

**Ács Edina**

**Megváltozott munkaképességű álláskeresők esélyei a munkaerőpiacon I.  
A foglalkozási rehabilitáció – munkaerő-piaci (re)integráció elméleti  
megközelítései**

**Bevezetés**

*„Ha az embert olyannak vesszük, amilyen,  
tulajdonképpen rosszabbá tesszük,  
De ha olyannak vesszük, amilyennek lennie kell,  
akkor azzá tesszük őt,  
amivé lehetne.”  
/Goethe/*

Napjainkban egyértelmű, hogy a munkanélküliség aktuális és égető problémát jelent, amellyel korra, nemre, származásra, végzettségre való tekintet nélkül mindenkinek számolnia kell, aki munkavégzésből származó jövedelemre kíván szert tenni. Akár fiatal pályakezdőről, már tapasztalt munkavállalóról, vagy 45 év feletti személyről beszélünk, a munkahely elvesztését vagy a tanulmányok befejezését követő munkába állás komoly akadályokba ütközhet. Főként, ha ehhez egyéb nehezítő körülmények is társulnak, amilyen például az alacsony, vagy nem piacképes iskolai végzettség, de akkor sem feltétlenül problémamentes a helyzet, ha olyan álláskeresőről van szó, aki megfelelően képzett, felsőfokú végzettségű, nyelvvizsgával és minden szükséges személyes kompetenciával rendelkezik. Más tényezők, például lakóhelyének földrajzi koordinátái is gátolhatják a megfelelő állás megtalálását és elnyerését, mivel ebben a tekintetben – ha csak az országhatárokon belül gondolkodunk – hazánk régióit figyelembe véve éles eltérések figyelhetők meg. A mobilitás kérdését pedig sok tényező befolyásolhatja, ami gyakran teszi megvalósíthatatlanná a munkahely megszerzése érdekében történő költözést. Egyre inkább elvárás a mobilitás, de nagyon sok ember van olyan élethelyzetben, amikor ha arra lenne is hajlandósága, nem tudja megvalósítani a viszonylag kisebb földrajzi távolságot átívelő költözést sem.

A fentiekben csupán néhány aspektust említettem a jelenlegi munkaerő-piaci nehézségek szemléltetésére, de úgy gondolom, hogy mindenki belátja saját és környezete tapasztalatai alapján, hogy a helyzet nem éppen a kívánatos állapotnak felel meg.

Mire számíthatnak ebben a helyzetben azok az emberek, akik valamilyen egészségügyi probléma következtében megváltozott munkaképességűvé váltak, illetve válnak a jövőben? Az ország össztlakosságához viszonyított magas arányuk és az ezen a létszámon belüli alacsony foglalkoztatottság miatt kiemelt figyelmet érdemel ez a réteg. Támogatásra van szükségük annak érdekében, hogy egyenlő

esélyekkel indulhassanak a munkaerő-piaci versenyben, de a mindennapi életben történő elfogadottságuk és esélyegyenlőségük megvalósulása is erősen kérdéses. Fontos a foglalkoztatásuk a társadalom és a gazdaság szempontjából, mivel ha részt vesznek a termelő folyamatokban és adófizető állampolgárokként élnek, a társadalom teljes jogú tagjaiként, ők is hozzájárulnak a nemzetgazdaság hatékonyabb működéséhez. Megfelelő befogadó munkahelyek hiányában azonban eltartottként, segélyekből élő rétegeként jelennek meg, amely mind az egyén, mind a társadalom számára káros. A gazdasági aspektusra már utaltam, ami mellett további probléma, hogy a munkából kieső személyek gyakran a társadalom peremére is kerülnek, emberi kapcsolataik beszűkülnek, elszigetelődnek. Mivel a megváltozott munkaképességű, illetve fogyatékkal élő emberek nagy többsége napjainkban nem tud elhelyezkedni, szociális ellátásuk (segélyek, járadékok, gyógykezelés) nagyon nagy terhet ró az állami kasszára, amelyet az egyre kevesebb aktív foglalkoztatott által fizetett adókból egyre kevésbé leszünk képesek finanszírozni.

