinek alkalmas munka vállalására, megtartására és az abban való előrehaladásra vonatkozó kilátásai valamely, megfelelően megállapított testi vagy értelmi károsodás (pszichés, fiziológiai vagy testi funkció elvesztése vagy rendellenessége) miatt lényegesen csökkentek (ILO 159 sz. egyezmény).
- Az a személy, aki testi vagy szellemi fogyatékossgal él, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodás miatt csökkennek. (Flt.)
- A rehabilitációs hozzájárulás számítása szempontjából megváltozott munkaképességű személy: egyéb feltételek teljesülése mellett az a személy, aki egészségi állapotának romlásából eredően 40%-os vagy azt meghaladó mértékben megváltozott munkaképességű, és eredeti munkakörében, rehabilitációs intézkedés nélkül, teljes értékű munkára tartósan alkalmatlanná vált (OOSZI-szakvélemény), vagy üzemi baleset, (foglalkozási betegség), következtében munkaképesség-változás miatt eredeti munkakörében munkáltatójánál rehabilitációs intézkedés nélkül teljes értékű munkára tartósan alkalmatlanná vált, vagy gümőkóros betegség miatt munkáltatójánál, jogszabályi tilalom folytán nem foglalkoztatható. Az Flt. 58. § (5) m bekezdése alapján a rehabilitációs hozzájárulás szempontjából a megváltozott munkaképességű személy fogalmát külön jogszabály határozza meg. (8/1983. (VI. 29.) EüM—PM. együttes rendelet)
- A dotáció (állami támogatás) szempontjából megváltozott munkaképességű személy az, aki
 - egészségi állapotának romlásából eredően 40%-os vagy azt meghaladó mértékben megváltozott munkaképességű, és eredeti munkakörében, rehabilitációs intézkedés nélkül, teljes értékű munkára tartósan alkalmatlanná vált (OOSZI-szakvélemény),
 - üzemi baleset (foglalkozási betegség) következtében munkaképesség-változás miatt eredeti munkakörében munkáltatójánál rehabilitációs intézkedés nélkül teljes értékű munkára tartósan alkalmatlanná vált,
 - gümőkóros betegség miatt munkáltatójánál, jogszabályi tilalom folytán nem foglalkoztatható,

- vak, illetve gyengénlátó és azt a Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége által adott igazolvány vagy a személyi járadék folyósítására kiadott igazolás tanúsítja, illetve szemész szakorvos által kiadott bizonyítvány szerint a látásfogyatékosága 67%-os vagy azt meghaladó;
- külön jogszabály szerint súlyosan értelmi fogyatékosnak minősül és erre tekintettel az szja szerint adóalapot csökkentő kedvezményre jogosult;
- siket vagy súlyosan nagyothalló, halláskárosodása audiológiai szakvélemény szerint a 60 dB (decibel) hallásküszöb értékét eléri vagy meghaladja;
- a súlyosan mozgáskorlátozottak közlekedési kedvezményeiről szóló külön jogszabály szerint súlyosan mozgáskorlátozottaknak minősül. (8/1983. (VI. 29.) EüM—PM. együttes rendelet).
- A megváltozott munkaképességű dolgozók rehabilitációjával kapcsolatos munkáltatói feladatok, a róluk való állami gondoskodás állami feladatainak, a rehabilitációs eljárásnak, a munkajogi védelemnek és szociális ellátásuk szempontjából megváltozott munkaképességű: az a személy, aki egyéb feltételek teljesülése mellett egészségi állapota romlásából eredő munkaképesség-változás miatt eredeti munkakörben, rehabilitációs intézkedés nélkül, teljes értékű munkára tartósan alkalmatlanná vált, vagy üzemi baleset vagy foglalkozási betegség következtében eredeti munkakörében munkáltatójánál teljes értékű munkára tartósan alkalmatlanná vált, vagy gümőkóros betegség miatt munkáltatójánál, jogszabályi tilalom folytán nem foglalkoztatható ((8/1983. (VI. 29.) EüM—PM. együttes rendelet).

ESÉLYEGYENLŐSÉG

Mindenki számára egyenlő és diszkriminációmentes foglalkoztatási feltételek, egyenlő és diszkriminációmentes hozzáférés munkához, szakképzéshez, foglalkozásokhoz. (ILO-egyezmények).

DISZKRIMINÁCIÓ

Meghatározott alapon történő minden olyan megkülönböztetés, kizárás vagy kedvezményezés, amely megszünteti vagy rontja az esélyegyenlőséget, illetve a foglalkoztatással és a munkavégzéssel kapcsolatos egyenlő bánásmódot. (ILO-egyezmények).

REHABILITÁCIÓ

Az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási és szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékosággal élő személy képességeinek fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése. (1998. évi XXVI. törvény 4. §).

FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ

Az a folyamat, amely képessé teszi a fogyatékosággal élő embereket a megfelelő munka vállalására, megtartására valamint az előmenetelre és ezáltal javítja a társadalomba való beilleszkedésüket, illetve újra-beilleszkedésüket. (ILO-egyezmények).

ÁTALAKÍTÁS ÉS ALKALMAZKODÁS

A munkahely adaptációja, ideértve például a gépek és a berendezések megfelelő átalakítását és módosítását, valamint a munka tartalmának, a munkaszervezésnek, a munkaidő beosztásának megváltoztatását, továbbá a munkahelyi környezet akadálymentesítését, a tartósan akadályozott emberek munkavégzésének megkönnyítése érdekében (ILO-egyezmények).

TERÁPIÁS FOGLALKOZTATÁS (Intézményi, nem munkaerő-piaci)

Az egyénre koncentráló, a fogyatékosággal élő személyek számára szervezett tematikus foglalkoztatás, illetve foglalkoztatás jellegű tevékenységek összessége, amely figyelembe veszi az egyén mentális, szociális és egészségi állapotát, s amelynek célja a megmaradt képességek szinten tartása, fejlesztése. (1/2000 (I. 7.) SzCsM-rendelet).

FEJLESZTŐ FOGLALKOZTATÁS (Intézményi, nem munkaerő-piaci)

Azok a foglalkoztatók, amelyek átmenetileg vagy véglegesen erősen korlátozott gazdasági teljesítményre képes, súlyosan akadályozott személyek számára biztosítanak munkalehetőséget, célja pedig eredményes (védett vagy integrált formában történő) foglalkoztatásban való elhelyezés előkészítése, a társadalmi integráció segítése.

VÉDETT FOGLALKOZTATÓK (KÖZTES MUNKAERŐPIAC)

Azok a munkaszervezetek, amelyek olyan, tartósan akadályozott személyek számára biztosítanak közgazdasági tartalmú foglalkoztatást, akik átmenetileg vagy véglegesen korlátozott gazdasági teljesítményre képesek, illetve akik megfelelő felkészítés, fejlesztés után alkalmassá tehetőek nyílt munkaerőpiacon történő munkavállalásra. Azon személyek számára, akik munkavégzési nehézségei csak átmenetiek, a védett foglalkoztatók csak az orvosi rehabilitáció befejezéséig, illetve a fejlesztés időszakára biztosíthatnak munkalehetőséget. Ez utóbbi célcsoport számára a védett foglalkoztatás célja az integrált foglalkoztatásra való gyakorlati felkészítés. (Ez lehet konkrét munkafolyamat begyakoroltatása, a versenyfeltételeket szimuláló, alkalmazkodást erősítő foglalkoztatás vagy a képzést kiegészítő, azzal időben párhuzamos gyakorlati felkészítő foglalkoztatás). A nyílt foglalkoztatásra alkalmassá tehető személyek miatt a foglalkoztató állami támogatást csak a felkészítés időszaka-
ára érvényesíthet.

INTEGRÁLT FOGLALKOZTATÁS A NYÍLT MUNKAERŐPIACON¹³

Adott munkaterületen – a teljes értékű munkavégzésre alkalmas, fogyatékkal élő, megváltozott munkaképességű személyek adottságaihoz igazított munkafeltételek mellett, esetleg részidős munkarendben rendelkezésre álló munkalehetőségek. Ez a foglalkozási rehabilitáció legmagasabb szintű megvalósulása. (Ide sorolhatók a versenyszférában működő munkáltatóknál történő alkalmazások, de az önfoglalkoztatás és a kisvállalkozások is).

MUNKAKARRIER (KARRIERTERVEZÉS)

A tartósan akadályozott dolgozók számára a többi dolgozóval egyenlő módon biztosítani kell a szakmai előmenetelhez szükséges szaktudás és tapasztalat megszerzésének lehetőségét. A dolgozók előmenetelének eldöntésekor a munkaadóknak a pusztán képesítés mellett figyelembe kell venniük a képességeket, a teljesítményt és a munkabírást. (ILO-egyezmény).

MUNKAERŐ-PIACI SZOLGÁLTATÁSOK

Azon tevékenységek összessége, amelyek az egyén tényleges szükségleteire építve segítik a tartósan károsodott foglalkoztatottak munkaerő-piaci integrációját.

Ilyen szolgáltatás például:

- munkavállalási készségek, képességek felmérése,
- munkaerő-piaci tanácsadás (például pályaválasztási, pályaaorientációs, álláskeresési, képzési, munkavállalási, rehabilitációs tanácsadás),
- rehabilitációval kapcsolatos információszolgáltatás,
- munkavállalást segítő tréningek (például reintegráló, kulcsképeség-fejlesztő, személyiség-fejlesztő, beilleszkedést és önálló életvitelt elősegítő tréning),
- elméleti, gyakorlati és betanító képzések,
- munkahelyek felkutatása a nyílt munkaerőpiacon,
- munkakipróbálás,
- munkahelyi gyakorlat (felkészítés a nyílt munkaerőpiacon történő foglalkoztatásra),
- munkakarrier-tervezés,
- munkabábelhelyezés,
- beilleszkedés segítése, utógondozás, nyomon követés,
- személyi szállítás biztosítása,
- munkahely, munkakörnyezet adaptálása az egyén adottságaihoz, akadálymentesítés, valamint ezekhez kapcsolódó tanácsadás,
- a munkában tartás egészségügyi-pszichoszociális támogatása.

¹³ A jelenlegi foglalkoztatók ezt általában úgy értelmezik, hogy mivel náluk egyaránt dolgoznak egészséges és sérült emberek, ezért az integrált foglalkoztatás megvalósult. Az Unióban ezt másképp értelmezik, ott az integrált foglalkoztatás egyenlő a nyílt munkaerőpiacon történő foglalkoztatással.

B) A MEGMARADT, FEJLESZTHETŐ MUNKAKÉPESSÉG MÉRÉSE. MÓDSZEREK, INTÉZMÉNYEK

Mai állapot:

A tartósan akadályozott emberek megmaradt, foglalkoztatásban használható, fejleszthető képességeit nem veszik pontosan számba Magyarországon. Márpedig egy integrációt célzó rehabilitációs program csak a megmaradt, fejleszthető képességek adekvát számbavétele után, azokra építve, a bennük rejlő lehetőségeket maximálisan kihasználva valósulhat meg. A fejlett országokban a munkavállalási kor betöltése, illetve felnőttkori eseményt követően a munkaerő-piaci akadályoztatás rögzítése után pontos „láttelel” készül a megmaradt, munkavállalás szempontjából hasznosítható képességekről, készségekről, s ezekre építik rá a rehabilitációs programot. Ennek hiányában nem lehetséges az egyéni szükségletnek megfelelő, célirányos – s ezért a jelenleginél hatékonyabb – rehabilitáció.

Indító gondolatok:

- Foglalkozási rehabilitációs programot csak a megmaradt, fejleszthető képességek lehető legpontosabb meghatározása alapján lehet tervezni. Az OOSZI- (MOSZI-) szakvélemények a munkaképesség-változás (elvesztett képesség) mértékét rögzítik. A FESZ (foglalkozás-egészségügyi szakellátó-hely) a foglalkoztathatóságot véleményezi. Elsődleges funkciója annak megállapítása, hogy a vizsgált személy megváltozott munkaképessége mennyiben befolyásolja a munkavégzést különböző foglalkozásokban. A foglalkoztathatósági vizsgálat második szakaszában a foglalkozás-egészségügyi szakorvos arról dönt, hogy az illető foglalkoztatható-e.
- A mai magyarországi gyakorlatban előfordulhat, hogy a fogyatékossgal élő (vak, gyengénlátó, siket, nagyothalló, intellektuális fogyatékossgal élő, mozgáskorlátozott, autista) embernek három „vizsgálati eljárás” is át kell esnie addig, amíg eljut a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokig. Szakorvosi igazolással rendelkezik a „fogyatékossg” tényéről, OOSZI-igazolással a „munkaképesség változásáról” és részt vett az egészségi állapottal összefüggő foglalkozás-egészségügyi (foglalkoztathatósági) vizsgálaton. Az ILO (a foglalkozási rehabilitáció alanyáról és céljáról szóló) definíciói alapján elégségesnek tűnik a „fogyatékossg” tényének és a foglalkoztathatóságnak a vizsgálata; azaz a foglalkozási rehabilitációban nincs szükség a munkaképesség megváltozásának minősítésére.
- A foglalkozási rehabilitációban a funkció és a képesség változásának, rendellenességeinek okát nem vizsgáljuk, a megváltozott képességet tényként fogadjuk el. Ugyanakkor vizsgálni kell az ok-okozati összefüggést, azaz, hogy a funkciók és a képességek változása okozza-e a munkavállalási, a munkamegtartási és a munkában várható előrehaladási esélyek csökkenését. A munka vállalásának, megtartásának és az abban való előrehaladásnak az esélyeit számtalan tényező befolyásolhatja. Ilyen tényező:¹⁴
 - adott testi funkció és struktúra, amely bizonyos munkakörök betöltését kizárja, korlátozza, míg más munkakörök betöltését nem befolyásolja,
 - személyes tényezők, mint például a munkavállaláshoz¹⁵ és a munkavégzéshez¹⁶ szükséges képességek, ismeretek,
 - környezeti tényezők, mint például a munkahelyi el- és befogadó légkör, a munkahely hozzáférhetősége (akadálymentessége), a munkahely gazdasági versenyben elfoglalt pozíciója.

