

**Dr. Gere Ilona**

## ***A megváltozott munkaképességű emberek bekapcsolása a munka világába***

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

*A tanulmány célja: bemutatni és elemezni, hogy milyen fejlődési fokozatokon keresztül 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 (fogyatékos) személyek munkaerő-piaci hátrányainak csökkentése érdekében. E témában született ugyan néhány rendelet, de sem az érintettek esélyegyenlőségét biztosító törvény, sem a rehabilitációt átfogóan szabályozó jogháttér nem került kidolgozásra. 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 erőtlenekek, a szükséges alkalmazkodásra képtelenekek voltak. Integrációjukat segítő intézmények hiányában – passzivitásra szocializálva - teljesen védtelenekek voltak a munkaerő-piac eseményeivel szemben. Egyetlen megoldásként az ellátásra való jogosultság megszerzése kínálkozott. Mindez magyarázatát adja annak a nagymértékű növekedésnek, amely a rokkantsági nyugdíjasok és szociális ellátottak létszámában a 90-es években bekövetkezett. 1990-1996 között 540.000-ről 740.000 főre nőtt a rokkantsági ellátottak száma és 1999. január elsején mintegy 600 ezer ember részesült korhatár alatt rokkantsági nyugdíjban és a megváltozott munkaképességűek különböző ellátásaiban. Közülük mintegy 10 % 40 évnél fiatalabb, 34 % 40-49 éves és 54 % 50-59 éves volt.*

*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 normál szférára is kiterjedő foglalkoztatási rehabilitációs intézményrendszer hiányában az állam növekvő szerepvállalásra kényszerült. a passzív ellátás területén. Az Egészségbiztosítási Alapot terhelő rokkantsági nyugdíj kiadások összege rohamosan növekedett: 1992-ben 44 milliárd, 1996-ban 79 milliárd, 1998-ban több mint 150 milliárd forint került kifizetésre.*

*A költségek csökkentése érdekében a kormányok már az évtized eleje óta szigorú nyugdíjreformra készültek. Bár a reform végrehajtása évről-évre húzódik, a szigorodó feltételeket mu-*

tatják az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság adatai is, miszerint 1996-1998 között több, mint 30 %-kal csökkent az új rokkantsági nyugdíj 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 rokkantak 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.sz. táblázat**

**Rokkantsági nyugdíjasok megoszlása a rokkantsági csoportok szerint  
1996-1998**

<b>Rokkantsági csoport</b>	<b>Létszám adatok (fő)</b>			<b>%-os megoszlás</b>		
	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
<b>I.</b>	927	808	734	1,78	2,01	2,05
<b>II.</b>	6 252	5 427	4 839	12,04	13,48	13,51
<b>III.</b>	44 758	34 013	30 245	86,18	84,51	84,44
<b>Összesen</b>	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 – teljes értékű munka végzésére elegendő lett volna. Az ellátásban részesülők nem kerültek regisztrációba, s ílymódon a munkanélküliség kezelésére kiépített foglalkoztatáspolitikai eszközrendszer sem érthette 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. „rétegprogramot”, amely célzottan a sérült 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 foglalmaztak meg, melyek közül néhány a későbbiek során meg is valósult (például a rehabilitációs, rehabilitációs képzéseknek helyet adó rehabilitációs képzési központok vagy a fogyatékos 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 a Munka Törvénykönyvéhez képest megalkotásakor 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 egyhateda 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 felszámolási eljárások miatt a munkaviszony megszüntetése jellemzően kikerült az egyébként érintett munkáltatói körben is 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, melynek értelmében a rokkantsági nyugdíjra való jogosultság megszűnt felmondási ok lenni.

### 1.1. Foglalkoztatottság alakulása

Nyilvántartások és erre vonatkozó statisztikai megfigyelések hiányában a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának teljes köréről nem rendelkezünk értékelhető adatokkal. Közelítő információt a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása esetén járó állami támogatások megoszlásából nyerhetünk. Ennek alapján kimutatható, hogy pl. 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.<sup>1</sup>

Természetesen a célszervezetek foglalkoztatotti létszámának alakulásából nem lehet pontosan következtetni az egyéb foglalkoztatotti létszámra, hiszen a dotáció bérarányos és a számítási kulcsok sem azonosak.<sup>2</sup>

2.sz. táblázat

**Célszervezeteknél foglalkoztatottak létszámának alakulása \*/  
(fő)**

<i>Év</i>	<i>Célszervezetek száma</i>	<i>Foglalkoztatottak száma</i>	<i>Megváltozott munkaképességű foglalk. száma</i>
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 munkaképességűek 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 sérült 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 *non-profit szervezetek, szociális foglalkoztatók*. Szerepük nem kizárólag az egészsé-

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

<sup>2</sup> A célszervezetek esetében a károsodás mértékét is figyelembe veszik

károsodottak, hanem a szociális szempontból arra rászorulóknak (idősek, ápolási díjon lévők, stb.) foglalkoztatása is. 1990-ben a 37 szociális foglalkoztatóban (1998-ban 31 foglalkoztató) 7.065 (1998-ban 2.341) főt foglalkoztattak, közülük 2.092 fő (1998-ban 1.273 fő) volt megváltozott munkaképességű.<sup>3</sup> 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 megszüntetésükre törekszenek, vagy a jól működő szociális foglalkoztatók - a nagyobb támogatás reményében - a célszervezeti körbe igyekeznek bejutni.