Mindezek mellett a megváltozott munkaképességű személyek egyéni életminőségét is nagy mértékben javítja, ha el tudnak helyezkedni és képesek magukat saját jövedelmükből önállóan fenntartani. A munkahely megszerzése egyértelműen pozitív változást jelent az életükben: az anyagi vonatkozásokon túl többek között önértékelésüket, önbizalmukat, személyes emberi kapcsolataikat tekintve. Ezen túlmenően kutatások támasztják alá azt is, hogy azok az emberek, akik rendelkeznek állandó munkahellyel, egészségesebbek, bizonyos betegségek ritkábban fordulnak elő körükben, mint inaktív társaik esetében. Ez mind a lelki, mind a testi betegségek esetében megfigyelhető (pl. depresszió, keringési rendszer megbetegedései). Vizsgálatok bizonyították azt is, hogy az öngyilkossági magatartás tekintetében a legfontosabb rizikófaktor a munkanélküliség: a munkanélküliek 38%-ának vannak öngyilkossági gondolatai és 7%-uk kísérelt meg orvosi beavatkozást igénylő öngyilkosságot. (Kopp-Skrabski, 2003)

## **1. Alapfogalmak**

Mindenekelőtt nagyon fontosnak tartom a megváltozott munkaképesség és a hozzá kapcsolódó egészség, betegség, károsodás, fogyatékoság, valamint a rokkantság fogalmának tisztázását, mivel a köznyelvben, a szakirodalomban, a jogi, orvosi és szociális témájú szövegekben található megközelítések közel sem alkotnak egységes fogalmi keretet.

### ***1.1. Egészség***

Az egészség fogalma változó, fejlődő fogalom, hagyományos megközelítés szerint a betegség hiányát értik alatta. Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO szerint azonban az egészség nem csupán a betegség vagy a fogyatékoság hiányát jelenti, hanem a teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotát. (WHO, 1946) Ez a meghatározás inkább filozófiai jelentőségű, idealisztikus, de a gyakorlati kérdések megválaszolásánál kevésbé alkalmazható. Egy későbbi, 1984-es fogalom

meghatározás azt emeli ki, hogy az egészség annak a foka, amennyire az egyének és a közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére, szükségleteik kielégítésére, valamint a környezet kihívásaival megbirkózni. (WHO, 1986) Ezen megfogalmazás pozitívuma, hogy az egészséget fejleszthető állapotnak tekinti.

Parsons (id. Piskóti, 2008) egészségre vonatkozó megfogalmazása szerint valaminek vagy valamiknek a megléte utal az egészségre. Egyfajta fizikális és mentális egyensúlyi állapotot határoz meg, amely az egyén optimális teljesítőképességének állapota, aminek birtokában hatékonyan képes megfelelni azoknak a társadalmi szerepeknek, amelyeket szűk és tág környezete elvár tőle, amelyekre szocializálódott. Az egészség ebből a szempontból egyfajta attitűdként értelmezhető, az egyén azon törekvéseit és készségeit foglalja magában, amelyek a változó körülményekhez való folyamatos alkalmazkodást lehetővé teszik számára. Másrészt azon faktorok összességének is tekinthető, melyek segítik az egyént személyes ereje maximális kifejtésében és kihasználásában.

Kincses (1999) szerint az egészség az egyén biológiai működése, valamint a kora és neme szerint elérhető és/vagy a társadalom által elvárt biológiai működése közötti megfelelés. Az egészség megítélése a funkciók működésén (képeségek, korlátozottságok), a fájdalom létén, jellegén, és mindennek az egyén általi mentális feldolgozásán (elfogadásán) alapul.

Az egészségi állapot a szervezet anatómiai alkotóelemeinek, valamint azok funkciójának állapotát, a szervezet működésének egy meghatározott szintjét jelenti, amely befolyásolja az egyén közérzetét, képességeit, tevékenységét, továbbá társadalmi részvételét.

A szervezet működésének csökkenése, torzulása, mely belső (endogén) vagy külső (exogén) okok következménye az egészségi állapot romlása.

A kóros egészségi állapot a szervezet működésének betegség, rendellenesség, sérülés miatt bekövetkező, kedvezőtlen irányú változása.

## ***1.2. Betegség, károsodás, fogyatékoság, rokkantság***

Amikor a szervezet dinamikus egyensúlyi állapota valamilyen oknál fogva felborul és felépítésében, vagy működésében eltérések alakulnak ki, amelyek kóros folyamatokat indítanak el, ezek eredménye a megbetegedés. Betegségről pedig akkor beszélhetünk, ha a megbetegedést kiváltó ok tartósan fennmarad. A betegség megváltozott reakcióképesség, amely következtében a szervezet nem képes elhárítani az azt károsító ingereket.

### ***Károsodás***

A károsodás a biológiai működés zavara, a szervezeti struktúrák, fiziológiai funkciók hiánya, csökkenése, vagy torzulása, amely időszakos vagy állandó élettani

vagy anatómiai veszteséggént, rendellenességgént jelenik meg (magas vérnyomás, törött testrészt stb.). A károsodások kiváltó oka lehet veleszületett rendellenesség, betegség vagy sérülés, amelyek az egyén képességének csökkenését eredményezhetik, és ez által akadályozhatják tevékenységeinek kivitelezésében, mindennapi életvitelében nehézségek forrását jelenthetik.