Az esélyeket befolyásoló tényezők feltárása (minősítése) és az egyéni foglalkozási rehabilitációs terv elkészítése (és kivitelezése) komplex megközelítést igényel. A komplex megközelítésben szerepe van a foglalkozás-egészségügyi szakorvosnak, a munkapszichológusnak, a munkavállalási vagy „rehabilitációs” tanácsadónak, esetleg a szociális munkásnak és/vagy a gyógypedagógusnak.

¹⁴ A tényezők osztályozáshoz felhasználtam a WHO Funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása című dokumentumát. A magyar fordítást kiadja: Országos Orvosszakértői Intézet, Budapest, 2003.

¹⁵ Munkavállalási képesség, ismeret például: az időbeli pontosság, a térbeli tájékozódási képesség, a szociális alkalmazkodó képesség, a munkavállalói jogok és kötelességek ismerete.

¹⁶ Munkavégzési képesség, ismeret például adott feladat elvégzéséhez szükséges szakmai tudás (például anyag- és eszköz-ismeret, a feladat teljesítési folyamatának ismerete).

C) A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ ALANYAINAK MEGHATÁROZÁSA, JOGOSULTSÁGI KRITÉRIUMOK MAI ÁLLAPOT:

A foglalkozási rehabilitáció során kínált személyes szolgáltatásokra és pénzbeli ellátásokra való jogosultság meghatározása ma szerteágazó, részben áttekinthetetlen és bizonyos esetekben vitatható. (lásd 1. melléklet) Szükségesnek tűnik a foglalkozási rehabilitáció komplex rehabilitációban elfoglalt helyének vizsgálata, eszközrendszerének feltérképezése és az azokra való jogosultság meghatározásának egységesítése, egyszerűsítése.

Indító gondolatok:

- A foglalkozási rehabilitáció formális vagy informális eszköztárának igénybevételére jogosító „vizsgálatok” helyszínei jelenleg:
 - munkáltatói rehabilitációs megbízott és munkáltatói rehabilitációs bizottság (8/83-as),
 - helyi és területi rehabilitációs bizottság (8/83-as),
 - szakorvosok, foglalkozás-egészségügyi ellátóhelyek, orvos-szakértői bizottságok (11/98-as),
 - rehabilitációs munkacsoportok, rehabilitációs referensek (11/98-as),
 - munkaerő-fejlesztő és képző központok (képzésre való alkalmasság),
 - rehabilitációs alkalmassági vizsgálat (rehabilitációs intézményi ellátásra való alkalmasság) (sztv.).

D.) A TARTÓSAN AKADÁLYOZOTT SZEMÉLYEK EGYÉNI REHABILITÁCIÓS PROGRAMJÁNAK MEGVALÓSÍTÁSA. AZ IRÁNYÍTÓK FELADATA ÉS FELELŐSSÉGE

Mai állapot:

Egyéni szükségletekre tervezett foglalkozási rehabilitációs program általánosságban nem működik Magyarországon. Egyedül a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek számára működött az Állami Foglalkoztatási Szolgálat rehabilitációs eljárását. Az így érintett létszám töredéke a ténylegesen foglalkozási rehabilitációra szoruló tartósan akadályozott népességnek. Ráadásul a munkaügyi szervezet által működtetett programban is igen sok az esetlegesség, a bizonytalanság.

Indító gondolatok:

- A foglalkozási rehabilitáció folyamat, aminek során a tartósan akadályozott személynek adott helyzetből (adott munkavállalási képességei, tudása, állapota, foglalkoztatási státusza) egy másik helyzetbe (a konkrét munkavállalás helyzetébe) kell eljutnia. A folyamat megtervezhetősége érdekében összehasonlítás kell, ahol az összehasonlítás egyik tényezője a munkavállaló mostani állapota, másik tényezője az elérni szándékozott állapot. A foglalkozási rehabilitációs terv gyakorlatilag azon eszközök meghatározása, amelyekre az egyik állapotból a másik állapotba való eljutáshoz szükség van.
- Azt kell vizsgálni, hogy a rehabilitálandó személynek milyen szükségletei vannak ahhoz, hogy az alaphelyzetből eljusson a kívánt (foglalkoztatotti) helyzetbe. Azt kell továbbá vizsgálni, hogy a kívánt állapot eléréséhez milyen eszközöket, szolgáltatásokat kell igénybe venni. Rögzíteni kell azt is, milyen végső kimenet prognosztizálható. Az eredményes rehabilitációt követően milyen (védett, félig-védett, nyílt) foglalkoztatónál tud munkát végezni.
- A foglalkozási rehabilitáció egyetlen irányító intézménye a munkaügyi szervezet. A megyei (fővárosi) munkaügyi központok rehabilitációs munkacsoportjai, illetve a kirendeltségek rehabilitációs referensei koordinálják a foglalkozási rehabilitációt megalapozó „komplex vizsgálatot”, megtervezik az egyéni rehabilitációt¹⁷.

A foglalkozási rehabilitációs eljárás folyamata:¹⁸

- Nyilvántartásba vétel (regisztrálás), aminek alapja az OOSZI-, MOSZI- vagy a FESZ-igazolás.
- Az egészségi állapottal összefüggő körülmények feltárása. (Ebben a feladatban a rehabilitációs referens partnere „újra” a foglalkozás-egészségügyi szakorvos.)

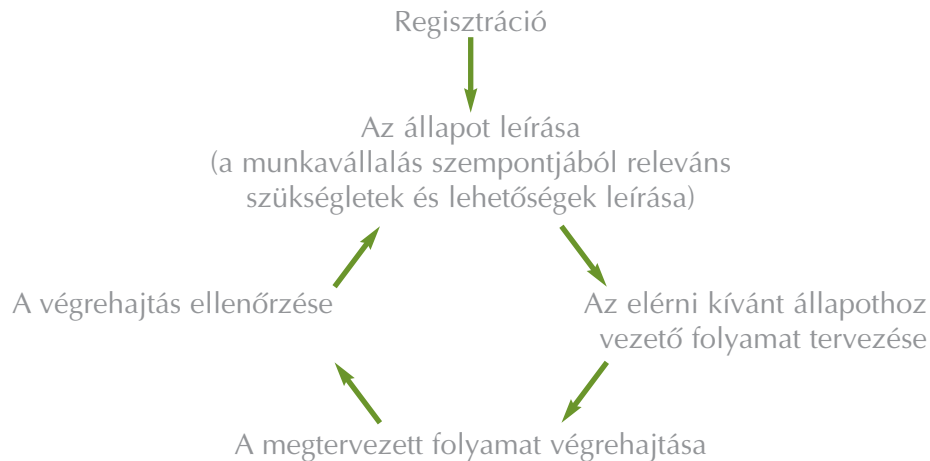
¹⁷ A munkaügyi hivatalok foglalkozási rehabilitációs eljárásáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek foglalkoztatását elősegítő egyes támogatásokról szóló 11/1998. (IV. 29.) MüM-rendelet alapján.

¹⁸ Az OOSZI- (MOSZI-) vagy FESZ-„papír” gyakorlatilag a „beugró” jelenti, vagy másképpen az ILO-definícióban rögzített „disabled” állapotot igazolja.

- Elhelyezkedést gátló körülmények feltárása. (Ebben a feladatban partner lehet például a munkapszichológus, a munkavállalási tanácsadó, a szociális munkás, a gyógypedagógus.)
- Az ügyfél szakmai gyakorlatának, iskolai végzettségének, életkorának rögzítése.
- A foglalkoztatáshoz szükséges szolgáltatások és támogatások megtervezése.
- Az eljárás végrehajtása.

Egyszerűsített folyamatábra:

A megváltozott képesség, illetve a megváltozott képesség és a munkavállalási esélyek közötti ok-okozati összefüggés igazolásával az ügyfél jelentkezik a munkaügyi szervezetnél.



- A foglalkozás-egészségügyi ellátórendszerben működő foglalkoztathatósági vizsgálat 1. szakasza – az ILO-definíciónak is megfelelően – az ügyfél egészségkárosodással magyarázható állásszerzési esélyeinek vizsgálatára irányul. Ennek a vizsgálatnak az eredménye, úgy tűnik, minden esetben elfogadható a foglalkozási rehabilitációs eljárásban való részvétel megalapozására. Ezzel a lehetőséggel már ma is él a jogalkotó. Valószínűnek tűnik ugyanakkor, hogy szükség lehet a vizsgálati eljárás minőségének feltérképezésére és az ellátórendszernek a feladatra való alaposabb felkészítésére.
- A foglalkozási rehabilitációs eljárás – a szakértői és a rehabilitációs tevékenység – koordinálása a bemutatottak alapján szakmailag és ellátórendszerbeli helyét tekintve is megfelelő a foglalkoztatáspolitikai intézményrendszerében. Szükség lehet azonban a foglalkozási rehabilitációs eljárás szabályozásának újragondolására és a (tovább)fejlesztéshez szükséges tennivalók meghatározására.

E) A KÖZÉP ÉS FELSŐFOKÚ REHABILITÁCIÓS SZAKEMBEREK KÉPZÉSÉNEK BEINDÍTÁSA

Mai állapot:

Indító gondolatok:

A munka során figyelembe veendő információk, javaslatok:

- A rehabilitációs szakemberek képzésére, átképzésére vonatkozó tervezést már 2004. II. félévétől el kell kezdeni, hogy e szakemberek a kialakuló új rendszerbe már hatékonyan és tevékenyen bekapcsolódhassanak.

Kit jogosít?	1. legalább 40%-ban megváltozott munkaképességű személy és 2. eredeti munkakörében, rehabilitációs intézkedés nélkül, teljes értékű munkára tartósan alkalmatlanná vált.	1. üzemi baleset (foglalkozási betegség) következtében munkaképesség-változás miatt 2. eredeti munkakörében munkáltatójánál rehabilitációs intézkedés nélkül, teljes értékű munkára tartósan alkalmatlanná vált.	Az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.	Testi vagy szellemi fogyatékos-sággal élő személy.	Súlyos értelmi fogyatékos-sággal élő személy.	Súlyosan mozgás-korlátozott személy.	Vak és gyengénlátó személy.	Siket vagy súlyosan nagyothalló személy.	Gümőkóros személy.
1. feltétel: OOSZI 2. feltétel: FESZ?									
A jogosultság mivel igazolható?				Külön jogszabályok alapján(?)	Az szja tv. alapján.	A súlyos mozgás-korlátozottak közlekedési kedvezményeiről szóló külön jogszabály alapján.	VGYOSZ-igazolvánnyal. Vakok személyi járadékára való jogosultsággal. Szemész szakorvos szakvéleményével. Audiológiai szakvéleménnyel.		

Jogszámból	Mire jogosít?								
Flt.	A megváltozott munkaképességű személy általános meghatározása.		Igen	Igen					
8/83	A megváltozott munkaképességű személy általános meghatározása.	Igen Megj.: a mérték nincs meghatározva.	Igen	Igen					Igen
8/83	Rehabilitációs-hozzájárulás-fizetési kötelezettség.	Igen							
8/83	Állami dotáció igénylésére jogosít.	Igen Megj.: 2. feltétel nem szükséges.	Igen		Igen	Igen	Igen	Igen	Igen
11/98	Foglalkozási rehabilitációs eljárásban való részvételre jogosít.	Igen Megj.: 2. feltétel nem szükséges.		Igen					
11/98	Rehabilitációs foglalkoztatás bővítését szolgáló támogatás igénylésére jogosít.	Igen Megj.: 2. feltétel nem szükséges.							
11/98	Gyakorlati képzéshez nyújtott támogatás igénylésére jogosít			Igen			Igen		
11/98	vállalkozóvá váláshoz támogatás igénylésére jogosít.	Igen Megj.: 2. feltétel nem szükséges.							
30/2000	Foglalkozási rehabilitációs tanácsadásra jogosít.			Igen			Igen		
6/96	Beruházáshoz, felújításhoz és eszközbővítéshez támogatás igénylésére jogosít.	Igen Megj.: 2. feltétel nem szükséges.		Igen					
Szvt.	Rehabilitációs intézményi ellátásra jogosít.						Igen (+ pszichiátriai, szenvedélybeteg, hajléktalan.		

2. MUNKACSOPORT

A foglalkoztathatóság javítása, az integráció elősegítése

Feladatok:

- A támogatható szolgáltatások körének kidolgozása.
- Aktív eszközök az integráció szolgálatában. A meglévő eszközök eredményességének javítása.
- Az eredményesség-mérés módszereinek meghatározása.
- A munkaerőpiaci segítő szolgálat feltételeinek kialakítása.
- Minőségi követelmények meghatározása a szolgáltatásokkal, az eszközökkel, illetve az ezeket kínáló szervezetekkel szemben.