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

*A versenyszféra rehabilitációs foglalkoztatásának nagyságáról semmilyen adattal nem rendelkezőnk.* Szakértői becslések, valamint az igénybevett 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.* Pedig általában minden nemzetközi ajánlás külön hangsúlyozza, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatására nem szolgálhatnak kizárólagosan a védett vállalatok. Ez újabb izoláltságot jelent, ráadásul ezek a vállalatok többnyire komoly gazdálkodási nehézségekkel küzdenek, amely 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 adott ország számára a rokkantak ellátására fordított kiadások növekedése gondot okoz, a költségek csökkentésének és az általános jólét növelésének egyik legfőbb eszköze a rehabilitáció, azaz a dolgozók munkavégző képességének a lehető legoptimálisabb helyreállítása és a munkaerőpiacra való visszakerülésük elősegítése. Ezzel szemben a munkáltató és a munkavállaló érdekeltége már nem ilyen egyértelmű.

### *2.1. Az egyének érdekeltége*

A labilis munkaerőpiacon, a foglalkoztatási lehetőségek beszűkülése mellett *a megváltozott munkaképességűek sokkal inkább az alacsony, de biztos ellátás igénybevételében motiváltak,*

---

<sup>3</sup> Forrás: Szociálpolitikai Információs Évkönyv 1990, 1998.

mint a ma még igen kétséges kimenetelű rehabilitáció vállalásában. 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.

A foglalkozási rehabilitáció egyéni érdekeltséget teremtő elemének szánták a *keresetkiegészítés* intézményét. Megállapítási módja azonban *ellenérdekeltséget teremt*, ugyanis egyszerű, alacsony keresettel járó munkakör esetén a korábbi keresetig kiegészítésre kerül az alacsony bér, míg a jobban fizetett munkára felkészítő, a munkavállalótól tényleges erőfeszítést igénylő rehabilitáció esetén nincs ok a kereset-kiegészítésre.

## 2.2. Munkáltatói érdekeltség

A magyar 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 munkaerő-piac mai követelményeinek*. A munkáltatókban pedig komoly előítéletek és fenntartások élnek az egészségkárosodott dolgozók értékeivel szemben. Félnek a táppénz gyakori igénybevételeitől (különösen mióta a cégeknek is kötelezettségük van a táppénzfizetésben); a speciális munkakörülmények kényszerétől; a munkaszervezési többlet-feladatokról és nem bíznak a teljes értékű teljesítésben.

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

- ⇒ Ha adott szakmában, munkaterületen, régióban vagy időpontban a *munkaerő-kínálathoz képest túlkereslet van* (minden mobilizálható munkaerőre szükség van);
- ⇒ *Teljesértékűen rehabilitált* – adott 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 (pl. fizikai vagy készenléti szempontból). Az egészségkárosodott emberek ritkán tudnak eleget tenni a második elvárásnak, a hiányzó rehabilitáció miatt viszont általában alkalmatlanok a korszerű felkészültséget igénylő munkakörök betöltésére.

## 2.3. Kötelező társadalmi szolidaritás – „kvótarendszer”

A fejlett nyugati államokban a *munkáltatókat jól kidolgozott ösztönző-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, melynek elmulasztása esetén mérlegelésre készítő mértékű hozzájárulás fizetésére kötelezik a nem teljesítő cégeket. Az így befolyt összegekből támogatják a megváltozott munkaképességűek védett foglalkoztatását. A foglalkoztatási kötelezettség mellett minden fejlett ország különféle támogatásokat (tb és adókedvezmények; bértámogatás stb.) biztosít azon munkáltatók számára, akik vállalják megváltozott munkaképességűek 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 non-profit szervezeteket is - a statisztikai állományi létszám 5 %-áig megváltozott munkaképességű dolgozót kell foglalkoztatnia. A foglalkoztatási kötelezettségét nem teljesítő munkáltatók a hiányzó létszám után *rehabilitációs hozzájárulást* fizetnek, mely 1999-től a tárgyévvel megelőző nemzetgazdasági bruttó átlagkereset 3 %-a (2000-ben 24 400 Ft).

A kötelező foglalkoztatási szint alatt teljesítő munkáltatók befizetéseiből képződik a *Rehabilitációs Alap(rész)* <sup>4</sup>, melynek pénzeszközeit - pályázat útján - olyan munkahelyek megőrzésére, bővítésére, átalakítására és teremtésére lehet fordítani, ahol ezáltal megváltozott munkaképességűek foglalkoztatására vagy továbbfoglalkoztatására nyílik lehetőség. <sup>5</sup>

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 rokkantakkal szemben amúgy is meglévő munkáltatói előítéleteket. A magyar 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 sérült emberek munkához jutásában.

