

348.491

SZOCIÁL- POLITIKAI ÉRTESÍTŐ

1987

2

MTA · SZOCIOLÓGIAI KUTATÓ INTÉZET

A TÁRSADALOMPOLITIKA
ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI KUTATÁS
TS/3 PROGRAM ÉRTESÍTŐJE

KÉSZÜLT A MTA SZOCIOLÓGIAI KUTATÓ INTÉZET
TÁRSADALOMPOLITIKAI OSZTÁLYÁN
FELELŐS KIADÓ: CSEH-SZOMBATHY LÁSZLÓ

Szerkesztette: Gere Ilona
Gazsó L. Ferenc

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
SZOCIOLÓGIAI KUTATÓ INTÉZETE
Társadalompolitikai Osztálya

SZOCIÁLPOLITIKAI ÉRTESÍTŐ

1987/2

EGÉSZSÉGHÁROSODÁS-ROKKANTSÁG-REHABILITÁCIÓ

BUDAPEST

1987

MAGYAR
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA
KÖNYVTÁRA

ISSN-0236-9834

Hozott anyagról sokszorosítva
8717339 MTA Sokszorosító, Budapest. Felelős vezető: dr. Héczey Lászlóné

Tartalom

	old
Előszó	5
GERE Ilona: Az egészségkárosodás társadalmi hatásai	9
KÖNCZEI György: Az altruista megközelítés	18
BOKOR Rózsa: Történeti visszapillantás a hazai rehabilitáció fejlődésére	25
MAJOR Mária: Rokkantság - rehabilitáció	34
GERE Ilona: A foglalkozási rehabilitáció vállalati problémáiról a 8/1983.sz. EüM-Pm rendelet tükrében	57
KÖNCZEI György: A foglalkozási rehabilitáció gyökeres reformjának szükségességéről	74
BOKOR Rózsa: Egy szövetség megszületése	83
DARU Gerőné: A vakok helyzete Magyarországon	92
ILLÉSFALVI Béla: A hallássérültek társadalmi beilleszkedése	105
 <u>Vizsgálatok</u>	
NOVÁK Mária: A rokkantsági nyugdíjasok sorsa hazánkban	117
GARBACZ Teréz: Tapasztalatok, tanulságok a pesthidegkuti lakótelepen	153
 <u>Külföldi szakirodalom</u>	
M.Blaxter: Mit jelent a rokkantság? /Szociológiai tanulmány a csökkent képességről/	169
A fogyatékosok és a munka	181
J.L.Steylaers: Válogatás néhány ország rehabilitációs gyakorlatából	193
A szociálpolitika és a fiatal rokkantak	224
Válogatott bibliográfia a rehabilitáció és a rokkantság hazai irodalmából	235

Előszó

Az egészségükben tartósan károsodott emberek visszatérése a társadalomba, széleskörű összefogást, életük számos területére irányuló segítségnyújtást tesz szükségessé. Ezt a tevékenységet összefoglalva komplex rehabilitációnak nevezzük, melynek foglalkozási és - érintőlegesen - társadalmi részegységét szeretnénk e kötetben - a teljesség igénye nélkül bemutatni.

Foglalkozási rehabilitációt igényelnek mindazok, akiknek betegsége, balesete olyan képességek korlátokat, funkcionális zavarokat okozott, hogy eredeti munkakörükben, változtatás nélkül, tovább nem foglalkoztathatók. Azon egyéni, állami és társadalmi beavatkozások összességét pedig, amelyek eredményeként ezek a megváltozott munkaképességű személyek megmaradt képességeiket maximálisan hasznosító munkavégzésre válnak alkalmassá, foglalkozási rehabilitációnak nevezzük. Ez a folyamat csak akkor lehet eredményes, ha az érintettek számára az ilyen igényű munkakör biztosított, a hozzá kapcsolódó anyagi és erkölcsi elismeréssel együtt.