A) A TÁMOGATHATÓ SZOLGÁLTATÁSOK KÖRÉNEK KIDOLGOZÁSA

Mai állapot:

A foglalkoztatás esélyét nagymértékben segítő szolgáltatásokhoz rendszerszerűen jelenleg a tartósan akadályozott embereknek csak igen szűk köre (elsősorban a munkanélküliként regisztráltak köre) jut hozzá. Ezen kívül a szélesebb érintett kör részére néhány civil szervezet szolgáltatása érhető el (e szolgáltatásokat a munkaügyi szervezettel kötött tartós szerződés értelmében ugyancsak a munkaerő-piaci alap finanszírozza). Mind a munkaügyi szervezetenél kínált szolgáltatások, mind az ilyen tevékenységre vállalkozó civil szervezetek kínálata igen kicsi, és a területi szűkösség miatt csak kevés rászoruló számára hozzáférhető.

Indító gondolatok:

- A segítő szolgáltatásokkal szemben támasztandó alapkövetelmények:
 - mindenki számára hozzáférhetőek legyenek.
 - Személyre szóló, valós igényeket elégítsenek ki.
 - Hosszú távon az integrált foglalkoztatás elérését célozzák.
 - Ne lépjék túl a kompetenciahatárokat.
 - A szolgáltatók megbízható szakmai felkészültséggel rendelkezzenek.
 - A segítség az elhelyezkedést, a diszkrimináció elleni küzdelmet és a beilleszkedés stabilizálását szolgálja.
- A segítő tevékenység tartalma:

E tevékenység tartalmát tekintve sokrétű, bizonyos fokú komplexitást igényel és három egymással összefüggő logikai, szakmai szakaszra – prevenció, közvetlen együttműködés és nyomon követés (utógondozás) – tagolható.

 - A preventív humán szolgáltatások lényege az információátadás, a figyelemfelkeltés, olyan aktív tájékoztatás, amely lehetővé teszi, hogy az ügyfél megismerje a munkaerő-piaci folyamatokat, lehetőségeket, a gátló és az előremutató tényezőket, hogy ezek segítségére legyenek egyéni stratégiája kidolgozásában.
 - A közvetlen együttműködési szakaszban számos olyan, cselekvést gátló akadállyal kell megküzdeni, amilyenek például az információdeficit, az alacsony munkaerő-piaci érték, a negatív attitűdök, az ún. hátrányos helyzet (például fogyatékoság), a személyiség hiányosságai, esetleg zavarai. A szolgáltatások e szakaszában azt kell elérni, hogy az ügyfél képes legyen saját értékeit valóságosan megítélni, és megfelelő önismeret birtokában egyéni munkavállalási stratégiát tudjon kidolgozni. A stratégia sikeres végrehajtása érdekében kész legyen együttműködni a segítő szolgálattal, és ezt cselekvési tervben rögzíteni annak érdekében, hogy a szolgálat és saját tevékenysége összehangolható legyen. A szolgáltatások végső célja természetesen a munkába helyezés.
 - A nyomon követés, az utógondozás lényege az ügyfél stabil elhelyezése a munkahelyen. Különösen fontos ez a megváltozott munkaképességű munkavállalók és a tartósan munkanélküli személyek esetében.

B) AKTÍV ESZKÖZÖK AZ INTEGRÁCIÓ SZOLGÁLATÁBAN. A MEGLÉVŐ ESZKÖZÖK EREDMÉNYESSÉGÉNEK JAVÍTÁSA

Mai állapot:

Az ÁFSZ-nél a megváltozott munkaképességű munkanélküli személyek foglalkoztatásának elősegítése érdekében működtetett aktív eszközök hozzáférhetősége és hatékonysága komoly hiányosságokat mutat. Ezek az eszközök természetüknél fogva csak igen kis létszámot érnek el. A tartós eredményt hozó eszközök (például képzések, bértámogatások) a regisztrációba kerülő személyeknek csak nagyon szűk körét érintik, s legnagyobb arányban a csak átmeneti megoldást jelentő közhasznú foglalkoztatás nyitott e célcsoport számára. Ennek egyik – mindenképpen elfogadhatatlan – oka, hogy a megyei gazdálkodásban nagyon hamar kimerülnek a keretek, s így nem is tudják felkínálni ezeket az eszközöket.

Indító gondolatok:

A foglalkozási rehabilitáció és a Munkaerő-piaci Alapból adható támogatások rendszere a kölcsönhatást feltételezi. A tartósan akadályozott személyek oldaláról jelentkezik egy olyan támogatási igény, amelynek kielégítése segítheti elhelyezkedésüket, foglalkoztathatóságuk javítását. A támogató állam oldaláról pedig a foglalkoztatási ráta növelése, a munkaerőpiacról kiszorultak újbóli bevonása érdekében biztosított támogatásként jelenik meg. Az e gondolattal párosuló „segély helyett munkát elv” jelenleg csak rövid távon biztosít munkát, azt is döntően az ún. másodlagos munkaerőpiacon.

- A jelenlegi aktíveszköz-rendszer bonyolult, túlzottan bürokratikusán működik és az Európai Unió többi országához viszonyítva sok eszközt tartalmaz. A támogatások három nagy csoportot alkotnak a beruházás, a bér és a járulékátvállalás jellegű támogatásokat. E támogatások felülvizsgálata indokolt, a támogatások összevonhatók, vagy megszüntethetők, tartalmuk átalakítható. A hagyományos eszközök egyedi alkalmazása helyett a komplexitást kell előtérbe állítani.
- Az aktív munkaerő-piaci eszközök közül három eszköznek: a közhasznú foglalkoztatásnak, a bértámogatással ösztönzött foglalkoztatásnak és a munkaerő-piaci képzésnek a túlsúlyát tapasztalhatjuk. A tartósan akadályozott személyek esetében azonban roppant szelektíven működnek ezek a támogatások, döntően a munkavégzés feltételeinek hiánya és a gyakorlatlanság miatt. Olyan támogatási formákra is szükség van, amilyen például a munkakipróbálás, a munkatapasztalat szerzésének támogatása (akár munkaerő-piaci képzéssel együtt) vagy az integrált munkahelyen történő beilleszkedés támogatása.
- A Munkaerő-piaci Alap aktív eszközökre szánt forrásai elosztási indikátorainak meghatározásakor az eddigi túlzottan mennyiségorientált megközelítést ki kell egészíteni minőségi kritériumokkal (esélyegyenlőség, akadályozottság, rászorultság stb.).
- A munkahelyteremtő beruházásoknál el kell érni, hogy a jelenlegi gyakorlat helyett a beruházás ténylegesen a tartósan akadályoztatott személyek foglalkoztatására irányuljon. A támogatás a beruházás mellett olyan járulékos tevékenységek finanszírozását is tartalmazhatja, amilyen például a munkavégzéshez szükséges (környezeti, emberi) feltételek valamint a betanítás, begyakorlás, beilleszkedés támogatása.
- A támogatási rendszer másik nagy csoportja lehetne az atipikus foglalkoztatások menedzselése, ezen belül különösen a távmunka és a részmunkaidős tevékenységek támogatása. Mind a távmunka, mind pedig a részmunkaidős foglalkoztatás jelentősen hozzájárulhat a megváltozott munkaképességű emberek reintegrációjához és rehabilitációjához, a munkanélküliség mérsékléséhez és az inaktív munkaerő bekapcsolásához a munka világába.
- A támogatási rendszer logikája a komplexitás igényét feltételezi és egyik változata lehet a foglalkoztatási célterületek, képességek és követelményrendszerek meghatározása. A kiválasztás és a hozzá rendelhető szolgáltatások, a felzárkóztatás és a képzés támogatása, a beruházás és a munkakipróbálás feltételeinek biztosítása átmeneti tranzitmunkahelyen. A végső cél az elsődleges munkaerőpiacra való visszakerülés támogatása.
- Tovább kell fejleszteni a programfinanszírozás rendszerét és az Európai Unió több tagállamához hasonlóan a projektfinanszírozást, amely:
 - célorientált, pontosan meghatározza a feladatokat, a határidőket, az erőforrásokat és a költségeket,
 - komplex és dinamikus, a projekt részfeladatai erősen összefonódnak, egészet alkotnak,
 - interdiszciplináris és részlegesen átnyúló, ugyanakkor rugalmas és lehetőséget ad korrekcióra.

A projektfinanszírozás lehetőséget teremthet az addicionalitás elvének érvényesítésére, illetve a forráskoordinációra, ami segítheti a fenntarthatóságot. Összességében az aktív munkaerő-piaci intézkedések erősítése és diverzifikálása területén az aktivizáló politikáknak, szándékoknak olyan átfogó rendszert kell alkotniuk, amelyben a jövedelemtámogatások, az orvosi és foglalkozási rehabilitáció, a szakmai képzés és a rehabilitáció, az irányítás, a tanácsadás, a foglalkoztatási támogatások, a munkahelyi támogatás, a segítő szolgáltatások és a munkahely-teremtő intézkedések hatása összeadódhat a tartósan akadályoztatott személyek javára.

C) AZ EREDMÉNYESSÉGMÉRÉS MÓDSZEREINEK MEGHATÁROZÁSA

Mai állapot:

A mai gyakorlatban Magyarországon – az állami támogatásból adott foglalkoztatáspolitikai eszközök és szolgáltatások eredményességét illetően – kétféle teljesítmény-értékelési módszerrel találkozunk. Az egyik a munkaügyi szervezet ráfordításainak értékelése, a másik a szervezet és a feladatvégrehajtó (többnyire civil szerveződés) között létrejött szerződések teljesítéseinek mérőszámai. Valójában mindkét esetben igyekszik az ÁFSZ szigorú mennyiségi korlátokat érvényesíteni. Az európai gyakorlatban már régóta disztinkváltnak a teljesítési mutatókban aszerint, hogy azok milyen célcsoport integrálását célozzák. Így például a tartósan akadályozott emberek esetében rendkívül nagyvonalú az ügyintézésre fordított órakeret, az események száma valamint az eszközök és a szolgáltatások alkalmazhatósági korlátja is. Legtöbb esetben a végeredmény a fontos (és ez sem mindig az elhelyezést jelenti, hanem a foglalkoztathatóság szintjének javulását, a munkaerő-piaci esélyek növekedését stb.) és a ráfordításokat is ennek alapján értékelik.

Indító gondolatok:

- Az indikátorok kialakításával kapcsolatos alapvető követelmény, hogy azok intelligens mutatók legyenek (SMART: Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timebased), ami azt jelenti hogy az indikátor konkrét, mérhető, rendelkezésre álló, valóságyszerű és időalapú legyen. Az indikátorok számszerűsítik a tevékenység, a szolgáltatás céljait, információt adnak az eredményesség mértékéről, a tevékenység sikerének kritériumairól, összességében biztosítják a monitorozás és az értékelés alapját.
Legfontosabb alapelvek:
 - a sajátos jelleg az indikátor egyértelműségében jelentkezik,
 - a mérhetőség a számszaki kifejezést jelöli (például az elégedettség mérése egy 1–5 fokozatú skálán),
 - az időszerűség a rendelkezésre állás időpontját tartalmazza,
 - a valóságosság tekintetében az indikátornak valóban a tevékenység (a szolgáltatás, a támogatás stb.) minőségére kell vonatkoznia,
 - az időalapúság a mutatóhoz rendelt idődimenzió megjelenésével teljesül,
 - az adatok tényleges hozzáférhetősége az egyik legfontosabb minőségi kritérium,
 - az összehasonlíthatóság szintén minőségi mutató, mivel egy mutató hasznossága nagymértékben függ a különböző tevékenységek közötti összehasonlíthatóság lehetőségeitől.
- Az indikátorok kiválasztását alapvetően befolyásolják a mérendő tevékenységek, azok jellege, bonyolultsága, értékrendszere, a vezetői és a társadalmi elvárások. A kiválasztás további kritériumai lehetnek:
 - az indikátorok modelljének explicitté tétele,
 - az indikátorok diagnosztikus funkciójuk, nem ítélik meg a folyamatokról, inkább alternatívákat sugallnak,
 - az indikátorok nyilvánossága,
 - az indikátorok egyenkénti érvényessége, megbízhatósága és hasznossága,
 - könnyű interpretálhatóság, értékelhetőség.
- Az értékelés – leegyszerűsítve – valamilyen követelményhez vagy követelményekhez való viszonyítást jelent. A teljesítés mindig valami teljesítményt feltételez, a teljesítmény az, amit az értékelés során minősítünk. A teljesítés értékelésének tervezett, következetes és átlátható folyamatnak kell lennie. Nem elhanyagolható, hogy az értékelés a vezetés folyamatának és rendszerének velejárója (információszerzés, tervezés, döntés, szervezés, végrehajtás, ellen-

őrzés és értékelés). Fontosságát jelzi, hogy az értékelés minden folyamatnak a kezdete és a befejezése is lehet.