#### 2.4. Állami ösztönzések

Hazánkban *a foglalkozási rehabilitáció többletterheinek kompenzálására* - a kvóta felett foglalkoztatott megváltozott munkaképességű dolgozói létszám után - *a munkáltatók költségvetési dotációt igényelhetnek*, amelynek 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 legyen. Az ő esetükben a dotáció – a foglalkoztatottak munkaképesség csökkenésének arányában – differenciált és a telephelyi pótlékokkal együtt a 440 %-ot is elérheti. <sup>6</sup>

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

---

<sup>4</sup> a Munkaerő-piaci Alap része

<sup>5</sup> A Rehabilitációs Alaprész munkahelyteremtő hatását a 4.3.3. fejezetben részletesen elemezzük.

<sup>6</sup> 1999-ben 13 milliárd forint (ebből 9,9 milliárd forint a MPA-ból) került dotáció címén kifizetésre a célszervezetek számára.

A társasági adóról és osztalékról szóló törvény hatálya alá nem tartozó munkáltatók (*költségvetési szervek, non-profit 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 kevesebb létszámot foglalkoztató jogi személyiségű munkáltatók és az egyéni vállalkozók legalább 50 %-os mértékben megváltozott 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 Ft).

### **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. Az a jogos kritika, amely évtizedek óta éri *az orvos-szakértői minősítés* gyakorlatát, melynek során *nem a megmaradt és hasznosítható, hanem az elveszett munkavégző képességet rögzítik, komoly akadályt jelent a rehabilitáció folyamatában.*

A rokkantsági nyugdíjrendszer tervezett átalakítása pedig – szigorító intézkedéseivel – jelentősen lecsökkentené az ellátásra jogosultak körét, s ílymódon megnövelné a megváltozott munkaképességű munkanélküliek számát. A rendszer átalakítása tehát – legalábbis morális okok miatt – nem következhetne be a működőképes foglalkozási rehabilitáció feltételeinek megteremtése nélkül. Az elmúlt évek során *több kísérlet is történt a reformok végrehajtására, de a drasztikus átalakítás a mai napig nem történt meg, melynek bizonyos elemei (pl. a minősítés megváltoztatása) hátráltatja, bizonyos elemei (pl. az ellátások szigorítása) könnyíti a foglalkozási rehabilitációs rendszer kiépítését.*

#### **3.1. A rokkantsági nyugdíjrendszer reformja – az orvos-szakértői minősítés átalakítása**

A társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról szóló 60/1991. (X.29.) OGY határozat a rokkantsági nyugdíjrendszer átalakításának kérdését az öregségi nyugdíjrendszerrel összefüggésben koherencia problémaként kezelte és hosszabb időre *meghatározta, hogy a rokkantsági nyugdíjrendszer átalakítása pusztán ellátó-rendszerbeli átalakítási kérdésként jelenjen meg.*

Az orvos-szakértői 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 baleseti rokkantsági nyugdíjrendszer átalakításával, valamint azt, hogy a feltételek megteremtéséről országgyűlési határozat rendelkezzen.*

Az Országgyűlés által meghatározott feladatok:

Az Országgyűlés a megváltozott munkaképességűek és rokkantak társadalombiztosítási és szociális ellátó rendszerének 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 ellátó rendszer bevezetésének 1999. január elseji 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, *jeljen 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, ami a munkaadók és munkavállalók, valamint fogyatékos szervezetek képviselőinek közreműködésével összefoglalta azokat a szakmai és finanszírozási feltételeket, amelyek a megváltozott munkaképességűek és rokkantak társadalombiztosítási és szociális ellátó rendszerének átalakítását megalapozhatják.

A team valamennyi érintett területre vonatkozóan áttekintette az elvégzendő feladatokat és 1998. márciusában a „*Megváltozott munkaképességűek és rokkantak társadalombiztosítási és szociális ellátó rendszerének felülvizsgálata az értékelés módszerével*” c. tanulmányban elemezte és értékelte a hatályos szabályozás és gyakorlati alkalmazás jellemzőit és 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 munkaképességűek 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 munkaképességűek 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 jövedelem-vesztés mértékét jelentősen befolyásolja az érintett személyek képzettsége, munkaképesség-változás előtti munkaköre, életkora. Az elveszett képességek kimutatására szorítókozó gyakorlat, mely *nem fordít figyelmet a megmaradt, fejleszthető képességekre*, hátráltatja a megváltozott munkaképességűek szociális integrációját.*



⇒ *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. évben elkészített javaslatban az átalakítás államháztartási hatásait bemutató közép-távú előreszámítások is szerepeltek, ennek értékelését 1999-ben a Pénzügyminisztérium munkatársai elvégezték és azonos következtetésre jutottak.