Hazánkban jelenleg ritkán valósul meg a foglalkozási rehabilitáció ilyen teljes íve. Mindenekelőtt az a szemlélet hibás, amely a tartósan megbetegedett embereket egyszerűen leírja a "hasznos" emberek sorából. "Hasznos" ember ugyanis - az érvényes értékrend szerint - csak az lehet, aki munkaerőként meg tud felelni azoknak az elvárásoknak, amelyek sok esetben a fiziológiai-
lag teljesen ép embereknél is komoly nehézséget jelentenek. Társadalmi elismerés többnyire csak a nagy - elsősorban állami - munkaszervezetekben, napi 8 órát /az utóbbi időben ennél is többet/ teljesítő dolgozót illeti meg. Nincs értéke a részmunkaidőben, bedolgozói formában végzett tevékenységnek.

E hibás értékítélet alapjaiban gátolja a sérült emberek - esetleg a megszokottól eltérő formát, rugalmasabb munkarendet igénylő - foglalkoztatását. Az utóbbi évek gazdálkodási feltételei, a bővülő munkaerőkinálat tovább nehezítette a megváltozott munkaképességűek munkavállalását. Ugyanakkor nem épültek ki még

azok a foglalkoztatási formák /kisszervezetek, bedolgozói hálózat stb./, amelyek rugalmasabb szervezeti és gazdálkodási feltételeik miatt alkalmasak lehetnének e réteg szélesebb körű foglalkoztatására.

Az állami támogatások sem ösztönzik a rehabilitáció vállalására azokat, akik felé irányulnak /pl. vállalatok, intézmények/, és nem érintik azokat, akik adottságaik miatt alkalmasak lehetnének e tevékenység felvállalására /pl. magánkezdeményezések, kisszövetkezetek stb./.

A nagyformátumu rendezések kizárólagossága miatt - mely gyakran tulrendezéshez vezet - teljesen figyelmen kívül maradt az önrehabilitáció lehetősége is. Pedig az ide irányított segítség /anyagi és módszerbeli támogatás/ felszabadíthatna egy sor feleslegesen - és a nem megfelelő helyen eredménytelenül - lekötött rehabilitációs eszközt.

A kötet első részében e problémák többoldalu bemutatására vállalkoztunk.

A következő fejezetek az egészségkárosodottak különböző csoportjainak speciális helyzetét, érdekvédelmét ismertetik. Természetesen nem öleli fel teljes körüket, hiszen például a krónikus betegeknek még semmilyen képviselőjük nem alakult ki. Az értelmi fogyatékosokkal pedig azért nem foglalkozunk részletesen, mert helyzetükről 1985-ben, ugyancsak a Szociálpolitikai Értesítő sorozatban önálló kötet jelent meg.

Bár a különböző csoportok szervezeteinek céljai, feladatai eltérőek, a következő gondokról mindegyikük beszámol:

- anyagi, tárgyi ellátottságuk hiányos;
- a döntésekbe nem vonják be az érintetteket, csak utólag közlik velük az eredményt;
- sokszor olyan mértékű a kapcsolódás /vagy függés/ a felettes szervekhez, amely lehetetlenné teszi a tényleges érdekvédelmet, sokkal inkább egyfajta "kiegyezés"-re törekszik.

A kötet első részének utolsó két tanulmánya szociológiai vizsgálatok eredményeit közli. Az egyik az egyre nagyobb létszámú rokkantsági nyugdíjasok társadalmi helyzetét, életmódját;

a másik a mozgássérültek részére létrehozott kísérleti lakótelep tanulságait elemzi.

A kötet második része - külföldi szakemberek tollából - rövid - és a terjedelem miatt esetleges - válogatást ad más országok rehabilitációs politikájáról, gyakorlatáról; az érintettek helyzetéről, gondjairól, és a megoldás utkereséseiről.

Bizunk abban, hogy kötetünkkel, melynek minden írása a sérült emberek talpraállítását kívánta segíteni, nemcsak a megoldás szükségességét, hanem halaszthatatlanságát is sikerült bizonyítaniunk.