- A teljesítés értékelésének megkezdése előtt, az értékelés tervezésének időszakában az alábbi tényezőket kell figyelembe venni:
 - Olyan célokat kell kitűzni, amelyek elfogadhatóak azok számára, akiknek a teljesítménye értékelendő, és ezt olyan légkörben kell megtenni, amit nyílt kommunikáció és együttműködési készség jellemez.
 - A teljesítmény méréséhez megbízható, objektív és korrekt mércét kell használni, össze kell vetni a tényleges teljesítményt a tervezettel és az értékeltek számára visszajelzést, visszacsatolást (feedback) kell adni.
 - Az értékelési folyamatot követően gondoskodni kell mind a külső, mind a belső elismerésről, a további motivációról.
- A szempontrendszer kialakítását nagymértékben befolyásolja az értékelés célja, mit akarunk értékelni és milyen tartalommal. Az aspektusok megfogalmazásának tényezői közé tartozik az értékelés időbelisége, ami lehet előzetes (ex ante), folyamatos (kísérő értékelés) és utólagos (ex post). Lényeges a rendelkezésre álló eszközök, módszerek és információk (adatok, tények) mennyisége és minősége. Fontos tényező, hogy az értékelés bonyolult, összetett teljesítésre, vagy egyszeri feladat végrehajtására irányul, illetve az egész folyamatot, vagy csak egy elemet érint a teljesítés. A szempontokat mindig az adott teljesítéshez, az előzőekben megfogalmazott tényezők szerint kell igazítani!
- Előzetes értékelést akkor alkalmazunk, ha a kitűzött cél, célok helyzetértékelést, hatékonysági előrejelzést, következmények felmérését igénylik.
- A folyamat- (vagy kísérő) értékelés lényege egyrészt, hogy a segítő hálózat tevékenységében mutatkozó céltól való eltérés korrekciója „menet közben” megvalósuljon. Másrészt feltárja a folyamat erős és gyenge pontjait a szolgáltatások, a segítő és a feltételek tekintetében. Míg utólagos értékelésben a teljesítés menetére vonatkozóan csak az eredmény és az eredmények oka jelenik meg, addig a kísérő értékelés a folyamatos aktualizálást szolgálja.
- Az utólagos értékelés során a megvalósulást értékeljük. Azt, hogy a segítő szolgálat mennyire volt hatékony, elérte-e a kitűzött célt, meghatározható-e a siker és milyen következtetéseket vonhatunk le a jövő számára. Az értékelés akkor teljes, ha tartalmaz olyan minőségi kritériumokat, amilyen az ügyfelek megelégedettsége, a motiváció és az önállóság növekedése, a segítő hálózat társadalmi hasznossága.

D) MUNKAERŐ-PIACI SEGÍTŐ SZOLGÁLAT FELTÉTELEINEK KIALAKÍTÁSA

Mai állapot:

A munkaerő-piaci segítő szolgálatnak vagy külön hálózatot kell alkotnia, vagy az állami munkaügyi szolgálat tevékenységének kiegészítését kell szolgálnia. A jelenleg működő néhány segítő szolgálat véletlenszerűen alakult ki, az integrációhoz szükséges szolgáltatási formák egy bizonyos körét fogja át, finanszírozásuk labilis és nincsenek kidolgozva azok a szakmai normák, működési feltételek, amelyekhez igazodniuk kellene.

Indító gondolatok:

- A munkaerő-piaci segítő szolgálatok finanszírozása és a teljesítés technikái igen különbözőek az egyes országokban. Mindegyikben közös azonban, hogy:
 - az igénybevétel lehetősége minden érintett személy számára biztosított (akár országos hálózatban, vagy az állami munkaügyi hivatalokra ráépülve működik a szolgálat, akár laza szerződéses viszonyban);
 - a szolgálat működése egyaránt érdeke az érintett személyeknek és a munkaügyi hivataloknak;
 - a szabályozás olyan viszonylagos stabilitást biztosít a szolgálat részére, amely lehetővé teszi a koncepcionális tervezést, a szolgáltatás folyamatos fejlesztését;
 - pontos etikai normák, minőségi előírások, szabályozott teljesítménykövetelmények és jól kidolgozott módszertani ajánlások mentén kötik meg a szerződéseket a szolgáltató (többnyire civil) szervezetekkel.

- Az Európai Unióban a személyi szolgáltatásokat döntően a civil szervezetek végzik, ezért a tagállamok komoly erőfeszítéseket tesznek e hálózat fejlesztése érdekében. A civil szervezetek biztosítják a társadalmi önszerveződés és érdekérvényesítés kereteit, alkalmat adnak különböző társadalmi csoportok speciális igényeinek megfelelő szolgáltatások kifejlesztésére, biztosítására, a nem profit célú megújulás és egyes társadalmi problémák közösségi kezelésére.
- A segítő tevékenység feladatai:
 - Információs rendszer működtetése: adatbázis kialakítása, karbantartása (munkalehetőségekről, képzési lehetőségekről, segítő intézményekről).
 - A célcsoportba tartozó ügyfelek feltérképezése, megkeresése, kapcsolatfelvétel, a segítő szolgálat céljainak megismertetése.
 - Tájékoztatás, felvilágosítás, orientálás, tanácsadás; az ügyfél bevonása a szolgáltatási rendszerbe.
 - A munkavállalást akadályozó (szociális, mentális, egészségi stb.) tényezők feltárása és a megoldás segítése.
 - Együttműködési, cselekvési terv készítése; az ügyfél bevonása saját sorsának alakításába.
 - Az ügyfél bekapcsolása a szükséges (munkavállalást, fejlesztésben, képzésben való részvételt segítő, reintegráló, kulcsképesesség-fejlesztő, személyiségfejlesztő, beilleszkedést és önálló életvitelt elősegítő) tréningekbe.
 - Ügyintézés, aktív közreműködés az álláskeresésben (például személyes kísérés, önéletrajzírás, kérelem stb.), és más, a közös cél eléréséhez szükséges ügyek intézése.
 - Munka-erőpiaci szempontból előnyös képzési szakirányok, képzőhelyek feltárása; ezek ajánlása az ügyfélnek.
 - Szakmai ismereteket felújító, betanító, szakképesítő képzéseken való részvétel elősegítése, tanfolyami és képzési támogatások megszerzése, folyamatos figyelemmel kísérése.
 - Alkalmassági (szakmai, egészségi stb.) kérdések tisztázása, személyre szóló munkahely megkeresése, munkára kész állapot elérése.
 - Közvetítés az ügyfél és munkaadó között, az alkupozíció elősegítése.
 - Munkába helyezés, mint az egyik legfontosabb cél.
 - A beilleszkedés segítése, utógondozás, nyomon követés.
 - Folyamatos kapcsolattartás a munkáltatókkal, a képzőhelyekkel, a segítő intézményekkel).
 - Munkáltatók tájékoztatása a támogatott foglalkoztatási lehetőségekről, pályázatokról és minden olyan információról, amely hozzájárulhat a hátrányos helyzetű munkavállaló foglalkoztatásához.
- A segítő szolgálat tervezése során az alábbi témákat kell kidolgozni:
 - Az ügyfelek és a segítő szolgálat kapcsolata.
 - Az ügyfelek motiválásának formái.
 - A segítő szolgálat és a munkaadók közötti kapcsolat.
 - Információs rendszer kialakítása, működtetése.
- A segítő szolgálatoknak elsősorban civil kezdeményezések a meghatározó szereplői, ugyanakkor az egyenlő hozzáférés érdekében területileg koordinálni kell, hogy adott régióban (megyeiben) minden szolgáltatásforma valósuljon meg legalább egy szolgálatónál.

E) MINŐSÉGI KÖVETELMÉNYEK MEGHATÁROZÁSA A SZOLGÁLTATÁSOKKAL, AZ ESZKÖZÖKKEL, ILLETVE AZ EZEKET KÍNÁLÓ SZERVEZETEKSEL SZEMBEN

Mai állapot:

Teljességgel hiányoznak azok a számonkérhető, szigorúan betartandó minőségi követelmények, amelyek nélkül sem az állami, sem a civil szolgáltatók nem működhetnének.

Indító gondolatok:

- Ne a szolgálat határozza meg a szolgáltatás mennyiségét, hanem a mennyiségi igény fejezze ki a szolgáltatás szükségességét, ami előzetes felmérések alapján prognosztizálható. Más a helyzet, ha a segítő szolgálat számára külső megrendelő, támogató, programfinanszírozó szervezet (például munkaügyi központ, OFA stb.) ír elő mennyiségi (és minőségi) feltételeket. Ezek a feltételek akkor jók, ha arányokat határoznak meg és lehetőséget biztosítanak a rugal-

masságra, azaz a támogatás konszenzuson alapul és magában hordozza az esetleges változásokat. A teljesítés mennyiségi mutatói lehetnek konkrét mérőszámok (a bevont emberek száma, az elhelyezett emberek száma, tanácsadói alkalmak száma); arányok (például a bevontak 50%-a tréningen vett részt); összehasonlítások (kontrollcsoport). Jó példa erre az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány által támogatott Újra dolgozom (UD-) program, ahol a támogatási szerződésben rögzítik, hogy a támogatott civil szervezet, meghatározott összegű támogatás fejében:

- összetett, személyre szabott munkaerő-piaci szolgáltatást (tájékoztatást, foglalkoztatási és szociális jellegű tanácsadást, sajátos, kezdeményező, állásfeltáráson alapuló munka-közvetítést) biztosít,
 - szakmai együttműködést valósít meg a településeken működő foglalkoztatási és szociális intézményekkel és szervezetekkel,
 - stratégiai partnerséget tart fenn a foglalkoztatás növelésében érintett helyi önkormányzatokkal, a munkaügyi szervezettel, a munkáltatói, munkavállalói és más érdekképviselői szervezetekkel,
 - meghatározza, hogy a támogatás időtartama alatt a szolgáltatásokat hány munkanélküli számára biztosítja, közülük milyen arányt képviseljenek a tartósan munkanélküliek (például 70%),
 - a szolgáltatás eredményeképpen hány személyt kell három hónapnál hosszabb időtartamú (összefüggő) munkaviszonyba helyezni (például az érintettek 30%-át),
 - a segítő szolgálat a szolgáltatásban részt vevőkkel egyéni, személyre szabott szolgáltatási szerződést köt, amely azt tartalmazza, hogy az ügyfél a programmal történő együttműködés során milyen szolgáltatást vehet igénybe és várhatóan mit eredményez az együttes munka.
- A szolgáltatási során meghatározhatóak azok a mérhető, ellenőrizhető teljesítmények, amelyek segítségével a szolgáltatás és annak fázisai a későbbiek során értékelhetővé, minősíthetővé válnak. Nyilvánvaló, hogy a teljesítés a meghatározott folyamatok megvalósulását jelenti, de ennek mindig az egyénhez igazodónak kell lenni. Az elemek száma nincs összefüggésben az eredményességgel, hiszen elképzelhető, hogy a munkaerőpiac igényeinek jobban megfelelő munkavállaló sokkal kevesebb lépéssel is nagyobb eredményt ér el, mint aki hosszú ideig, sokszor veszi igénybe a szolgáltatás minden elemét. Mindemellett meg kell határozni azokat az időfaktorokat és gyakoriságokat, amelyek elfogadhatóak az optimális, hatékony munka érdekében.
 - A segítő szolgálat teljesítménye két tényezőből tevődik össze: az eredményességből és a hatékonyságból. Az eredményesség legfőbb mutatója, hogy a szolgálat céljai folyamatosan megfelelnek a külső környezet szereplői (ügyfelek, finanszírozók stb.) által támasztott elvárásoknak, illetve a szolgálat képes elérni a kitűzött célokat. A hatékonyság pedig az, amikor a szolgálat kitűzött céljait a rendelkezésre álló erőforrások gazdaságos felhasználásával éri el, illetve adott értékű output a lehető legkevesebb inputtal jön létre. A segítő szolgálat ügyfélköreinek sajátosságait figyelembe véve ez a fajta hatékonyság azonban az eredményesség szempontjából megkérdőjelezhető. A tapasztalat azt mutatja, hogy minél több féle hátránnyal bír a segítő szolgálat ügyfele, annál több bemeneti, ráhatási elemet kell alkalmazni a kitűzött cél (munkába helyezés) elérésére. Következésképpen a hatékonysági mutatók, illetve az eredményesség alapjai a megközelítő homogenitásra épülő teljesítményindikátorok lehetnek.
 - A segítő szolgálat, mint szervezet teljesítményének mennyiségi meghatározóit vizsgálva az alábbi kérdésekre kereshető válasz:
 - milyen a szükséglettel rendelkezők és a szolgáltatást igénybe vevők aránya (potenciális és kiszolgált),
 - milyen arányban fedik a szolgáltatás az igényeket,
 - milyen arányban fedik a szolgáltatás az egyéni igényeket,
 - milyen az elégedett és az elégedetlen igénybe vevők aránya,
 - milyen a szolgáltatást ismerők és igénybe vevők aránya,
 - a panaszok száma és a kezelt panaszok aránya,
 - mennyi a kielégítetlen igény, a lezáratlan ügy aránya a kezelthez viszonyítva,
 - mennyi az elhelyezettek száma és aránya?