Mindkét számítási változathoz kitérnek, hogy - a felmerülő 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 ellátó rendszer 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 orvos-szakértői, jogi, érdekeltségi és minimális intézményi feltételrendszere; kapcsolódjon a pénzbeli ellátás a rehabilitációban való részvételhez; a finanszírozás kerüljön megosztásra a társadalombiztosítási alapok, a Munkaerő-piaci Alap és a szociális költségvetés között.

*Az orvos-szakértői 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.<sup>7</sup>

Ennek keretében 1998. január 1-jétől

---

<sup>7</sup> 1997. évi CXX. tv

- ⇒ meghatározásra került a foglalkozási rehabilitáció szabályozásának, irányításának és minisztériumok közti koordinációjának feladata és jogosultsága a Munkaügyi Minisztérium feladatkörében, [8.§ (3) bekezdés];
- ⇒ megjelent a korábban nem ismert elem, a megváltozott munkaképességű *munkáltatótól független foglalkozási rehabilitáció intézményrendszerének* kialakítása.
- ⇒ a megváltozott munkaképességű munkanélküliek foglalkozási rehabilitációjának irányítását az Ft. 1998. január 1-től a munkaerő-piaci szervezet feladatává tette, egyidejűleg *több területen kedvezőbb szabályokat állapított meg a megváltozott munkaképességű munkanélküliek munkaközvetítése, foglalkoztatásának elősegítése terén.*<sup>8</sup>
- ⇒ A munkanélküli járadék folyósítási szabályainak módosítása a megváltozott munkaképességűek járadékainak és rokkantsági nyugdíjának folyósítási idejét követően is lehetőséget nyújtott munkanélküli ellátásra, *lehetővé téve ezzel az ellátásból kikerülő foglalkozási rehabilitációját* [29.§ (1) bekezdés e)]

#### 4. A fejlesztések megvalósulása a foglalkoztatáspolitikai területén

##### 4.1. Jogszabályi környezet megteremtése

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

A rehabilitáció munkaügyi szervezetbe történő beillesztése érdekében a következő feltételek biztosítására került sor:

- ⇒ *Meghatározták a megyei szervek és kirendeltségek feladatait és munkamegosztását a megváltozott munkaképességű munkanélküliek foglalkozási rehabilitációjával kapcsolatban.*<sup>9</sup>
- ⇒ megjelent a 6/1998.(III.4.) MüM rendelet a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerő-piaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható 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 munkanélküliek foglalkoztatását elősegítő *egyes támogatásokról* rendelkezik.
- ⇒ a 6/1999 (IX.3.) SZCSM. rendelet lehetővé teszi a *rehabilitációs alapból támogatott munkahelyen történő foglalkoztatás megkezdésének pótlólagos támogatását*

<sup>8</sup> A Foglalkoztatási Törvény alkalmazása szempontjából megváltozott munkaképességű személy: aki testi vagy szellemi fogyatékos vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek

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

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

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

- ⇒ A foglalkozási rehabilitáció egyik meghatározó feltételeként a *foglalkozás-egészségügyi szabályok jelentős részének módosítása biztosította a munkaügyi központok számára a szükséges jogszabályi és orvosi szolgáltatási háttérrel.*<sup>10</sup>

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

- ⇒ Kihirdetésre került és 1999. január elsején hatályba lépett a *fogyatékos emberek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény*, ami többek között a foglalkoztatás tekintetében a rehabilitáció fejlesztésének és az akadályok felszámolásának folyamatos igényét teremti meg.<sup>11</sup>
- ⇒ Hatályba lépett a *közhasznú szervezetekről szóló törvény, amely a civil szervezetek rehabilitációs tevékenységét teljes körűen a közhasznú tevékenységek közé sorolta*, kereket adva ezzel a civil szervezetek rehabilitáció érdekében tett fontos kezdeményezéseinek.<sup>12</sup>
- ⇒ 1998-ban megtörtént a *foglalkozási rehabilitáció működéséhez alapvetően szükséges kapcsolódó jogszabályok jelentős részének* (pl. adótörvények, egészségügyi, foglalkozás-egészségügyi jogszabályok) módosítása.<sup>13</sup>

#### **4.2. 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 lévőkkel, 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) modell-kísérlet 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.*

---

<sup>10</sup> 33/1998.NM rendelet; 9/1999. (I.27.) és 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet

<sup>11</sup> Módosítva: 1998. évi LXXXVI. törvénnyel, az 1999. évi CX. törvénnyel, az 1999. évi CXXII. törvénnyel

<sup>12</sup> 1997. évi CLVI. sz. törvény

<sup>13</sup> 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. tv.