Típusai:

- *Strukturális károsodás*: a szervezet szöveti, vagy szervi alkotóelemeinek a torzulása, csökkenése vagy hiánya.
- *Funkciókárosodás*: a szervezet alkotóelemei által megvalósítandó folyamatok, működések torzulása, csökkenése vagy hiánya.
- *Egészségkárosodás*: a szervezet morfológiai vagy funkcionális állapotának enyhe, közepes vagy súlyos eltérése a populációs normáktól. (Könczei, 1994)

### ***Fogyatékoság, rokkantság***

Nagy változatosságot mutat koronként és kultúránként, hogy mit értenek a fogyatékoság fogalma alatt. A különböző nyelvekben általában negatív jelentéstartalmat is kapcsolnak hozzá, tehát valaminek a hiányával, csökkent értékűséggel, kevésbé értékessel társítják. Köznapi értelemben általában úgy gondolják, hogy a fogyatékoság olyan korlátot jelent az egyén számára, amely miatt nem képes elvégezni a mindennapi élethez szükséges tevékenységeket sem, korlátozza társadalmi aktivitását, a rokkantságot pedig a jövedelemszerző képesség csökkenésével, vagy elvesztésével azonosítják. (Tasnádi, 2006)

A WHO 1980-ban publikált meghatározása még három, egymástól fokozatilag és tartalmilag egyaránt eltérő fogalmat különböztetett meg, amelyek a következők:

- A *károsodást* (impairment), egészségkárosodást az ember pszichológiai, fiziológiai szerkezetének, funkciójának bármiféle rendellenességeként, vagy hiányosságaként határozták meg.
- A *fogyatékoságot* (disability) az ember bizonyos tevékenységeinek (pl. közlekedés, evés, ivás, mosakodás, munka, írás stb.) módosult, csökkent képességeként definiálták.
- A *hátrány* (handicap) a két előző fokozatból, a károsodásból vagy a fogyatékoságból eredő társadalmi hátrány, amely korlátozza, sőt, esetenként meg is akadályozza, hogy az egyén betöltse kortól, nemtől, társadalmi és kulturális tényezőktől függő normális, mindennapi szerepét. A károsodás tehát a fogyatékoság társadalmivá válását, a társadalomban érvényesülő következményeinek megnyilvánulását jelenti ezen értelmezés szerint.

Az itt meghatározott fogalmakat gyakran illették kritikával, amelyeknek lényegi magja az volt, hogy a problémákat csak az egyén szemszögéből közelítették meg, egyéni problémaként kezelték, annak ellenére, hogy nyilvánvalóan nem csak az egyén, hanem az egész társadalom számára nehézségeket okoznak.

A szakirodalomban is publikált kritikák hatására 1997-ben a WHO új, forradalmi jelentőségű terminológiát dolgozott ki. Ez az újfajta értelmezés továbbra is megtartotta kiindulópontként az egészségi állapotot, de többszintűvé vált: a környezeti (társadalmi) és a személyes (egyéni) háttértényezőket is figyelembe veszi. Az egészségkárosodást úgy határozza meg, mint a személy aktivitását, ezáltal pedig a társadalomban történő részvételét korlátozó tényezőt. Az új értelmezés tehát kikerüli a kritika élet, világossá teszi a fő kérdést, ami a társadalmi részvétel, másrészt utal arra is, hogy az egyéni túl a környezettel is összefüggő kérdéstről van szó. Ezáltal egyértelművé válik a társadalom felelőssége és az is, hogy gyakran tulajdonképpen nem is az állapot, hanem a környezet tesz fogyatékoská. (Kálmán – Könczei, 2002) Ebben az összefüggésben tehát egy adott jellemző akkor jelent fogyatékossgot, ha egy adott cél elérését alapvetően gátló állapotnak tartják.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény a következőképpen fogalmaz:

„A fogyatékos emberek a társadalom egyenlő méltóságú, egyenrangú tagjai, akik a mindenkire megillető jogokkal és lehetőségekkel csak jelentős nehézségek árán vagy egyáltalán nem képesek élni.

Fogyatékos személy az, 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.”

A 4M (Megoldás Munkáltatóknak és Megváltozott Munkaképességű Munkavállalóknak) rehabilitációs munkaerő-piaci szolgáltatás a következőképpen írja le a fogalmat: fogyatékossgának azt a helyzetet tekintjük, amikor a test struktúrájának és/vagy funkciójának sérülése miatt az ember mindennapos tevékenysége, így az érintett személy társadalmi életben való részvétele akadályozott. A fogyatékossg nem betegség, tehát önmagában nem zárja ki az egészséget. (<http://www.megvaltozott.hu/munkaltatoknak.html>)