- A segítő szolgáltatás lényege az ügyfélcentrikus szolgáltatás, amely eleve feltételezi azokat a minőséget befolyásoló kategóriákat, amilyen az ön- és az emberismeret, az empátia, az interperszonális kapcsolatok, a konszenzus és a szociális biztonság. A segítő szolgáltatás jellemzői lehetnek: a hozzáférhetőség, a szükségleteknek való megfelelés, a hatékonyság, a hatásosság, a társadalmi elfogadottság. A legfontosabb azonban az ügyfél igényei iránti fogékonyság, vagyis azt adjuk az ügyfélnek, amit akar. Ugyanakkor a minőséget nem lehet pusztán az ügyfél igényei alapján jellemezni. A szolgáltatás nem lehet magas színvonalú, ha nem tesz eleget bizonyos jogi, etikai és szerződésbeli követelményeknek. Minőséget egy szervezet akkor tud folyamatosan kínálni, ha kultúrájának szerves része a minőség szemlélet. A minőség szemlélet igénye magában hordozza a folyamatos megújulást, a motivációt, a kreativitást, a sztederdek megállapítását, a teljesítmény mérését, minőségi rendszer kiépítését, minőségi módszerek alkalmazását, a szolgáltatások folyamatos elemzését, az ügyfelek elvárásai, tapasztalatai és véleménye alapján. Mindezek figyelembevételével a segítő szolgálat tevékenységének minőségi mutatóit három fő csoportban határozhatjuk meg:
 - Az ügyfelekkel való bánásmód minősége: idetartoznak azok a viselkedési, etikai, kommunikációs stb. normák, illetve igények, amelyeket az ügyfelek várnak a segítő szolgáltatótól. Ezen belül fontos, hogy a szolgáltatás feleljen meg az ügyfél igényeinek, elvárásainak:
 - = problémáját pontosan és célorientáltan feltárják,
 - = elgondolásait figyelembe veszik,
 - = megfelelő megoldási javaslatok születnek,
 - = van lehetőség a kilépésre, a reklamációra, esetleg a segítő megválasztására,
 - = adatait megfelelően kezelik,
 - = megkapja az igénye szerinti teljes körű információt,
 - = tiszteltben tartják emberi méltóságát,
 - = kulturált környezetben fogadják,
 - = a szolgáltatás helyszíne megfelel állapotának, akadálymentes.
 - A szakmai tevékenység minősége: a segítés, az alkalmazott módszerek, a tanácsadás megalapozottságát, a szakmai sztederdek jelent. Ide tartoznak a segítő felkészültsége, képességei és készsége, kommunikációs technikái, a módszerek sokszínűsége, az információk gazdagsága, a teammunka, a kompetenciahatárok ismerete és betartása, a szakmai ismeretek állandó bővítése, a csoportos technikák biztosítása.
 - Az irányítás minősége: a segítő szolgálat a rendelkezésre álló forrásokat a leghatékonyabban használja fel. Felelősséget vállal a tevékenységéért és az egyes segítő munkájáért. Kapcsolatrendszere révén több szolgáltatást ajánlhat (biztosíthat) az ügyfelek számára, alapelve a partnerség (mint a külső „irányítás” megnyilvánulása). Új módszerek alkalmazásával biztosítja a segítő és a szolgálat folyamatos fejlődését. Egyformán hangsúlyozza a specifikációt, a módszertani kérdéseket csakúgy, mint a hozzáállást és az emberi kapcsolatokat. Egyaránt épít a jól bevált gyakorlatokra és az új eljárásokra. Az irányítás minőségéhez hozzátartozik a visszacsatolás folyamatossága, az egyéni és a szervezeti értékelés, a PR-munka színvonala. A fentiekben leírt mutatók a legfőbb érdekeltségi csoportnak (az ügyfeleknek) felelnek meg.
 - Mindezek mellett megtalálhatók a megrendelő által elvárt minőségi meghatározások:
 - = a szolgáltatás megvalósításának folyamata megfelel a megrendelői elvárásoknak,
 - = a munkafolyamatok nyomon követhetőek,
 - = megfelelő, egyértelmű, ellenőrizhető a dokumentáció,
 - = a jelentési kötelezettségeket határidőre teljesítik,
 - = az adatszolgáltatás hiteles és valós,
 - = a kompetenciahatárokat a szervezet betartja,
 - = a forrásfelhasználás cél szerinti,
 - = a teljesítés, az eredményesség összhangban van a megállapodásban (szerződésben) rögzítettekkel.
- A segítő munka sajátossága, hogy segítségre szoruló hátrányos helyzetű emberekkel kell együttműködni, kapcsolatot teremteni, tartani. Ezek az emberek fokozottan érzékenyek, esetenként testi és intellektuális fogyatékkal élő emberek, gyakran „sündisznó” alapszállásba helyezkednek. Hátrányaik sokszor halmozódnak és egyszerre vannak jelen életükben

a fogyatékoság, a tartós munkanélküliség és a szociális problémák. Ebben a nehéz élet-helyzetben kell segítséget adni és kivezető utat találni számukra. Olyan, elsősorban személyi (és tárgyi, technikai) feltételeket kell teremteni, hogy az ügyfél elfogadja a segítséget. Mindebből következően e munkához érett személyiségű, megfelelően képzett segítőkre van szükség.

Tisztázandó kérdések:

- A már működő szolgálatokat (támogatott foglalkoztatás; 4M, munkaasszisztensi szolgálat; Újra dolgozom program; mentorszolgálat) közös nevezőre kell hozni, a szolgáltatásokra és a szolgálatokra általában kell kialakítani a feltételeket, a minőségkövetelményeket, a támogatási formákat stb.

A munka során figyelembe veendő információk, javaslatok:

A Magyar Információs Társadalom Stratégiáról (MITS) és annak végrehajtásáról szóló 1126/2003. (XII. 12.) kormányhatározat megjelenti. A 10 éves távlatra megfogalmazott MITS hazánk európai átlaghoz való felzárkóztatását tűzi ki célként. A vitaanyagban tárgyalt elgondolások továbbfejlesztését, véleményünk szerint, a MITS két programja is elősegítheti.

A MITS 19 programja közül az 1. E-munka című programja – amelyet az FMM közreműködésével dolgoztak ki – az elektronikus munkavégzés kultúrájának elterjesztését tűzi ki célként. Az E-munka program a 2006-ig terjedő időszakra meghatározott négy legfontosabb céljának egyike az, hogy megteremtődjön a különféle szempontból hátrányos helyzetű lakossági csoportokat pályázati úton szélesebb körűen bevonják az információs és a kommunikációs technológiák használatát igénylő feladatok teljesítésébe.

A MITS programjai közül a 19-es E-ernyő című program a társadalmi esélyegyenlőséget biztosító Társadalmi integráció (e-Inclusion) program kiemelt célcsoportjai között a fogyatékosággal élőket is figyelembe veszi. A program pályázati úton támogatni tervezi:

- a célcsoportok számára a humán infrastruktúra megteremtését az e-Esély pontok és az it-mentori rendszeren keresztül, a segítségül hívható infokommunikációs technológiát is jól ismerő it-mentor (szociális munkásként dolgozó informatikus) szakember elérhetőségével,
- a fogyatékosággal élők normatív támogatási rendszerének kialakítását, az otthoni és a közösségi pontokon történő internet-hozzáférés és -használat érdekében,
- a célcsoportokat segítő civil szervezetek részben normatív alapú támogatását,
- a hátrányos helyzetűek specifikus oktatását, képzését, foglalkoztatását.

A MITS útján lehetőség nyílik vonatkozó költségvetési források, valamint EU-források pályázat útján történő igénybe vételére, s ez kedvezőbb helyzetet teremthet a hátrányos helyzetűek foglalkoztatása érdekében, támogatási rendszerének továbbfejlesztésében. (Informatikai és Hírközlési Minisztérium).

3. MUNKACSOPORT

A foglalkoztató szervezetek működési feltételei, rehabilitációs szerepei

Feladatok:

- a) A megmaradt képességek differenciált és eredményes hasznosítására alkalmas foglalkoztatási formák kereteinek, feltételrendszerének kialakítása (például védett, félig védett integrált foglalkoztatásra felkészítő köztes munkaerőpiac) és nyílt foglalkoztatás
- b) A munkáltatók feladatai a tartósan akadályozott munkavállalók eredményes foglalkoztatása érdekében
- c) Támogatható tevékenységek a különféle foglalkoztatóknál
- d) A különféle foglalkoztatók lehetséges rehabilitációs feladatai
- e) Minőségi követelmények meghatározása a foglalkoztató szervezetekkel szemben

A) A MEGMARADT KÉPESSÉGEK DIFFERENCIÁLT ÉS EREDMÉNYES HASZNOSÍTÁSÁRA ALKALMAS FOGLALKOZTATÁSI FORMÁK KERETEINEK, FELTÉTELRENDSZERÉNEK KIALAKÍTÁSA (PÉLDÁUL VÉDETT, FÉLIG VÉDETT INTEGRÁLT FOGLALKOZTATÁSRA FELKÉSZÍTŐ KÖZTES MUNKAERŐPIAC ÉS NYÍLT FOGLALKOZTATÁS)

Mai állapot:

Ez teljesen új feladat, hiszen jelenleg nincs kerek egész kitévő foglalkoztatási láncolat, amely differenciált kereteivel minden megmaradt munkaképességet hasznosítani tudna. A ma működő cél-szervezetek, illetve a szociális foglalkoztatók – a bevezetőben részletesen tárgyalt – körülmények, a támogatási rendszer anomáliái miatt nem illeszkednek korszerű rehabilitációs rendszerbe, feladataik nem pontosan definiáltak és partnerek hiányában sem előre, sem védettebb formába nem tudják irányítani a náluk megjelenő megváltozott munkaképességű embereket.

Indító gondolatok:

- Nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatók (integrált foglalkoztatás) jellemzői:
 - Ide tartoznak a versenyszférában működő szervezetek, a közszféra intézményei és a nem kifejezetten rehabilitációs célra létrejött nonprofit szervezetek is.
 - Piaci körülmények között működnek.
 - A foglalkoztatottak döntő hányada nem fogyatékosággal élő személy.
 - Nem elsődleges cél a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatása, de elismert támogatott munkahely-teremtésre.
 - Egyenlő esélyeket biztosít a foglalkoztatásban (előmenetel, oldalirányú mozgások).
 - A foglalkoztatás munkaviszonyban történik.
 - A fogyatékos munkavállalók foglalkoztatásával kapcsolatos vállalati politika be kell hogy kerüljön a vállalat belső szabályozásába.
 - = E foglalkoztatási formában azok a tartósan akadályozott személyek foglalkoztathatók, akik:
Folyamatos munkavégzésre, kiegyensúlyozott teljesítményre képesek; rehabilitáltak; adott munkahelyen, esetleg számukra kialakított munkakörnyezetben, munkafeltételek mellett teljes értékű munkát tudnak végezni.
- Félig védett foglalkoztató (integrált foglalkoztatásra felkészítő köztes munkaerőpiac) jellemzői:
 - A foglalkoztatottak átlagos állományi létszámának min. 50%-a – ideiglenesen vagy véglegesen – nem képes nyílt munkaerőpiacon való munkavégzésre.
 - Van teljesítményelvárás.
 - A kieső teljesítményt kompenzálják.
 - A cég teljesítményhátrány-kompenzálással versenyképes.
 - A munkahely működésének elismert fix költségei vannak.
 - Foglalkoztatási rehabilitációs tevékenységet biztosít.
 - Szükség esetén rugalmas foglalkoztatást biztosít.
 - A foglalkoztatás munkaviszonyban történik.
 - A fogyatékosággal élő munkavállalók foglalkoztatásával kapcsolatos vállalati politika be kell hogy kerüljön a vállalat belső szabályozásába.

- Deklarált cél az arra alkalmas (alkalmassá tehető) dolgozó kivezetése a nyílt munkaerő-piacra.
 - = Az ebben a formában foglalkoztatható munkavállaló jellemzői:
 - Folyamatos munkára – átmenetileg vagy véglegesen – csak speciális (könnyített) feltételekkel, segítő szolgáltatással képes, tartósan megváltozott munkaképességű munkaerő.
- Védett foglalkoztatók jellemzői:
 - Nem piaci, nonprofit.
 - Szociális gazdaság típusú tevékenységeket végez.
 - Rugalmas tevékenységszervezés.
 - Létrehozója rendszerint az állam. Lehet civil is, de végeredményben állami finanszírozású.
 - A közhasznú és a kiemelten közhasznú szervezetek tartoznak ide.
 - Deklarált cél az arra alkalmas (alkalmassá tehető) dolgozó kivezetése a félig védett munkaerőpiacra.
 - = Az e formában foglalkoztatható személyek jellemzői:
 - Súlyos fogyatékkal élő személyek, akik átmenetileg vagy véglegesen csak rész-munkaidős foglalkoztatásra, jelentős erőfeszítéssel is az átlagnál alacsonyabb teljesítményre képesek és munkavégzésükhöz folyamatos segítségre van szükségük.
 - = A védett foglalkoztatás formái a fejlett országokban:
 - vállalaton belüli védett foglalkoztatás,
 - védett műhelyek,
 - enklávék (zárványok),
 - munkacsoport,
 - pénzzel támogatott egyéni munkatréning (on-the-job training),
 - szelektív munkábaállítás,
 - szociális foglalkoztatás,
 - prioritásos foglalkoztatás,
 - foglalt üzlet-lehetőségek,
 - termékmonopólium, monopolizált üzlet,
 - pénzzel támogatott vállalkozások, vállalatrendszerek,
 - vidéki, falusi-agrár rehabilitációs séma.

Vállalaton belüli védett foglalkoztatás. Számos változata van: pufferfoglalkoztatás (amíg például a vállalatnál balesetet szenvedett dolgozót átképezik, illetve munkahelyet adaptálnak számára), időleges foglalkoztatás akár csökkentett munkaidőben is (például gyógyulófélben lévő alkalmazottak számára), hosszú távú foglalkoztatás azok számára, akikről bebizonyosodott, hogy nem képesek a nyílt foglalkoztatás követelményeinek megfelelni.

Védett műhelyek. A legalacsonyabb gazdasági eredményt produkáló gazdasági egységek voltak, amelyeket aztán átszerveztek és a 90-es években a legfeljettebb országok védett műhelyeiben a régóta újabb technológiákkal váltották fel és profi menedzserek léptek a régi amatőrök helyébe.

Enklávék (zárványok). Erősen csökkent munkaképességű dolgozók (például intellektuális fogyatékkal, epilepsziával élők) védetten, speciális felügyelet mellett, de szokásos munkahelyen, annak testébe zárványként ágyazódva dolgoznak. (például parkban kertet ásnak, fát metszenek, de ipari és agrár környezetben is jól működik).

Munkacsoport. Nem individuális, hanem csapatot, kooperációt igénylő munkákra használják, ahol a csapat közös erejét mozgósítják. Pozitív hatása, hogy a legkevésbé produktív, gyenge munkamotiváltságú dolgozók is stimulálhatók és jó eredményeket tudnak elérni.

Szociális foglalkoztatás. A kormány valamilyen közérdekű cél érdekében nagyobb létszámú, fogyatékkal élő embercsoportot foglalkoztat.