A foglalkozási rehabilitáció programja – a meglévő szolgáltatási tevékenységre építve – az eljárás *fő végrehajtási helyszínéül a munkaügyi kirendeltségeket jelölte* meg. Feladatuk a regisztrációban lévő megváltozott munkaképességű munkanélküliek helyzetének felmérése; tájékoztatása a rehabilitációs eljárás menetéről, a rendelkezésre álló eszközökről és lehetőségekről; a szükséges orvos-szakértői (foglalkozás-egészségügyi) szakvélemények bekérése; a munkáltatók e csoport iránti fogadókészségének megismerése és tájékoztatása a foglalkoztatás esetén igénybevehető 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 támogatási eszközrendszerébe.* A legtöbb megyében megnyugtatóan rendezve van a kirendeltségek és munkacsoportok feladatlehatárolása, és működnek a felelősségi kompetenciák. Ugyanakkor nem kétséges, hogy a kirendeltségek rehabilitációs tevékenysége – részben az egyébirányú leterheltség, részben a nehezen változtatható beidegződések (pl. a munkalehetőségek feltárásával kapcsolatos passzív magatartás) miatt még nem mindenütt eredményorientált. Pedig a megváltozott munkaképességűek 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 munkanélküliek 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 munkanélküliek – köztük a megváltozott munkaképességűek – részére, melyek közül néhány - például a *rehabilitációs tanácsadás* és a *foglalkozás-egészségügyi vizsgálat* - kifejezetten a foglalkozási rehabilitáció érdekében működik.<sup>14</sup>

*A foglalkozás-egészségügyi vizsgálat* beépítése a rehabilitáció folyamatába, *a szakmai minősítés hiányát igyekszik* valamilyen szinten pótolni. 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 alapidokumentuma, a „Foglalkozások egészségügyi tényezői” c. kézikönyv. A dokumentáció a foglalkozások és a készségek párosításával lehetővé teszi, hogy a munkaügyi szervezet a foglalkozási rehabilitáció során a munka-

---

<sup>14</sup> 1999-ben a szervezetben megjelent megváltozott munkaképességű munkanélküliek 34 %-a (9069 fő) vett igénybe valamilyen segítő szolgáltatást. Ez lehet például:

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

közvetítés, pályakorrekció érdekében a szakmai alkalmasságra, 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, melynek elkészítésére az OMMK vállalkozott.<sup>15</sup>

A két szakterület közös dokumentációja - a szükséges továbbfejlesztéssel - része lehet a megmaradt képességeket is értékelő orvos-szakértői eljárásnak is.

### **4.3. A megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci esélyeinek javítása**

*A munkaügyi szervezet rehabilitációs eljárás, valamennyi szolgáltatása arra irányul, hogy a munkanélkülieket - köztük a megváltozott munkaképességűeket is - az elsődleges munkaerőpiacra segítse vissza.*

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

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

#### **4.3.1. Munkavégző képesség fejlesztése**

A megváltozott munkaképességű munkanélküliek sikeres újra-elhelyezkedéséhez meglévő képességeik gyakran kevésnek bizonyulnak, s a hosszú munkanélküliség alatt korábbi ismeretük, szaktudásuk is jelentősen veszít értékéből, ezért a *képzésnek, 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 sérült emberek elsősorban integrált képzésbe kapcsolódjanak be*.

Az elmúlt évtizedekben igen kevés embernek sikerült ezt a perspektívát biztosítani. A Munkaügyi Minisztérium kezelésében létrehozott Rehabilitációs Képzési Alapítvány ugyan támogatást nyújtott megváltozott munkaképességű munkanélküliek munkaerő-piaci képzéséhez, átképzéséhez, 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.<sup>16</sup> A program – illetve a képzés - segítésére új

<sup>15</sup> A program elkészítése két éve csúszik

<sup>16</sup> A német kormány anyagi és módszertani támogatásával 1995-1998 között létrejött a Székesfehérvári Regionális Munkaerő-fejlesztő és Képző Központban az első magyar 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, illetve a képzési módszerek átadásával megkezdődjön a rehabilitációs képzések hálózatának kiépítése. A modellközpont – mely minden szempontból megfelel a speciális képzés követelményeinek (akadálymentesség, alakítható berendezések stb.) – 1998-ban került átadásra és 1999-ben megkezdődött az ismeretek átadása az ország többi regionális képzőközpontja számára. A központi

eszközt is bevezettek, melynek értelmében a gyakorlati képzést vállaló munkáltatónak – a képzésbe vont személy speciális körülményei miatt – felmerülő többletköltségeit meg lehet téríteni.<sup>17</sup> Az eltelt másfél év alatt azonban ezzel a lehetőséggel még alig éltek az érintettek, s a programképzéseket preferáló szándéka ellenére 1999-ben mindössze 1.640 megváltozott munkaképességű személy lett beiskolázva 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. Munkahelyfeltáró tevékenység javítása

A megváltozott munkaképességű munkanélküliek 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 számtalan esetben találkozunk a munkaadók mérlegeléstől mentes elutasításával is. A munkaügyi szervezetmunkáltatókkal való kapcsolatának tehát a rehabilitáció szempontjából kitüntetett szerepe van. *Az elmúlt évek kirendeltségi gyakorlatából azonban többnyire hiányzott az a fajta partneri viszony, amely adott esetben a munkavégzésre ténylegesen kész és képes megváltozott munkaképességű munkanélküli 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 sérült emberek munkavégző képességével szemben meglévő kétségek csak hosszabb időtávban 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 - Rehabilitációs Alap volt, mely 1996. január elsejétől az egységes Munkaerő-piaci Alap részévé vált<sup>18</sup>, megőrizve azt a sajátosságát, hogy a belőle nyújtható támogatások nemcsak az Ft. hatálya alá tartozó személyek foglalkoztatását elősegítő célokra nyújthatók. 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

---

programok keretéből 1995-ben 22,2 millió forintot, 1996-ban 19 millió forintot, míg 1997-ben 30 millió forintot biztosítottak erre a célra.