A fogyatékossg következménye az alapvető tevékenységek korlátozottsága, amit egy vagy több képesség (fizikai, mentális, kézügyesség, kitartás, erő kifejtés stb.) elégtelensége okoz. Mértéke az egyéntől elvárt, illetve az aktuálisan nyújtott teljesítmény különbségével jellemezhető. Ezen állapot fennállását tekintve beszélhetünk *átmeneti* és *tartós* fogyatékossgáról. Az átmeneti fogyatékossg esetében az egészségkárosodás gyógykezelés, orvosi rehabilitáció segítségével megszüntethető vagy lényegesen csökkenthető, ez tehát csak a részvétel ideiglenes korlátozottságát jelenti. Tartós fogyatékossg az egészségkárosodás stabilizálódása esetén alakul ki, amennyiben további gyógykezelés már nem eredményezi a kóros állapot javulását.

A fogyatékossg továbbá lehet *részleges* vagy *teljes*, minőségi és mennyiségi meghatározottsága szerint lehet *enyhe*, *mérsékelt*, *közepes* vagy *súlyos* mértékű.

Míg a fogyatékossgot az alapvető tevékenységek korlátozottságaként definiálják, a rokkantságot a részvétel akadályozottságával azonosítják. Eszerint a rokkantság a társadalmi részvétel korlátozottsága, az egyén tartós akadályozottságát jelenti valamely olyan tevékenység ellátásában (önellátás, tanulás, keresőképesség stb.), amely szerepkör, illetőleg feladat ellátása egyébként az egyén neme, kora és társadalmi szerepe alapján elvárható. A rokkantság nem a károsodás, vagy fogyatékossg közvetlen eredménye, hanem a fogyatékos ember, valamint a szűkebb és tágabb környezete közötti kölcsönhatás következménye.

### ***1.3. Megváltozott munkaképesség, rehabilitáció***

#### ***Megváltozott munkaképességű személyek***

Napjainkban a rokkantság fogalmát kevésbé használjuk, pontosabban fejezi ki az adott állapot lényegét a megváltozott munkaképesség fogalma. A 4M alternatív munkaerő-piaci program szerint megváltozott munkaképességűek azon személyek, akik veleszületett okoknál fogva, illetve balesetből, vagy betegségből kifolyólag nem képesek olyan módon vagy mértékben elvégezni a rájuk bízott feladatokat, mint a hozzájuk korban, nemben, képzettségben hasonló személyek általában. (<http://www.megvaltozott.hu/munkaltatoknak.html>)

Magyarországon a rokkantság, illetve a munkaképesség csökkenés mértékének megítélése jelenleg a Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv Szakértői Bizottságának (korábban OOSZI, majd ORSZI, illetve NRSZH) feladata, amely jogosult a munkavégző képesség elvesztését százalékos mértékben megállapítani és komplex minősítést kiadni. A szakértői vizsgálat eredményeképpen a személy egy szakvéleményt kap, mely kimondja, hogy hány százalékos munkaképesség csökkenéssel/össz-szervezeti egészségkárosodással rendelkezik, komplex szakvélemény esetén milyen mértékű az egészségi állapota valamint, hogy az egészségügyi, szociális és foglalkozási rehabilitációja javasolt-e, továbbá hogy ezen tényezők alapján milyen kategóriába sorolható.

Megváltozott munkaképességű e szakvélemények szerint az a személy,

- akinek a munkaképesség csökkenése az OOSZI szakvélemény szerint eléri a 50%-ot, vagy
- akinek az össz-szervezeti egészségkárosodása az ORSZI/NRSZH szakvélemény szerint eléri az 40%-ot és az e feletti mértéket.

A jogszabályi változások következtében 2012. január 1-jét követően az lehet jogosult a megváltozott munkaképességűek ellátásaira, akinek az egészségi állapota 60%-os vagy annál kisebb mértékű. (2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról)

Komplex szakvélemény szerint – az egészségügyi, szociális és foglalkoztatási helyzet figyelembevételével - a következő kategóriák kerülhetnek megállapításra:

- B1: foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható (50-60% közötti egészségi állapot).
- B2: egészségi állapota alapján rehabilitálható, azonban egyéb körülményei miatt foglalkozási rehabilitációja nem javasolt (50-60% közötti egészségi állapot).
- C1: tartós foglalkozási rehabilitációt igénylő személy (30-50% közötti egészségi állapot).
- C2: egészségi állapota alapján tartós rehabilitációt igényel, azonban a külön jogszabályban meghatározott egyéb körülményei miatt foglalkozási rehabilitációja nem javasolt (30-50% közötti egészségi állapot).
- D: csak folyamatos támogatással foglalkoztatható személy (30% alatti egészségi állapot).
- E: egészségkárosodása jelentős, önellátásra részben, vagy egyáltalán nem képes (30% alatti egészségi állapot).