Budapest, 1986

Gere Ilona
szerkesztő

AZ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS TÁRSADALMI HATÁSAI

Az egészség, betegség, rokkantság meghatározása az utóbbi években kiszélesedik, társadalmibbá válik. Az Egészségügyi Világszerv definíciója szerint az egészség "nem csupán a betegség és a rossz testi és szellemi közérzet hiányát jelenti, hanem a teljes testi, szellemi és társadalmi jó közérzet állapotát". A rokkantság, egészségkárosodás meghatározásában is egyre inkább a társadalmi cselekvés korlátozottsága, annak mértéke és iránya kap hangsúlyt. Ez azt jelenti, hogy míg korábban a betegség fajtája és súlyossága határozta meg a rokkantság tényét és fokozatát, addig ma elsősorban azt veszik figyelembe, hogy ki, mennyire tudja magát és háztartását ellátni; mennyiben tud eleget tenni a kötelezettségeinek.

A fogalom ilyen jellegű kiszélesítésére más irányba is szükség lenne. Így amikor az egészségkárosodottak, rokkantak általános helyzetét vizsgáljuk, nem elégséges egészségügyi helyzetük ismerete, vizsgálni kell anyagi és szociális biztonságukat, foglalkoztatási lehetőségeiket, a társadalmi folyamatokba való visszailleszkedésük esélyeit is. Feltételezhető ugyanis, hogy e - többnyire hátrányos helyzetben lévő - réteg problémáinak jelentős része nem csupán megromlott egészségi állapotának szükségzerű kísérője, sokkal inkább a különböző társadalmi-gazdasági folyamatok hiányosságainak következménye. E hiányosságok egy része természetesen az egészséges emberek életvitelét is nehezíti, de számukra általában nem jelentenek olyan megoldhatatlan akadályokat, melyeknek következtében tartósan - esetleg visszafordíthatatlanul - hátrányos körülmények közé kerülnének. A súlyosan beteg embereknél viszont ezek a nehézségek halmozottan, rendkívül rövid életszakaszra koncentrálódnak.

A súlyosan megbetegedett emberek jelentős része a krízist megelőző időszakban is komoly hátrányokkal és érdekérvényesítési nehézségekkel küzdött. Ez részint a társadalmi hátrányok generációs átöröklődésével magyarázható. Hiszen a rossz lakáskörülmények között, nagy szegénységben élő sokgyermekes családokból

szinte törvénytörően gyengébb biológiai adottságu, ezért sérülékenyebb, alacsony iskolai végzettségű, ezért rossz munkakörülmények között dolgozó új generáció lép ki. Ezeket az alap-hátrányokat többnyire csak emberfeletti erőfeszítések árán lehet ledolgozni. Ha azonban egy súlyos betegség, vagy baleset okoz törést az életükben, felzárkózásuk - társadalmi segítség nélkül - szinte lehetetlenné válik.

Az egészség-betegség-rokkantság folyamatának vizsgálatakor épp ezért fontos megismerni, hogy milyen társadalmi-szociális tényezők játszhatnak szerepet a betegségek kialakulásában, súlyossá válásában.

Az utóbbi években az aktív korosztályon belül emelkedett a tartós megbetegedések aránya, és az elmúlt 10 év alatt kétszeresére emelkedett a munkaképes korú rokkantsági nyugdíjasok száma is.

Minek tulajdonítható ez a kedvezőtlen változás? Ennek magyarázatára számos okot fellelhetünk. Közülük talán a legjellemzőbbek az alábbiakban foglalhatók össze.

Hazánkban az elmúlt néhány évtizedben jelentős változások zajlottak le. A városiasodás, a foglalkoztatás, a rétegváltás rendkívüli mértékben hatott az egyének életmódjára, életvitelére is. Mivel ezek a változások nagyon rövid időszak alatt mentek végbe, és gyakran kényszerítő jellegűek voltak; az egyén, a család, de még a társadalom sem tudott megfelelően felkészülni ennek hatásaira.

A nők tömeges munkavállalásával felborult a klasszikus családmóddal, lehetetlenné vált a családon belül kialakult hagyományos munkamegosztás folytatása.