<sup>17</sup> Jogszabályi háttér: 11/1998 (IV.29.) MüM rendelet

<sup>18</sup> 1996-ban az alaprész előirányzata 760 millió forint volt, melyből végül az adott évben 387 millió forint került felhasználásra. 1997-ben 1000 millió forint állt rendelkezésre munkahelyteremtésre, melyből 840 millió forint került kifizetésre. 1998-ban 1017 millió forint előirányzatból – az áthúzódó kötelezettségekkel együtt – 980 millió forintot fizettek ki. 1999-ben az 1.550 millió forintos decentralizált keret 98,18 %-a került felhasználásra. (SZCSM 2000)

foglalkozási rehabilitáció szervezeti és szolgáltatási feltételeinek megteremtése, az MPA rehabilitációs alaprészének működtetésében és döntési mechanizmusában is lényegi változás történt: *az alaprész nagyobb hányada decentralizált forrásként a megyei munkaügyi központok döntése alapján kerül felhasználásra.* A megyei tapasztalatok egyértelműen bizonyítják, hogy ez az intézkedés igen kedvezően hatott a munkahelyteremtésre. Jelentősen bővült a pályázatok száma (pl. 1999-ben 65,3 %-kal több pályázatot nyújtottak be, mint 1998-ban) és a korábbi néhány megyés részvétel – mely elsősorban a célszervezettel rendelkező megyékre vonatkozott – gyakorlatilag országos terítettségűvé vált. Jellemzően magas a munkahely-teremtési szándék a magas munkanélküliségi rátával rendelkező régiókban.

A támogatással létrehozott munkahelyek egyre színesebbek. Az egyszerű, hagyományos betanított munkakörökön túl egyre több a szakmunka és a felsősokú végzettséget igénylő munkakör (pl. orvos- asszisztens, 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 regisztrált munkanélkülieket 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 elsősorban a 20 fő alatti létszámot foglalkoztató szervezetek és az egyéni vállalkozók éltek a támogatás lehetőségével. Nagylétszámú, illetve multinacionális cégek egyáltalán nem kívántak ily módon munkahelyet teremteni.

### 3.sz. táblázat

#### *A rehabilitációs alaprészből támogatásban részesült pályázatok megoszlása*

Pályázók gazdálkodási típusa	1997. év		1999. év	
	Pályázatok száma	Megoszlása %	Pályázatok száma	Megoszlása %
Versenyszféra	18	18,6	223	67,8
Célszervezet	43	44,3	64	19,5
Szociális fogl.	8	8,3	7	2,1
Egyéb	28	28,8	35	10,6
<b>Összesen</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>

*Forrás: SZCSM adatokból saját számítás*

A non-profit 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 - elsősorban civil, non profit szervezetek- funkcióihoz illeszkedő, integrált szociális-rehabilitációs támogatási rendszerének kidolgozását.

Ugyancsak új munkahelyek teremtését, a hátrányos helyzetűek önfoglalkoztatóvá válását segítené az az 1998 óta működtetett (illetve módosított) eszköz - munkanélküliek *vállalkozóvá*

*válásának támogatása* - is, amely kedvezőbb feltételekkel vehető igénybe megváltozott munkaképességűek esetében. Erre az eszközre azonban az eltelt másfél év alatt szinte egyáltalán nem 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 vállalkozóvá válási támogatás* jelenthet, mely egyaránt tartalmazza a *képzést, felkészítést; a folyamatos tanácsadást és pénzügyi támogatást*.

#### 4.3.4. Munkáltatók támogatásának bővítése

A munkáltatók fogadókészségének növelése érdekében – az FtL.-ben biztosított és a megváltozott munkaképességűek számára is igénybevehető támogatásokon kívül – 1998. június elsejével egy új speciális eszközt dolgoztak ki.<sup>19</sup> Ennek értelmében *18 hónapig nyújtható* – 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 munkanélküliek száma (824 fő)*, akiket jellemzően a kis- és középvállalkozások alkalmaztak.