A munkaképesség csökkenés foka alapján különböző társadalombiztosítási ellátások (rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíj) és szociális juttatások (rendszeres szociális járadék, átmeneti járadék, bányászok egészségkárosodási járadéka), illetve támogatások illették meg a megváltozott munkaképességű személyeket. Az említett juttatások a 2011. évi CXCI. törvény rendelkezései alapján átalakultak, jelenleg rokkantsági és rehabilitációs ellátás létezik, valamint a rehabilitációs járadék, mint kifutó ellátási forma. Utóbbit továbbra is megkapják azok, akik részére 2011. december 31-e előtt állapították meg a jogosultságot – a meghatározott időtartamban – újabb ilyen típusú ellátások azonban már nem kerülnek megállapításra.

A megváltozott munkaképességű személyek fogalma a munka világához, a munkaerő-piachoz kapcsolódik, mivel azt a vizsgálati szempontot takarja, hogyan befolyásolja a károsodás (betegség), fogyatékos vagy rokkantság az egyén munkavállalását, munkahelyének megtartását; vagyis az egyént a foglalkoztathatóság szempontrendszerén keresztül minősíti. (A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának támogatása, 2004)

A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény hatályos állapotának fogalom meghatározása szerint „megváltozott munkaképességű személy: aki testi vagy szellemi fogyatékos, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahelymegtartási 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 keresőtevékenységet folytat, tekintet nélkül arra, hogy egészségi állapota alapján ellátásban részesül-e vagy sem.

## **Rehabilitáció**

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 100.§-a (1) bekezdése a következőképpen fogalmaz:

„A rehabilitáció olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított, vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.”

Továbbá hozzáteszi, hogy a rehabilitáció különböző területeken valósulhat meg: egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések összehangolt és egyénre szabott alkalmazása az érintett személy tevékeny részvételével.

A rehabilitáció fogalma értelemszerűen nem terjed ki a veleszületett, illetve fejlődési rendellenesség, betegség vagy baleset következtében fejlődésében megzavart és ezért a közösségi életben akadályozott gyermekekre, felnőttekre, hiszen esetükben nem lehet a korábbi helyzet visszaállítása a cél (a rehabilitáció orvosi értelemben az elvesztett fizikai képességek visszaállítása, illetve a csökkent munkaképességnek megfelelő munkába állítás). Az ilyen személyeket csak a társadalomba behelyezni, vagyis habilitálni lehet, hogy fogyatékoságuk mellett, vagy annak ellenére megtalálják helyüket a társadalomban.

A rehabilitáció tehát komplex folyamat, megvalósítása különböző szakterületeken dolgozók, valamint a rehabilitálandó személy együttműködését követeli meg. A szakirodalmak általában a rehabilitációs folyamat 3 főbb szakaszát emelik ki, amelyek további részekre bonthatók.

Ezek a fő szakaszok a következők:

1. *Orvosi rehabilitáció:* A legegyszerűbben úgy fogalmazható meg, hogy az egészségi állapot helyreállítására irányuló rehabilitációs tevékenység. „Az orvosi rehabilitáció célja, hogy az egészségi állapotukban károsodottakat és a fogyatékosokat - az egészségtudomány eszközeivel - meglévő képességeik (ki)fejlesztésével, illetve pótlásával segítsék abban, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, más közösségbe való beilleszkedésre.” (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 100.§ (4) bekezdés)
2. *Szociális rehabilitáció:* A rehabilitálandó személy gyakran halad a környezetétől való elszigetelődés irányába, kapcsolatai leépülhetnek, ezért a szociális rehabilitáció célja azon túl, hogy az egyén önálló életvitelét támogassa a társadalomban történő részvétel elősegítése is. Ez az egyén szűkebb (családi) és tágabb közösségi, társadalmi kapcsolatainak megőrzését, helyreállítását, vagy azok hiányában kialakítását jelenti. A szociális rehabilitáció részét képezi a rehabilitálandó személy és környezete pszichés támogatása, ami segíti a munkaképesség megváltozás



okozta veszteségélmény, krízis feldolgozását, illetve az új helyzetnek megfelelő énkép kialakítását.

3. *Foglalkozási rehabilitáció:* A foglalkozási rehabilitáció az a folyamat, amely a megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci integrációját célozza. A folyamat során szükség van az egyéni képességek, valamint a további személyiségjellemzők felmérésére, ugyanúgy, mint normál esetben, hiszen a cél itt is az egyén és a pálya illeszkedési pontjának a megtalálása. Nem elég tehát azt megállapítani, hogy milyen munkakört képes ellátni a személy a „megmaradt” képességeivel, erőforrásaival, számára is fontos, hogy az a munka, amivel a jövőben foglalkozni fog, összhangban legyen értékeivel és érdeklődésével is a lehetőségekhez mérten. (Kun, 2009)

A foglalkozási rehabilitáció területén az utóbbi években, évtizedekben jelentős változások következtek be, elsősorban az Európai Unióhoz történt csatlakozásunknak köszönhetően. Míg korábban a védett formában történő foglalkoztatás volt jellemző, addig ma a foglalkozási rehabilitáció elsődleges célja a nyílt munkaerőpiacon történő munkavégzésre való felkészítés, valamint elhelyezés.