Prioritásos foglalkoztatás. Egy-egy konkrét munkakör betöltésénél előnyt élveznek a fogyatékkal élő munkavállalók (például látásfogyatékkal élő emberek telefonkezelői munkakörben történő foglalkoztatása).

Foglalt üzletlehetőségek. Az önfoglalkoztatásnak a szociálpolitika, a munkaerő-piaci politika és a tb. által támogatott válfaja, amelyben „megpántlikázott” üzletlehetőséget tartanak fenn fogyatékkal élő vállalkozók számára.

Termékmonopólium, monopolizált üzlet. A tartósan megváltozott munkaképességű munkavállalók (ilyenek például a lengyelországi rokkantszövetkezetek) által gyártott termékek mások által történő előállításának tilalma.

Pénzzel támogatott vállalkozások, vállalatrendszerek. Nonprofit tevékenység súlyosan sérült emberek munkalehetőségének biztosítására. Ilyen például az 1975-ben Nagy-Britanniában alapított REMPLOY Ltd.

Vidéki, falusi, agrár rehabilitációs séma. A helyi, vidéki, de főként családi, familiáris közösségekre épülő termelési forma. A fogyatékossgal élő ember a család részeként szervesen illeszkedik a munkamegosztásba.

B) A MUNKÁLTATÓK FELADATAI A TARTÓSAN AKADÁLYOZOTT MUNKAVÁLLALÓK EREDMÉNYES FOGLALKOZTATÁSA ÉRDEKÉBEN

Mai állapot:

Speciális feladatokat is el kell látniuk azoknak a munkáltatóknak, akik, amelyek nagy számban foglalkoztatnak tartósan akadályozott dolgozót, és ezért állami támogatásban részesülnek. A feladatok mennyisége és formái a foglalkoztatott célcsoport állapotának súlyosságától, megmaradt munkaképességük mértékétől és teljesítőképességüktől függően igen eltérő lehet. Jelenleg ezek a feladatok nincsenek pontosan rögzítve és nincs kapcsolat az elvégzendő feladatok nagysága, illetve az állami támogatás mértéke között.

Indító gondolatok:

- A foglalkoztatást vállaló vagy vállalni kész munkáltatót folyamatosan segíteni kell a fogyatékossgal kezelésére irányuló munkahelyi stratégia kialakítása és megvalósítása érdekében. A stratégiának az alábbi kérdéseket kell tartalmaznia:
 - Kommunikáció és tudatformálás (a befogadó dolgozók számára).
 - A felvételi eljárás speciális elemei.
 - Karrierépítés.
 - Képzések, fejlesztések.
 - A munkában tartás feladatai.
 - A teljes körű hozzáférés.
 - Átalakítások.

C) TÁMOGATHATÓ TEVÉKENYSÉGEK A KÜLÖNFÉLE FOGLALKOZTATÓKNÁL

Mai állapot:

Jelenleg nincsenek támogatható tevékenységek megnevezve, csak a foglalkoztatás tényét honorálja az állam. Az Európai Unióban részletesen meg van határozva, hogy a munkáltató milyen címen (például munkahely kialakítása, munkaeszköz adaptálása, munkahely megőrzése stb.) jogosult állami támogatásra, tartósan megváltozott munkaképességű dolgozó foglalkoztatása esetén. Az új típusú foglalkoztatási formák kialakításával egyidőben meg kell határozni azokat a tevékenységeket, amelyek a célcsoport foglalkoztatását segítik elő, s ezért állami támogatásra jogosítanak.

Indító gondolatok:

- Nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatók (integrált foglalkoztatás) esetén támogathatók például:
 - bértámogatás,
 - munkakörnyezet kialakítása, hozzáférhetővé tétele,
 - munkaeszközök átalakítása,
 - beilleszkedéshez szükséges költségek,
 - a fenntartáshoz nem kap támogatást,
 - a munkakörnyezet felújítása esetében az állam csak a többletköltségeket fizeti (azzal az összeggel, amennyivel a megváltozott munkaképességű személy munkakörnyezetének felújítása többbe kerül, mint egy szokásos munkakörnyezet felújításának költsége),
 - átmeneti támogatás a munkakör megőrzéséhez (a rehabilitáció időszakára),
 - a kvótateljesítés arányában differenciált foglalkozásihozzájárulás-fizetési kötelezettség.

- Félig védett foglalkoztató (integrált foglalkoztatásra felkészítő köztes munkaerőpiac) esetén támogatható például:
 - Igénybe veheti mindazokat a támogatási eszközöket, amikkel tartósan, eredményesen, képességeinek és egészségi állapotának megfelelően foglalkoztatható a megváltozott munkaképességű személy.
 - Minden támogatási eszközt alkalmazhat. Ezeket az igénylés oldaláról a következők szerint különböztethetjük meg:
 - Az egyén béréhez kötött támogatás (a kieső hányad mértékéig terjedhet).
 - Benyújtott terv alapján minden foglalkozási rehabilitációs tevékenység elvégzésére, feltevéseinek megteremtéséhez. Az elbírálás nem egyedileg történik, hanem normatívák alapján. (Ezeket meg kell határozni.)
- Védett foglalkoztatók esetén támogatható például:
 - Normatív költségtérítés: egy főre, egy napra adott összeg (fenntartás, munkabér, fejlesztés, működtetés, a menedzsment költségét is beleértve).
 - Az alapintézmény működésével kapcsolatos költségtypusok (e költségek kigyűjtése szükséges, paraméterezés, képlet alapján).
 - Szolgáltatások, eszközök finanszírozása.
 - A fejlesztést külön finanszírozzák, ez csak terv alapján történhet.
 - Foglalkoztatóhely létrehozására forrást kell biztosítani. (Például OFA-ból, központi költségvetésből, társadalombiztosításból.)

D) A KÜLÖNFÉLE FOGLALKOZTATÓK LEHETSÉGES REHABILITÁCIÓS FELADATAI

Mai állapot:

Ma hivatalosan nincs rehabilitációs kötelezettségük a tartósan megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatását vállaló munkáltatóknak, a megvalósuló foglalkoztatást ismerik el az állami támogatás ellenértékeként. Az európai uniós szabályozás korlátai miatt a célszervezetek bértámogatása ki kell, hogy egészüljön olyan szolgáltatások finanszírozásával is, amelyek a tartósan megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci integrációját szolgálják és részt vállalnak az állam rehabilitációs kötelezettségéből.

Indító gondolatok:

- Nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatók (integrált foglalkoztatás) esetén:
 - Saját dolgozó továbbfoglalkoztatási kötelezettsége, ha az
 - = munkahely, munkaeszköz, munkakörülmények átalakításával biztosítható,
 - = a dolgozó belátható időn belül (?) vissza tud térni eredeti munkakörébe,
 - = a dolgozó megfelelő rehabilitáció után alkalmas piaci feltételek közötti munkavégzésre.
 - Rehabilitált dolgozó foglalkoztatása esetén:
 - = nem foglalkoztatható a dolgozó az egészségi állapotát rontó munkakörben,
 - = a többségi foglalkoztatottal egyenlő esélyeket kell biztosítani a rehabilitált dolgozó számára (bérezés, előmenetel, szociális juttatás stb. terén),
- Félig védett foglalkoztató (integrált foglalkoztatásra felkészítő köztes munkaerőpiac) esetén:
 - Munkavégző képességet fejleszt.
 - Gyakorlati képzést bonyolít.
 - Munkatapasztalat-szerzést biztosít (tranzit célú).
 - Munkahelyet, munkakörnyezetet, munkafeltételeket adaptál az egyén adottságaihoz.
 - Rehabilitációs munkahelyet hoz létre.
 - Integrált foglalkoztatást elősegít.
- Védett foglalkoztató esetén:
 - Munkavégző képességet fejleszt.
 - Munkahelyet, munkakörnyezetet, munkafeltételeket adaptál az egyén adottságaihoz.
 - Rehabilitációs munkahelyet hoz létre.
 - Félig védett foglalkoztatást segít elő.
 - Állapotot szinten tartó szolgáltatást kínál.

E) MINŐSÉGI KÖVETELMÉNYEK A FOGLALKOZTATÓ SZERVEZETEKEL SZEMBEN

Mai állapot:

Indító gondolatok:

Tisztázandó kérdések:

- A védett szervezetnek az alacsonyabb teljesítményt toleráló funkcióján kívül legyen-e a nyílt munkaerőpiacon általános (nem csak a megváltozott munkaképességű emberekkel szemben megnyilvánuló) kereslethiányt pótló szerepe is? Azaz mi történjen abban az esetben, ha a védett szervezetből kizárólag munkahely hiánya miatt nem tud továbblépni az illető?

Javaslat: A védett foglalkoztatás csak a speciális munkafeltételek biztosításáról és az alacsonyabb teljesítmény elfogadásáról szóljon, esetleg a félig védett forma (amelynek fő feladata a nyílt foglalkoztatásra való felkészíté, kaphat tartós foglalkoztatási jogosítványt azokban az esetekben, amikor a nyílt foglalkoztatásra felkészített és arra kész személy a munkaerő-piaci állapotok miatt nem tud elhelyezkedni. De a szabályozás során vigyázni kell arra, hogy ezek a szervezetek ne legyenek érdekeltek az érintettek indokolatlan megtartásában.

A munka során figyelembe veendő információk, javaslatok:

- A b) pont kidolgozásához támaszkodni kell az ILO (Nemzetközi Munkaügyi Szervezet) A fogyatékossgal kapcsolatos munkahelyi gyakorlat című kiadványára. A kiadvány célja, hogy gyakorlati útmutatást adjon a fogyatékossgal kapcsolatos kérdések munkahelyi kezeléséhez:
 - annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő embereknek egyenlő esélyeik legyenek a munkahelyen,
 - annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő emberek munkavállalási lehetőségei bővüljenek a toborzás, a munkába való visszatérés, és előrelépési lehetőségek megkönnyítésével,
 - a munkahelyek biztonságossá és egészségessé tétele érdekében,
 - a munkaadók fogyatékossgal élő alkalmazottakkal kapcsolatos költségeinek – köztük az egészségügyi és biztosítási költségeknek – a minimalizálása érdekében,
 - annak érdekében, hogy a fogyatékos munkavállalók maximálisan hozzá tudjanak járulni a vállalat teljesítményéhez.
- A szakmai minőségi követelményeket nem csak a célszervezetek, a szociális foglalkoztatók esetében szükséges megteremteni, hanem az alapítványok, a nonprofit szervezetek esetében is. (Győri Szociális Foglalkoztató)
- A bentlakásos intézményekben történő foglalkoztatást felül kell vizsgálni a következők miatt:
 - meg kell szüntetni a kettős támogatást (állami támogatás az intézménynek, ugyanakkor van a célszervezeti normatív támogatás),
 - munkaviszonyban történő foglalkoztatás: ezen intézmények jó része ma is ideiglenes működési engedéllyel létezik, ha a működéshez szükséges feltételek sem biztosítottak, akkor hogy felelhetnek meg a munkaviszonyban történő foglalkoztatás feltételeinek (például tárgyi feltételek: munkavédelmi és tűzvédelmi szabályoknak való megfelelés, a munkavégzéshez szükséges telephely-engedély stb. – személyi feltételek: aki jó gondozó, az nem biztos, hogy megfelelően tudja a munkát irányítani),
 - a kettős finanszírozás előnyt jelent a célszervezeteknek és torzítja a piaci versenyt (például ilyen intézmények olcsóbban tudnak munkát vállalni, még egy Bp-ről vidékre történő oda-vissza szállítás költségével együtt is, mint aki helyben végzi a munkát). (Győri Szociális Foglalkoztató)
- Csak olyan elvárásokat szabad a célszervezetekkel és a szociális foglalkoztatókkal szemben – rehabilitációs tevékenységgel kapcsolatban – megfogalmazni és elvárni, amik megvalósulnak a nyílt munkaerőpiacon is. (Győri Szociális Foglalkoztató)

4. MUNKACSOPORT

Foglalkoztatást elősegítő érdekeltségi és minőségirányítási rendszerek kialakítása (állami támogatások újraszabályozása)¹⁹

Feladatok:

- a) Állami támogatások és kedvezmények formái a foglalkoztatás bővítése érdekében.
- b) Személyfüggő, illetve szervezetfüggő támogatások formái és sajátosságai.
- c) Összhang megteremtése az ellátórendszerek és a foglalkoztatás különböző formái között.
- d) A támogatási rendszer állami működtetésének feltételei, szervezetfejlesztési feladatok.
- e) A minősítési (akkreditációs) eljárási rendszer működtetése.
- f) A támogatott szervezetekkel/vállalkozásokkal szemben támasztott minőségi elvárások ellenőrzésének szervezeti és finanszírozási feltételei.