#### 4.3.5. *Az elhelyezkedések közvetlen segítése*

A megváltozott munkaképességű munkanélküliek elhelyezése a rehabilitációval foglalkozó szakemberek részéről igen komoly ráfordítást igényel és ehhez képest szerény eredményeket mutat. *A rehabilitációs program* elmúlt két éve alatt az általános és tematikus tanácsadások, a támogatott foglalkozások és képzési lehetőségek szélesítése mellett *kialakult és egyre jobban terjed a „munkába segítés” direkt formája*. Ez az európai gyakorlattal 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***

---

<sup>19</sup> Jogszabályi háttér: 11/1998 (IV.29.) MüM rendelet



Az elvégzett munka eredményessége csak akkor mérhető egyszerűen (és egyértelműen), ha a befektetések és hozamok között igen szoros a kapcsolat, és 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 különböző tanácsadásnak, szolgáltatásnak is lehet olyan hozadéka, amely akár a megváltozott munkaképességűek önálló elhelyezkedését, akár egy későbbi sikeres kimenetet készíthet elő. Különösen igaz ez azokra az emberekre, akik évek óta munka nélkül éltek, s akik ílymódon – segítő beavatkozások nélkül – esélytelenek voltak a munkaerőpiacon. Az ő esetükben tehát *a rehabilitációs eljárás minden elemét valamilyen mértékben eredményes ráfordításnak kell tekinteni.*

#### A rehabilitációs program számszerűsíthető eredményei 1999-ben: <sup>20</sup>

- ⇒ 26.705 megváltozott munkaképességű munkanélküli személy jelent meg a munkaügyi szervezet regisztrációjában, közülük 34,4 %-ot sikerült az év folyamán aktivizálni. <sup>21</sup>
- ⇒ 7.891 főnek (30 %) sikerült elhelyezkednie; <sup>22</sup> közülük 1.165 fő önállóan és 6.726 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 4.735 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 5.151 új munkahely jött létre és 3.212 olyan munkahelyet sikerült megőrizni, ahol megváltozott munkaképességű dolgozót foglalkoztatnak. (4.sz. táblázat)*

*Összegezve megállapítható, hogy az elért kezdeti eredmények a rehabilitáció megalapozásának fontos elemei, azonban a személyi, 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 pénzügyi ellá-*

<sup>20</sup> az 1998. évre vonatkozó eredmények – a statisztikai lekérdező program elkészítésének 2 éves csúszása miatt – nem voltak összesíthetőek.

<sup>21</sup> 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 munkaképességűek létszámát.

<sup>22</sup> Az elhelyezkedések esetszámokat takarnak, azaz egy személy a vizsgált időszakban többször is érintett lehet

*tások alternatívájaként kellene megjelenie, a foglalkoztatási szakemberek még elégtelennek tartják.*

## Az MPA rehabilitációs alaprész decentralizált keretének 1998-1999. évi felhasználása

Megye	Pályázatok száma		Támogatások száma		Új		Megőrző támogatásban részesülő	
	munkahelyek száma							
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Főváros	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
<b>Összesen</b>	<b>317</b>	<b>524</b>	<b>158</b>	<b>329</b>	<b>1616</b>	<b>2186</b>	<b>3535</b>	<b>1026</b>

Forrás: SzCsM, 2000.

## **5. Kapcsolatrendszer kiépítése a rehabilitáció szereplői között**

A korábbi években a foglalkozási rehabilitáció egy-egy szegmensében helyi szinteken ugyan született néhány igen hasznos kezdeményezés, de hatékonyságuk többek között azért maradt rendkívül alacsony, mert egymástól elszigetelten, a meglévő eredményeket kihasználatlanul hagyva, sőt sokszor azt 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 elmúlt két év eredménye, hogy a többi szereplő előtt ismertté és elfogadottá vált a munkaügyi szervezet ezirányú tevékenysége és egyre többen fordultak érdeklődéssel (együtműködési szándékkal) felénk. Legsikeresebb együtműködés 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 együtműködő 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 ellátó rendszer 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

Természetesen ezeknek a fejlesztési céloknak a teljesítése hosszú időt igényel, ezért az alábbiakban azokkal kapcsolatban fogalmazunk meg javaslatokat, amelyek a kormányzati ciklus végéig teljesíthetőek, illetve amelyeket ezen időszakban feltétlenül el kell indítani.

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

*Ezért szükség van egy olyan 10-15 éves időszakot felölelő makroszintű modell kidolgozására, ami 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 rokkantsági nyugdíj 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 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 rokkantsági nyugdíjrendszer korszerűsítése önmagában nem jelent pozitív változást. Amennyiben 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 rokkantsági nyugdíj rendszer átalakítása során érdemes figyelembe venni:*

- hogy a fejlett országokban *közös felelősséget* igyekeznek érvényesíteni az egészségkárosodás következményeinek kezelésében. Így például un. „*bonus-malus*” rendszerrel a munkáltatókat egészséges munkahelyek kialakítására ösztönzik. Korkedvezményel honorálják azokat a munkáltatókat, amelyek fontosnak tartják az egészségkárosodást okozó munkakörülmények megváltoztatását. Az e célra nem áldozók viszont magasabb járulékkért 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 ellátó rendszer tervezett elemei és annak megítélése, hogy kik lehetnek passzív ellátás helyett a foglalkozási rehabilitáció alanyai csak az új orvos-szakértői minősítés bázisán definiálható. Ez különösen jelentős abból a szempontból, hogy *a passzív ellátásban részesülők létszámának csökkentése elsősorban az ellátásba kerülés megelőzésével, a keresőképtelenségnek a foglalkoztathatósággal (rehabilitálhatósággal) összefüggő megállapításán keresztül mérés-kelhető.*