## **2. Az integráció fogalma és megvalósításának elméleti lehetőségei**

A megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci integrálása komplex megközelítésmódot igényel, mivel egy egyén munkaerőpiacra történő újraintegrálását számos tényező, valamint a tényezők kapcsolata, illeszkedése befolyásolja. Ezek a tényezők a munkavállalási helyzet, a munkaerőpiac szereplőjéhez kapcsolódnak:

- egyrészt a munkavállaló egyén sajátosságait,
- másrészt pedig a munkahelyet biztosító környezet, szervezet sajátosságait jelentik.

Egyértelmű, hogy az egyén munkahelyi eredményességét, hatékonyságát, motiváltságát és később a munkával való elégedettségét is saját személyes jellemzőinek és a munkahelyi környezet jellemzőinek, a munkahelyi elvárásoknak a kapcsolata határozza meg. Ezeknek a tényezőknek az illeszkedése különösen fontos abban az esetben, ha megváltozott munkaképességű személyekről beszélünk, hiszen ők különböző speciális jellemzőkkel is rendelkezhetnek helyzetükből adódóan. Az egyén objektív és szubjektív jellemzőinek a szervezet és a munkatevékenység jellemzőivel való összehangolása tehát fontos kiindulópontot jelent az integráció folyamatában.

Az egyén és a munkatevékenység összhangját a munkatevékenység oldaláról elsősorban a munkaköri elvárások határozzák meg, amelyek leggyakrabban szakmai ismeretekre, általános és speciális képességekre, készségekre vonatkoznak. Emellett figyelembe kell venni a munkatevékenységek további jellemzőit is (pl. fizikai

környezet, időbeosztás), amelyek szintén követelményeket állítanak a dolgozók elé. A követelményeken túl a munkatevékenységek természetesen lehetőségeket is jelentenek az embereknek szükségleteik, vágyaik, érdeklődésük kiteljesítésére.

A kapcsolat másik szereplője, az egyén, aki szeretné hasznosítani azokat az ismereteket, képességeket, készségeket, amelyekkel rendelkezik, valamint sajátos szükségleteit, érdeklődését, értékeit, munkamódját szeretné érvényesíteni a munkatevékenység ellátása során. Emiatt fontos, hogy olyan munkatevékenységet, olyan szervezeti környezetben végezzen, amely illeszkedik sajátosságaihoz.

A megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci integrálására irányuló programok leginkább akkor lehetnek sikeresek, ha figyelembe veszik a folyamat minden szereplőjét, valamint azok jellemzőit, illetve a beavatkozások megtételénél számolnak az egyes szereplők közötti interakciókkal. (Münnich – Csízik, 2006)

### ***2.1. Beavatkozási lehetőségek***

Az integrációt célzó beavatkozásokat megelőzően mindenképpen meg kell ismernünk az érintettek sajátosságait, úgy az egyén sajátosságait, mint a környezet már említett jellemzőit tekintetében.

#### ***Egyén***

Az egyén ismeretein, képességein, készségein, szükségletein, érdeklődésén, értékein és munkamódján túl fontos ismerni speciális helyzetéből (betegségéből/sérüléséből) fakadó sajátosságait. Ide tartoznak az ebből is adódó fizikai jellemzői, korlátai, egészségügyi problémái, ellátásának sajátosságai, valamint pszichikai jellemzői is, továbbá életmódbeli sajátosságai, napirendje, társasági élete, mobilitása, szociális és intézményi támogatásai, valamint képzési és munkavállalási lehetőségei. Az itt felsoroltak, valamint a munkavállalással kapcsolatos igényei, szükségletei, elvárásai képezik a későbbi beavatkozások alapját.

Kiemelném a nehézségek mellett azt, hogy a megváltozott munkaképességű személyek speciális előnyös tulajdonságokkal is rendelkeznek. Kutatások támasztják alá, hogy az ilyen munkavállalók gyakran nagyobb motiváltsággal, szorgalommal, elkötelezettséggel dolgoznak, valamint elképzelhető, hogy mindennapi napirendjükből adódóan a munkaszervezésben, a tevékenységek tervezésében is kiemelkedő hatékonyságot mutatnak. Más vizsgálatok azt hangsúlyozták, hogy foglalkoztatásuk milyen járulékos előnyöket jelenthet a munkáltató számára. Úgy találták, hogy a ritka kivételektől eltekintve munkafegyelmük, valamint a vállalat iránti hűségük meghaladja az átlagos szintet, továbbá fokozott megbízhatóság, kevesebb hiányzás és alacsony fluktuáció jellemzi őket. Költség-haszon elemzések igazolták, hogy a rehabilitáció költségeit hosszú

távon többszörösen meghaladják a hozamok. (Megváltozott munkaképességű dolgozók a munkaerő-piacon, 2007)

Pozitív tulajdonságaik és foglalkoztatásuk előnyeinek hangsúlyozása serkentheti foglalkoztatásuk arányainak növekedését is.