A) ÁLLAMI TÁMOGATÁSOK ÉS KEDVEZMÉNYEK FORMÁI A FOGLALKOZTATÁS BŐVÍTÉSE ÉRDEKÉBEN

Mai állapot:

Indító gondolatok:

- A támogatási rendszer szempontjából csak eredményérdekeltségű foglalkoztatási formákról lehet szó. Akiktől értékelhető teljesítmény nem várható el, illetve akiknek a foglalkoztatása csupán terápiás célokat szolgál, azok a személyek nem lehetnek ennek a támogatási rendszernek az alanyai, ők a szociális, illetve az egészségügyi ellátórendszer keretében juthatnak támogatáshoz.
- Az állami támogatások újraszabályozásának ki kell terjednie a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását segítő támogatási formák továbbfejlesztésére, és a foglalkoztatáspolitikai célokhoz igazodó intézményrendszer kialakítására, a foglalkoztató gazdálkodó szervezetek, szociális foglalkoztatók és nonprofit szervezetek támogatásfogadási képességének elősegítésére.
- Minden munkaadóra vonatkozóan meg kell határozni a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával összefüggő kötelezettségek, támogatások és szankciók rendszerét.
- A támogatásoknak kettős funkciót kell ellátniuk. Egyfelől hozzá kell járulniuk a tartósan akadályozott személyek foglalkoztathatóságának javításához, másfelől a tartós foglalkoztatás támogatásával elő kell segíteniük a megmaradt képességek minél teljesebb hasznosulását.
- Az új támogatási rendszernek nem csupán a foglalkoztatást kell szolgálnia, hanem a foglalkoztathatóság szintjének javítását, a munkába állást, illetve az azt megelőző, közvetlen előkészítő tevékenységet, a munkahelyteremtést, a munkatapasztalat-szerzést, a munkahelyek átalakítását, a munkaeszközök fejlesztését is. Elő kell segíteniük továbbá a tartós foglalkoztatási körülmények megteremtését, a munkahely megtartását (a munkaviszony alatti egészségi állapot-romlás esetén is), a képzettségnek megfelelő foglalkoztatás lehetőségét, a munkahely elérését (a munkabajárást).
- A munkáltatót érdekeltté kell tenni – a támogatás időtartamának meghatározásával, szükség esetén korlátozásával – abban, hogy ne foglalkoztasson tartósan olyan személyt, aki továbblépésre kész (alkalmassá tehető) integrált munkahelyre. A munkavállaló számára pedig biztosítani kell a szervezeten belüli fejlődés lehetőségét, az ehhez szükséges motivációt.

Példák a kedvezményekre:

- A tartósan akadályozott emberek foglalkoztatásához szükséges megfelelő számú munkahely a fejlett országokban is komoly problémát jelent. Ezért a kormányok évtizedek óta – folyamatosan aktualizált – ösztönző, szankcionáló eszközrendszerrel igyekeznek a munkáltatókat bevonni a rehabilitációs feladatokba. A rehabilitált dolgozók foglalkoztatására elsősorban

¹⁹ Ehhez szűkebb körű, elsősorban államigazgatási területekről delegált munkacsoport működtetése szükséges.

pénzügyi kedvezményekkel, zömmel gazdasági úton, ritkábban adminisztratív, hivatali eljárásokkal szorítják rá a vállalatokat.

- Különböző mértékű foglalkoztatási kötelezettséget (kvótát) rónak a munkáltatókra, aminek elmulasztása esetén jelentős hozzájárulás (kiegyenlítési adó) fizetésére kötelezik a nem teljesítő cégeket. Az így befolyt összegekből támogatják a megváltozott munkaképességűek védett foglalkoztatását, az integrációt segítő hálózatok kiépítését.
- A kvóta teljesítésével arányos kiegyenlítési adó meghatározása – Németországban például 1997-ben módosították az 1986-os törvényt, amelyben többek között a kiegyenlítési adó hatékonyságának növelése és a munkaadók erőfeszítésének jobb elismerése érdekében differenciálttá tették a befizetéseket. (a kvótát 6%-ról 5%-ra csökkentették, de 2003-tól megint visszaemelik)
 - = ha a súlyosan akadályozott foglalkoztatottak aránya 3-5%, akkor az adó havi 200 DM
 - = ha az arány 2-3%, az adó 350 DM,
 - = ha az arány 0-2%, az adó 500 DM.
- Pénzügyi segítség és ösztönzés
 - = a szakképzésre (szinte minden ország külön támogatásokat biztosít a tartósan akadályozottak képzését vállaló intézmények, alapítványok, egyesületek számára),
 - = a munkahelyek kialakítására és átalakítására (az Európai Unió minden tagországa),
 - = építészeti akadályok eltávolítására (az Európai Unió minden tagországa),
 - = bérekre és bérköltségekre (minden ország),
 - = önálló egzisztencia megalapozására,
 - = elbocsátás elleni védelem (például Ausztria, Hollandia, Olaszország, Nagy-Britannia,
 - = újraalkalmazás segítése (különösen annál a munkáltatónál, ahol a baleset, a betegség bekövetkezett),
 - = határozatlan idejű munkaszerződés támogatása (Németország),
 - = támogatás a szakmai rehabilitáció magánereőből történő berendezéséhez (Portugália),
 - = a betanulás időtartamára támogatást kap a munkáltató, hogy a teljesítménynek megfelelő bért tudjon fizetni (Portugália),
 - = több országban van lehetőség a tb-terhek csökkentésére (például Portugália, Spanyolország),
 - = támogatott próbafoglalkoztatás, pótszabadság (Németország).

B) SZEMÉLYFÜGGŐ, ILLETVE SZERVEZETFÜGGŐ TÁMOGATÁSOK FORMÁI ÉS SAJÁTOSSÁGAI

Mai állapot:

Indító gondolatok:

- Az új rendszerben – a jelenleg hatályos együttes rendeletben szabályozott dotációtól eltérően – a támogatások két alapvető formáját kell megkülönböztetni.
 - Továbbra is adható rendszeres, normatív jellegű bértámogatás, amely konkrét foglalkoztatott személy béréhez köthetően egyszerűen azonosítható és nyomon követhető. Ennek célja a munkaképesség-változás miatt kieső teljesítmény kompenzálása a munkáltató számára. Egyedüli felhasználási módja a bér és járulékainak kifizetése. Nem általában a minimálbér a bértámogatás vetítési alapja, a szakmai átlagbérekhez viszonyítva, különböző sávós bérkategóriákat kell megállapítani, a dolgozó munkaköre, a munkakör betöltéséhez szükséges képesítés, az iskolai végzettség alapján. A támogatás mértékét az Európai Unió vonatkozó jogszabálya alapján kell megállapítani: a támogatási mérték felső határát a támogatási intenzitás határozza meg²⁰.

²⁰ Támogatási intenzitás: „bruttó támogatásintenzitás: a vonatkozó költségek százalékában kifejezett támogatási összeg. Minden számadatot a közvetlen adók levonása előtt kell figyelembe venni. Ha a támogatást nem szubvenció formájában ítélik oda, a támogatási összeg a támogatás folyósítási egyenértéke lesz. A több részletben kifizetendő támogatást a nyújtás pillanatában érvényes értékére diszkontálják. A diszkontálás céljára és a kedvező hitelek támogatási összegének kiszámítására használt kamatláb a támogatás nyújtásának időpontjában érvényes referencia-kamatláb; nettó támogatásintenzitás: a vonatkozó költségek százalékában kifejezett adó levonása utáni diszkontált támogatási összeg” 2204/2002. EK-rendelet; 2. cikk.

- A bértámogatás mellett lehetőség van bizonyos működési és fejlesztési célú költségek finanszírozására is. Itt elsősorban a foglalkoztathatóságot segítő rehabilitációs tevékenységek költségeiről, valamint a foglalkoztatás megvalósításához szükséges speciális feltételek biztosításának költségeiről lehet szó. Ezek a támogatások előre tervezve – pályázati formában – adhatóak, előfinanszírozással, meghatározott (például havi) ütemezésben, legfeljebb a ráfordítás szintjéig.
- A jelenlegi támogatások kedvezményezettjei a kijelölt célszervezetek, a szociális foglalkoztatók, valamint a dotációban részesülő gazdálkodó szervezetek szűk köre. Az állami dotáció révén az élőmunka-igényes tevékenységet végző kisvállalkozói formából való kiemelkedés egyik útja volt a megváltozott munkaképességű személyek vállalaton belüli arányának növelése és célszervezetté történő kijelölése, ami gyakran a cégek likviditási gondjait is enyhíti. A szociális foglalkoztatók, egyéb gazdálkodó szervezetek és célszervezetek dotációja közötti eltérés is ösztönzőleg hatott erre a folyamatra. A dotáción kívül elérhető egyéb támogatás, adókedvezmény nem volt képes ezt a tendenciát ellensúlyozni.
A jövőben a támogatásban részesíthető szervezetek körét ki kell bővíteni, feladatorientáltan kell meghatározni. A differenciálás alapja nem a szervezeti forma, hanem a foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek aktivizálható munkaképességének mértéke, a foglalkoztatás jellemzői, illetve a munkára való felkészítés érdekében, valamint a tényleges foglalkoztatás során felhasznált erőforrások lehetnek.
- Az Európai Unió tagállamaiban általában mindkét támogatási formát alkalmazzák. A személyre szóló jövedelemtámogatás többféle lehet. Így például:
 - Biztosítási alapú, a korábbi munkabérhez kötött juttatás, ami függ a képességváltozás mértékétől,
 - a szociális minimum szintjéig terjedő juttatás a munkaképes kor előtt rokkanttá vált személyek számára,
 - kiegészítő bértámogatás munkavállalás esetén: bér + kiegészítés = a rokkantság előtti bér,
 - kiegészítő bértámogatás, ha nem tud elhelyezkedni: rész-munkánélküli segély + kiegészítő juttatás = az elvesztett jövedelem 70%-a.
 - Reintegrációs program esetén munkaadók ösztönzései például:
 - = bértámogatások (a támogatás mértéke sehol sem haladja meg a 100%-ot, védett szervezet esetében sem, Magyarországon 2002-ben a célszervezetek számára kifizetett dotáció fele 225%-os volt,
 - = munkahely-megtartó támogatás,
 - = teljesítmény-kiegészítő támogatás,
 - = táppénz átvállalása (van olyan ország, ahol 12 hónapig a vállalat fizeti a táppénzt),
 - = differenciált foglalkoztatási támogatás (ha egy dolgozó rokkantsági juttatásra lesz jogosult, a vállalat magasabb hozzájárulást fizet; ha a kötelező foglalkoztatási szint fölött foglalkoztat, alacsonyabb járulékfizetési kulcs alapján fizet,
 - = próbaidő esetén a munkaadó nem fizet bért, a munkavállaló munkánélküli segélyben részesül,
 - = támogatás a költségvetési szférában történő foglalkoztatáshoz.
 - Reintegrációs program esetén munkavállalók ösztönzései például
 - = általános és szakmai tréningeken, oktatásban, tanácsadáson való részvétel,
 - = munkahelyre utazás megszervezése,
 - = képzettségénél alacsonyabb bérezésű munkát kap, kiegészítő bértámogatást kaphat,
 - = ugyanez érvényes az önfoglalkoztatás esetén is,
 - = hitel a vállalkozás beindításához.

C) ÖSSZHANG MEGTEREMTÉSE AZ ELLÁTÓRENDSZEREK ÉS A FOGLALKOZTATÁS KÜLÖNBÖZŐ FORMÁI KÖZÖTT

Mai állapot:

Indító gondolatok:

- Szociális keretek között megvalósuló foglalkoztatási forma (például terápiás, fejlesztőfelkészítő stb.) jellemzői:
 - közösségi, speciálisan védett,
 - nem piaci, nonprofit,
 - nincs munkabér, ehelyett munkajuttalom jellegű juttatást kapnak, ez teljesítménytől független honorárium,
 - rugalmas tevékenységszervezés
 - szociális normatíva, a költségeket kell finanszírozni,
 - létrehozója rendszerint az állam. Lehet civil is, de végeredményben állami finanszírozású,
 - a közhasznú és a kiemelten közhasznú szervezetek tartoznak ide,
 - a továbblépés nem követelmény, de támogatható a védett szervezetbe történő kivezetés,
- = Ebben a formában foglalkoztatható fogyatékos személyek jellemzői:
 - Súlyosan fogyatékos személyek, akik állapota végleges és nem fejleszthető.
 - Töredék egyéni munkateljesítményük közgazdaságilag nem értelmezhető.
- = E foglalkoztatási forma rehabilitációs kötelezettségei:
 - Nagymértékben megváltozott munkaképességű, nem fejleszthető személyek számára hasznos tevékenység végzését biztosítja.
 - Állapotot szinten tartó rehabilitációs szolgáltatást biztosít.
 - Foglalkoztatóhelyeket hoz létre.
- = E foglalkoztatási forma támogatási lehetőségei:
 - Normatív költségtérítés: egy főre, egy napra adott összeg (fenntartás, foglalkoztatási juttalom, működtetés, a menedzsment költségét is beleértve).
 - A foglalkoztatási juttalom mértékénél figyelembe kell venni az egyéb juttatásokat, a minimálbért. Mértéke nem haladhatja meg a védett munkahelyeken dolgozók juttatását.
 - Az alapintézmény működésével kapcsolatos költségtípusok (e költségek kigyűjtése szükséges, paraméterezés, képlet alapján).
 - Szolgáltatások, eszközök finanszírozása.
 - Foglalkoztatóhely létrehozására forrást kell biztosítani. (Például OFA-ból, központi költségvetésből, társadalombiztosításból.)