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, *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 végrehaj-

tásként a fogyatékoság kategóriáinak értékelését, valamint minden más, e kategóriákat alkalmazó jogszabály alkalmazását (pl. 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 rendszerét<sup>23</sup> ismerve 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 orvos-szakértői minősítésből tűnjön ki, hogy 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 *a foglalkozás-egészségügyi alapellátás direkt egzisztenciális függését a munkáltatótól oldani lehetne.*<sup>24</sup> A magánpraxis visszavonása nem reális alternatíva, azonban a finanszírozás szabályai módosíthatóak. (Ha pl. a munkáltató a díjtételek változatlansága mellett az ÁNTSZ-nek térít, és a tevékenység jogszabályban előírt minőségi paraméterei indokolják, a kifizetés - vagy annak meghatározott hányada - bizonyos rehabilitációs intézkedésekhez,

⇒ vagy a munkakörülmények szigorúbb felügyeletéhez lehetnének köthetők).

A javaslat részben segítene feloldani azt az ellentmondásos helyzetet, ami a kistéleplések - egyben foglalkozás-egészségügyi alapellátást is ellátó - házi orvosai esetében ma feloldhatatlan.

⇒ Jelentősen *növelni kellene az eljárás iránti társadalmi bizalmat.* Ehhez az orvos-szakértői első fokú bizottságban minden esetben legalább két fő orvos fizikai jelenlétét kell biztosítani, a bizottság összetételét a vizsgálatra berendelték 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 karbantartására és a sérülésből következően leépült készségek kiváltására alkalmas egyéb készségek fejlesztésére. A gyógyulást (stabilizálódást) követően – a

<sup>23</sup> Társadalmi nyugellátások 1997. évi LXXXI. törvény

<sup>24</sup> Ez kielégítené az ILO-val tárgyban aláírt egyezmény követelményét is.

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 ugyan megpróbált pótolni (pl. 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 területi rehabilitációs bizottságok érdemi működése alapjainak megteremtése,
- ⇒ a munkáltatók rehabilitációs kötelezettségeinek újraszabályozása,
- ⇒ a munkáltatók – különösen a 20 főnél kevesebb létszámot foglalkoztatók - rehabilitációs érdekelttségének fokozása.

A fenti feladatok elvégzése jelenti az alapját annak, hogy a megváltozott munkaképességűek szociális ellátó rendszerét 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 fogyatékos emberek integrált foglalkoztatásának **elősegítése** érdekében minden munkáltatóra kiterjedően differenciált, a munkavállaló munkaképesség- változásának (fogyatékoságának) arányában növekvő, a munkavégző képesség helyreállításának függvényében időben korlátozható legyen;
- ⇒ Önálló jogi - finanszírozási szabályokat szükséges kialakítani a szociális feladatokat és 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 színvonala 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, mely lehetőséget teremt a rehabilitálódás különböző szakaszában lévő, eltérő károsodással bíró 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 ezen szervezetek önfejlődését.

Néhány ötlet a fejlesztéssel kapcsolatban:

- ⇒ A védett foglalkoztatás feltételeit non-profit keretek között indokolt újra szabályozni. (ezen belül a terápiás és szociális foglalkoztatást is szükséges definiálni)
- ⇒ A feladatok háttereként ösztönözni és támogatni indokolt a non-profit és védett foglalkoztatók piacra jutását segítő önszerveződéseket.
- ⇒ Az önkormányzatok helyi foglalkoztatási felelősségét erősítve, a szociális szférában meglévő valós igényeket kielégítve is lehetne védett munkahelyeket teremteni a rehabilitált munkanélküli személyeknek. (pl. személyi szolgáltatások, környezet gondozása és védelme, helyi kultúrák őrzése stb.)
- ⇒ Egyértelműen tisztázni szükséges a célszervezetek szerepét és feladatát a rehabilitációban, s ehhez kell igazítani a támogatás rendszerét és 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 jelentés és munkaerő-felvétel adatsorába a megváltozott munkaképességűek és fogyatékos 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 foglalkoztatáspolitikára 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 országaiban. 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 ellátó rendszerének felülvizsgálata az értékelés 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 Fogyatékosügyi Tanács, valamint az országgyűlés Foglalkoztatási Bizottsága 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 ellátó rendszerének átalakításáról készülő kormány-előterjesztéshez. Szociális és Családügyi Minisztérium (1999. július) Kézirat (SZCSM, 1999/b)
9. Rehabilitációs modellközpont koncepció és program 1999. – Székesfehérvári Regionális Munkaerő-fejlesztő 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)

*In: EU-konform foglalkoztatáspolitikára (A hazai foglalkoztatáspolitikára átalakítása a közösségi gyakorlatnak megfelelően) Tanulmánykötet (szerk. Frey Mária) Bp. 2001.*