A felsorolt egyéni jellemzők ismerete nyújt kiindulási alapot a munkavállalók és munkaadók jellemzőinek, elvárásainak illesztését célzó rehabilitációs tervek kidolgozása és megvalósítása során. Az egyének fejlesztésében kiemelt szerepet kell kapniuk a munkavállalás szempontjából fontos képességek, ismeretek fejlesztésének, a helyzetükből adódó önbizalmi, önértékelési problémáik kezelésének, a munkahelyi társas kapcsolatokban való hatékony viselkedés elsajátításának, valamint a sikeres álláskereséshez szükséges aktív lépések megtételére vonatkozó tájékoztatásnak.

### **Környezet**

A megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci integrálásához a folyamat másik oldalán szereplő intézményeket, szervezeteket, a munkáltatókat is ismernünk kell. Fontos tudnunk, hogy a szervezetek milyen tevékenységi körrel rendelkeznek, az egyes iparágakban melyek a leggyakoribb munkakörök, és ezen belül is melyek azok, ahol kisebb-nagyobb módosításokkal vagy azok nélkül a megváltozott munkaképességű emberek értékes munkaerőként dolgozhatnak.

Meg kell ismernünk a munkakörökhöz tartozó követelményrendszereket, elvárásokat, ha létezik ilyen, a munkáltató szervezet kifejezett nézeteit, véleményét a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásával kapcsolatban. Ezek a nézetek és attitűdök gyakran nem konkrét tapasztalatokon, hanem előítéleteken, sztereotípiákon alapulnak, amelyek az érintettek alkalmazását gátolják. A negatív viszonyulások a tapasztalatok útján változtathatóak meg a leginkább, ezért segíthet az is, ha a szervezetek képviselői különböző fórumokon találkoznak egymással és olyanokkal, akik már rendelkeznek pozitív tapasztalatokkal, amelyeket megosztanak a többi résztvevővel, esetleg az előnyök hangsúlyozásával együtt. Ez a párbeszéd, valamint a szervezetek érdekeltiségének fokozása, például a foglalkoztatási törvény által meghatározott rehabilitációs hozzájárulás együttesen komoly ösztönző erőt jelenthet.<sup>1</sup>

A munkaerő-piaci integráció sikerességéhez mindkét fél motiváltságára, aktivitására és felelősségvállalására szükség van. Ez a munkáltatók részéről többek között a nyitott munkakörök kommunikálását, az egyenlő esélyek biztosítását a toborzás és kiválasztás során, az esetleges munkahelyi módosításokra való hajlandóságot, a megfelelő bánásmódot jelenti. A megváltozott munkaképességű emberek munkavállalással, foglalkozási rehabilitációval kapcsolatos problémáinak

---

<sup>1</sup> A foglalkoztatási törvény 41/A. § (1) bekezdése szerint a munkaadó rehabilitációs hozzájárulás fizetésére köteles, ha az általa foglalkoztatottak létszáma a 20 főt meghaladja, és az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek száma nem éri el a létszám 5 százalékát.

A 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról a foglalkoztatott létszám alsó határát 25 főre módosította, a rehabilitációs hozzájárulás mértéke azonban változatlanul 964 500 Ft/fő/év.

hozzáértő kezeléséhez, az érintettek számára megfelelő támogatások és szolgáltatások nyújtásához olyan szakemberekre is szükség van, akik a probléma elméleti és gyakorlati vonatkozásait mélyrehatóan ismerik és a szükséges beavatkozásokat alkalmazni tudják.

## Zárás

*„Nincs külön világ az épek  
és egy másik a fogyatékosokkal élők számára,  
egyetlen világ van,  
s valamennyiünknek abban kell élnünk,  
emberséges békeességben.”  
/Kálmán - Kőnczei, 2002/*

A megváltozott munkaképességűekhez, valamint foglalkozási rehabilitációjukhoz kötődő fogalmak áttekintése után jól látható, hogy ezen személyek munkaerő-piaci (re)integrációja összetett folyamat, amely csak komplex megközelítéssel, és támogató szervezetek közreműködésével valósítható meg. Éppen ez az oka annak, hogy több olyan alternatív munkaerő-piaci program, és az ezeket megvalósító szervezetek országos hálózata működik ma Magyarországon, amelyek a megváltozott munkaképességű személyek nyílt munkaerő-piaci elhelyezését, valamint az erre való felkészítését tűzték ki célul.