D) A TÁMOGATÁSI RENDSZER ÁLLAMI MŰKÖDTETÉSÉNEK FELTÉTELEI, SZERVEZETFEJLESZTÉSI FELADATOK

Mai állapot:

Indító gondolatok:

E) A MINŐSÍTÉSI (AKKREDITÁCIÓS) ELJÁRÁSI RENDSZER MŰKÖDTETÉSE

Mai állapot:

Indító gondolatok:

F) A TÁMOGATOTT SZERVEZETEKEL, VÁLLALKOZÁSOKKAL SZEMBEN TÁMASZTOTT MINŐSÉGI ELVÁRÁSOK ELLENŐRZÉSÉNEK SZERVEZETI ÉS FINANSZÍROZÁSI FELTÉTELEI

Mai állapot:

Indító gondolatok:

- Ki kell alakítani a foglalkozási rehabilitációban részt vevő nyílt munkaerő-piaci vállalkozások, védett szervezetek, szolgáltatók minőségirányítási tanúsítását, szakmai, módszertani irányítását és finanszírozási rendszerének működtetését, ellenőrzését végző intézményi struktúrát, szervezeti kereteket. A támogatott vállalkozások, szervezetek számára olyan nyilvántartási követelményeket kell kialakítani, amelyek alkalmasak a folyamatos nyomon követésre, ellenőrzésre, annak vizsgálatára, hogy a kedvezményezettek hogyan, milyen hatékonyan használták fel a támogatásokat, az megfelelt-e a hatályos európai jogszabályoknak. Biztosítani kell a jogorvoslati lehetőségeket is.
- A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását elősegítő támogatást csak minőségirányítási tanúsítvánnyal rendelkező szervezet igényelhet. A tanúsítvány kiadása térítésmentes, pályázati úton támogató a tanúsításra való felkészülés.
- A szervezetek minőségirányítási tanúsítás során vizsgálandó eljárások, például:
 - Szervezet irányítás, személyi feltételek,
 - Folyamatok szabályozása,
 - Üzleti tervezés,
 - Pénzügyi tervezés, kontrolling,
 - Gazdálkodás,
 - A munkahely adaptációja, átalakítása,
 - Munkakör-elemzés, részletes kompetencialisták,
 - Munka-egészségügyi szolgáltatások,
 - Foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások,
 - A munkába történő visszalépés lehetőségének biztosítása,
 - Munkavállalói érdekképviselő,
 - Munkafeltételek,
 - Munkahelyi környezet,
 - Munkahely,
 - Személyi munkahely,
 - Egyéni szakmai fejlődés, egyéni rehabilitációs terv,
 - Panaszkezelés, a munkavállalói elégedettség mérése.
- A minőségirányítási tanúsítást, módszertani fejlesztést, finanszírozást és ellenőrzést irányító szervezet(ek) hatósági munkát is végez(nek). A tanúsítási és módszertani tevékenység mellett el kell végezni a támogatások folyósításának és az ellenőrzés koordinálásának feladatát is.

Tisztázandó kérdések:

- Állást kell foglalni a kettős finanszírozás kérdésében is. Az öregségi nyugdíjasnak is joga van nyugdíja megtartása mellett munkát vállalni. A rendszeres szociális járadék olyan alacsony, hogy abból nem lehet megélni.
- Állást kell foglalni az előnyök biztosítása kérdéskörben. Például közbeszerzésnél, vagy védett foglalkoztatásból származó termékek értékesítésénél (termékek megjelölése); állami, önkormányzati megrendeléseket csak vagy elsősorban megváltozott munkaképességű és fogyatékossgal élő munkavállalókat foglalkoztató szervezetek végezhessenek stb.
- A nyílt munkaerőpiacon működő munkáltatók érdekeltységét milyen eszközökkel lehetne fokozni (például ki kell mondani, hogy versenyfeltételek között csak arra alkalmassá tett, magas szinten rehabilitált embert kell foglalkoztatni, de ehhez is kaphat támogatást.) Emellett persze létrehozhat védett, félig védett munkahelyeket (magasabb támogatással). Mindkettő beszámítható a kvótába. Vagy például a versenyfeltételek között foglalkoztatott tartósan károsodott embert a kvótába 2x-es vagy 3x-os szorzóval lehetne beszámítani.

A 4. csoport munkája során figyelembe veendő információk, javaslatok:

- A változtatások előtt mindenképpen szükséges egy olyan részletes vizsgálat, amely felméri az új szabályozásban rejlő ösztönzési elemeket, illetve a jelenlegi szabályozás által kedvezményezettek helyzetének változását is. (PM)
- A célszervezeteknek felhasználási megkötés nélkül adott (báralapú) támogatások mértékének jelentős csökkentése szükséges. (PM)
- A szabályozás esetleges változása miatt potenciálisan jelentős hátrányt szenvedő gazdasági szervezetek és munkavállalók beazonosítása és részükre átmeneti kompenzációs program kidolgozása szükséges. (PM)
- Meg kellene fontolni a célszervezetekben biztosított állás és a rokkantsági járadék vagy nyugdíj adminisztrációjának összekapcsolását a kistérségek vagy települések szintjén, az előbbi nagyobb mértékű központi támogatásával. (Esetleg a tb-nyilvántartások vagy az EMMA segítségével?) (PM)
- Elő kellene írni a célszervezetek számára a foglalkozási rehabilitációt és azt, hogy a támogatással foglalkoztatottak évi 2–5%-át vezessék ki a nyílt munkaerőpiacra. (PM)
- Fontos lenne a nyílt munkaerőpiacon működő szervezetekben biztosított foglalkoztatás preferálása a védett szervezetekkel szemben. (PM)
- Indokolt annak biztosítása, hogy a munkapiacra való belépés ne jelentse a támogatások elvesztését, tehát a munkavállaló továbbra is részesülhessen résztámogatásban vagy munkavállalói bérkiegészítésben bizonyos felső jövedelemkorlát eléréséig.
- A rehabilitációs foglalkoztatásra és annak állami támogatási rendszerére vonatkozó előírásokat magasabb szintű jogszabályban, legalább kormányrendeletben kell meghatározni. (VSZOSZ)
- Az állami és az önkormányzati szervek számára erősebb kötelezettséget kellene meghatározni a tartósan károsodott emberek foglalkoztatásában (szociális foglalkoztatók).
- Az ESZCSM rövid és hosszú távú célkitűzései között szerepel a megváltozott munkaképességű emberek ellátórendszerének reformja, ami szorosan illeszkedik az FMM koncepcionális munkáihoz, ezért mindenképpen figyelembe kell venni a megváltozott munkaképességűek ellátórendszerei, valamint az orvosszakértői véleményezés korszerűsítésének feladatairól készített előterjesztést.
- Az ESZCSM a szociális rehabilitációs intézményeknél tervezi egy ún. foglalkozási rehabilitációs normatíva bevezetését. Ez is azt bizonyítja, hogy az ESZCSM-mel szoros együttműködés szükséges a koncepció kialakításához. Az elnevezés sem biztos, hogy szerencsés, lehet, hogy a fejlesztő, felkészítő normatíva lenne jobb.
- Az ESZCSM elengedhetetlennek tartja az átalakítási munkák előtt a Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvényben a megváltozott munkaképességű munkavállalók alkalmazására, foglalkoztatására és a szociális foglalkoztatásra vonatkozó szabályok módosítását, mivel csak ezek ismeretében alakítható ki hatékony együttműködés.
- Az ESZCSM véleménye szerint a támogatásban részesítendő szervezetek feladataiban, de az egész rehabilitációs folyamatban kiemelten meg kell jeleníteniük a szociális funkcióknak, mint támogató, háttér funkcióknak. A felkészítés, a készségfejlesztés, a képesség fejlesztése során a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási rehabilitálása és foglalkoztatása megvalósíthatatlan a szociális intézmények támogató háttéré nélkül.
- A rehabilitációs munkahely létrehozásához és fenntartásához még mindig aránytalanul alacsony összegű rehabilitációs foglalkoztatási hozzájárulás nem tölti be szankcionáló hatását. (VSZOSZ)
- A VSZOSZ egyetért a támogatásnak más szervezeti formákra való kiterjesztésével, hiszen most csak az alapítványok, a nonprofit és társadalmi szervezetek által létrehozott gazdálkodó szervek jogosultak rá. A kiterjesztés esetén viszont nem alkalmazható a dotáció maximumaként az árbevételi korlát és értelmetlen a nyereségkorlát is. Ezzel együtt felvetődik annak a szükségessége is, hogy a támogatást ki kellene terjeszteni a hivatalokra és az intézményekre, megfontolandó, hogy az egyéni vállalkozókat az adókedvezmény helyett (amit esetenként megfelelő eredmény hiányában nem tudnak igénybe venni) az általános támogatási formába kell bevonni.

- A szociális intézményekben elhelyezettek célszervezetnél munkaviszonyban való foglalkoztatását a jelenleg hatályos jogszabály ösztönzi és külön pótlékkal támogatja. Alapvető célja: olyan önálló jövedelemhez juttatni az intézményben lakókat, hogy ők az intézmény működésének finanszírozásához nettó jövedelmük 60%-ával hozzájárulhassanak. A nyugdíj vagy más támogatás 60%-a alig egészíti ki az intézményi normatívát. (VSZOSZ)
- A kizáró gondnokság alatt lévő cselekvőképtelen személyek foglalkoztatását a Munka Törvénykönyve nem tiltja, a foglalkoztatásuk körülménye, a hatályos jogszabályok értelmezése vitatott és nem lezárt. (VSZOSZ)
- Az EK-rendelet nem csak személyre szabott, hanem több személyre vonatkozó költségelszámolást is lehetővé tesz, s ezzel szervezeti szintre emeli a támogatást. Egyébként a magyarországi támogatási rendszerben 1996-ig személyre szóló elszámolást próbáltak megvalósítani, de az nem volt megfelelően alkalmazható, a gazdálkodókat indokolatlanul „manipulálásra” készítették. Ezért vezették be ezt követően a normatív támogatást. Vannak költségek, amelyek személyre nem bonthatók le, nem arányosíthatók és csak a vállalkozás szintjén mutathatók ki. (VSZOSZ)
- A VSZOSZ nem ért egyet azzal, hogy az egyes támogatások csak a minősített és kijelölt szervezetek számára legyenek elérhetőek. Azok a munkáltatók, akik, amelyek a kötelező foglalkoztatási szint felett foglalkoztatnak sérült személyt, továbbra is normatív módon juthassanak támogatáshoz anélkül, hogy a szervezet minősített lenne. A félig védett és a védett szektorban egyetértenek a minősítéssel.
- A VSZOSZ egyetért a támogatások összehangolásával, vagyis, hogy ugyanarra a formára például a dolgozó alkalmazására, munkába helyezésére támogatás csak a maximális intenzitásig legyen összeszámolható. A kumulációt egyébként az EK-rendelet is megengedi, de maximálja. Hazánkban az alkalmazott rendszerek mellett szükséges például a foglalkoztatási alapból, a területfejlesztési alapból, az EU-s alapokból stb. a dotáció mellett támogatásokat igénybe venni, ezért annak kumulálását is biztosítani kell, különösen a tökeszegény vállalkozásoknál.
- A VSZOSZ is támogatja, hogy a 20 személynél kevesebbet foglalkoztató kisvállalkozások és az alapítványok, az egyesületek, sőt az állami és az önkormányzati szervezetek, intézmények, az egyéni vállalkozók is legyenek jogosultak a dotáció igénylésére. Ezt egyrészt indokolja, hogy jelentős létszám foglalkoztatását vállalhatnák, másrészt a nyereség 6%-os korlátja miatt a célszervezetek is majdnem nonprofit szervezetként működnek. Természetesen a támogatásra jogosultak kiterjesztése esetén a dotáció árbevételi korlátja, illetve a nyereségkorlát nem értelmezhető.
- A VSZOSZ a normatív jellegű bértámogatás vetítési alapjául nem tartja megfelelőnek a szakmai átlagbérekhez viszonyított különböző sávok bérkategóriák megállapítását azért sem, mert sok cég több TEÁOR-szám szerinti tevékenységet végez. Nagyobb létszámú vállalkozások esetén ez az elszámolási rendszer túlzott adminisztrációhoz vezet és nem megfelelően kivitelezhető, eredményessége nem lenne arányban a ráfordított munkával, sőt lehet, hogy a havonkénti bérkifizetés napjára e számítási módszerrel e feladat el sem végezhető.
- A VSZOSZ nem ért egyet azzal, hogy bizonyos működési és fejlesztési költségek finanszírozása csak pályázattal legyen igényelhető. Ez több vállalkozásnál nem tenné lehetővé a bruttó bérintenzitás maximumának igénybevételét és működését tekintve bonyolult, adminisztrációja igényes, az elérhető eredménnyel aránytalan.
- A támogatási feltételeket elsősorban nem az európai uniós jogszabályoknak, hanem saját nemzeti szabályainknak kell megfelelővé tenni. A rehabilitációs foglalkoztatás a magyarországi viszonyok között nagyon sok szociális elemet tartalmaz, s ez rövid távon nem változtatható meg. A szociális ellátás rendszerébe tartozó jogszabályok kötelező harmonizációjára sem előírás, sem elvárás nincs az EU részéről. Ezért megfontolandó, hogy egyáltalán szükséges-e a tervezett mértékű jogharmonizáció. (VSZOSZ)
- A támogatásokban célszerű bizonyos ösztönző elemek érvényesítése egyes kívánatos célok elérése érdekében (például képzettségnek megfelelő foglalkoztatás, munkában való megtartás, nyílt munkaerőpiaci szervezetbe kerülés, határozatlan idejű munkaszerződés stb.).

5. MUNKACSOPORT

A változásmenedzselés személyi és pénzügyi feltételeinek kialakítása (meglévő intézmények és szervezetek átalakulásának segítése)

Feladatok:

- a) Az átalakulással együtt járó legfontosabb veszélyforrások tisztázása,
- b) A vállalkozások, a foglalkoztatók folyamatos működését biztosító finanszírozási kritériumok meghatározása, a finanszírozás módja, forrása,
- c) Az átmeneti időszak intézményi és szervezeti kérdései.
- d) A megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató szervezetek körének kibővítéséhez szükséges programok.

Az átalakítás időbeli ütemezése

Módosítandó jogszabályok

- A Munka Törvénykönyve
- 8/1983. (VI. 29.) EüM—PM együttes rendelet
- 1/2000 SzCsM-rendelet
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
- 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
- 30/2000 GM-rendelet

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