Ezek a programok eltérőek abból a szempontból, hogy kialakításuk, vagy külföldi modell alapján történő adaptációjuk megkezdésekor mely szűkebb vagy tágabb célcsoportot határozták meg a maguk számára. Az amerikai modellen alapuló Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás például a kezdetekkor értelmi sérült személyek segítését határozta meg célként, majd a későbbiekben kiterjesztette célcsoportját más sérülésekkel és betegségekkel élő emberek számára is. A Komplex Munkaerő-piaci Szolgáltatás modell a mozgássérültek foglalkozási rehabilitációjának elősegítésével kezdte meg tevékenységét, majd célcsoportja a későbbiekben szintén bővült, de külön alternatív munkaerő-piaci program létezik látássérült személyek foglalkozási rehabilitációjának támogatására is. Van azonban olyan modell is, ami az indulásától kezdve a megváltozott munkaképességű személyek teljes csoportjának segítését tűzte ki célul, betegségtípustól függetlenül. Ez utóbbit hívják 4M programnak, mely a következő szavak kezdőbetűiből tevődik össze: **M**egoldás **M**unkáltatóknak és **M**egváltozott munkaképességű **M**unkavállalóknak.

Tanulmányom következő részében bemutatom a már említett, valamint további Magyarországon működő alternatív munkaerő-piaci modelleket, ezen belül kidolgozásuk, ill. adaptációjuk részleteit, célcsoportjaik meghatározását, valamint felsorolom a modelleket megvalósító civil szervezeteket.

## Felhasznált irodalom

1. 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
2. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 100.§-a (1), (4) bekezdés
3. 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról
4. 4M rehabilitációs munkaerő-piaci modell weboldala. Megoldás Munkáltatóknak és Megváltozott Munkaképességű Munkavállalóknak. Fogalmak.  
<http://www.megvaltozott.hu/munkaltatoknak.html> (2012.03.26.)
5. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának támogatása (2004) In: Cégvezetők Kiskönyvtára (E-folyóirat): Foglalkoztatási támogatások, IX. évfolyam 3. szám.  
<http://cegvezetok-klubja.cegnet.hu/2004/3/13-a-megvaltozott-munkakepessegu-szemelyek-foglalkoztatasanak-tamogatasa> (2012.01.20.)
6. Kálmán Zsófia – Könczei György (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Budapest, 21., 81-97. p.
7. Kincses Gyula (1999): Egészség (?) – gazdaság (?). Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft., Budapest, 9-15. p.
8. Kollár Csaba (2011): A szervezeti egészségtervhez kapcsolódó műszaki-informatikai megoldások és lehetőségek. Protokollár Tanácsadó Iroda, Budapest, 165 p.
9. Kollár Csaba – Berényi András (2009): Szervezeti ismeretek – a munka világába való visszatérés – az esélyegyenlőség alapjai. In: Székelyné K E, Szabó G (szerk.): Esélyegyenlőségi kommunikációs ismeretek a munka világában – HR. 131 p. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest, 33-70. p.
10. Kopp Mária - Skrabski Árpád (2003): Lelki egészség In: Csaba György (szerk.): Egészségmegőrzés. Természet Világa 2003/II. 37-40. p.
11. Könczei György (1994): „Mégis kinek az érdeke”. A fogyatékkutatás és a fogyatékospolitika útja a rehabilitációtól a független életig. MTA Akadémiai doktori értekezés. Budapest
12. Megváltozott munkaképességű dolgozók a munkaerő-piacon (2007): Szociológiai vizsgálat munkaadók körében a „Társadalmi Változás = Esély” című Európai Unió projekt keretében. Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete, Pécs
13. Münnich Ákos – Csízik Tímea (2006): A megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci integrációjának komplex megközelítése. In:

- Münnich Ákos (szerk.) (2006): Pszichológiai szempontok a megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci integrációjának elősegítéséhez. Didakt Kft., Debrecen
14. Piskóti Zoltánné (2008): Az érzelmi stabilitás, az érzelmi élet egyensúlya. Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet, Budapest
  15. Tasnádi Ágnes (2006): Rehabilitáció I. Továbbképzési füzetek. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 7-48. p.
  16. WHO Alkotmánya (1946), 1. § (a New Yorkban tartott Nemzetközi Egészségügyi Értekezleten 1946. július hó 22-én írta alá 61 ország képviselője, 1948. április 7-én lépett hatályba)
  17. WHO Ottawai Egészségmegőrzési Nyilatkozata (1986)