Kisméretű lakások tömeges építésével mesterségesen megszüntették a többgenerációs nagycsaládok együttélését. A nagyszülők így nem tudnak közvetlenül segíteni az unokák gondozásában, és betegségeikben többnyire ők is ápolás nélkül maradnak. Hiszen gyermekeik a település - esetleg az ország - más részén élnek, kötött munkaidőben dolgoznak, és saját háztartásuk ellátása, sőt fenntartása is komoly nehézséget okoz a számukra. A háztartási feladatoknak csak elenyésző részét tudta a társadalom át-

vállalni, a családon belüli munkamegosztás állandó konfliktusok forrásává vált.

A nők kettős szerepvállalása komoly fizikai többletterhet jelent, az állandó kétirányú teljesítés időnkénti kudarcai pedig idegileg meritik ki őket.

A férfiak - elsősorban a legutóbbi évek gazdasági nehézségei, valamint az anyagi javak prioritását hirdető értékrend kialakulása miatt - egyre inkább napi 8 óránál hosszabb munkavégzésre kényszerülnek, a szervezetük túlzott igénybevételével jár. Végül: az ezekben a családokban felnövő gyermekek - bár sokkal jobb anyagi és egészségügyi körülmények között élnek, mint az előző generáció - a zaklatott ütemű, problémákkal terhes mindennapokban könnyen neurotizálódnak, s így a felnőttkor terheléseit már ők is gyengébb egészség-státusszal kezdik.

Komoly veszélyeztetettséget jelentett hazánkban az 1950-es évek hibás káderpolitikája is, amikor sok embert, képességeiket jócskán meghaladó pozícióba helyeztek, illetve olyan közép- és felsőfoku iskola elvégzésére kényszerítettek, amelyet ők csak rendkívüli erőfeszítések árán tudtak teljesíteni. Rövidebb-hosszabb idő után ez a megerőltető terhelés kikezdte egészségüket és sokan közülük fiatalon rokkanttá váltak.

Ugyancsak a kedvezőtlen egészségstatisztikát erősítik lakáshelyzetünk problémái is. A családalapító fiatalok hosszú évekig kényszerülnek komfortnélküli, egészségtelen - eredetileg nem is lakás céljára épült - szükséglakásokba, albérletekbe. Sok esetben gyermekeik is itt töltik első - legérzékenyebb - éveiket. Érdekes jelenségre bukkantunk egy most folyó vizsgálat során. A kedvezőtlen gyermekkori háttérű emberek /rossz lakás-körülmények, zsúfoltság, szegénység, korai munkakényszer stb./ rokkantságot okozó betegsége elsősorban a - esetleg hajlamai-ban, tüneteiben már gyermekkorban meglévő - krónikus betegségek közül került ki /pl. mozgásszervi-, táplálkozási és anyagcsere-, vér- és vérképző szervek-, valamint a légzőrendszer betegségei stb./. Ezzel szemben az átlagos, vagy jó körülmények között felnőtt emberek munkaképesség-csökkenését többségében valamilyen akut betegség okozta /pl. infarktusz, idegrendszeri megbetegedés, baleset stb./.

A születési rendellenességek, gyermekkori súlyos betegségek - részben a koraszülöttek magas aránya miatt - sajnos napjainkban is rendkívül számottevőek. A legnagyobb gondot azok a károsodások jelentik, amelyek nem korrigálhatók és várhatóan egész életében elkísérik a gyermeket. Az ezzel járó terheket gyermekkorban - de a megfelelő rehabilitáció hiánya miatt sok esetben felnőtt korban is - elsősorban a szülők, a család viseli, sokszor hihetetlenül nagy erőfeszítések árán. A fogyatékos gyermekeket befogadó állami gondozó intézmények rendkívül szűks kapacitásúak, és az ellátás minősége is sok kívánnivalót hagy maga után. Éppen ezért, és természetesen a sérült gyermek iránt érzett felelősség miatt a szülők nagy része nem hajlandó megválni beteg gyermekétől. A szociális gondozó hálózat kiépítetlensége miatt azonban egy ilyen gyermek ellátása a család egyik tagjának minden idejét igényli. Többnyire az anyáét. Mivel hazánkban az árak és bérek alakításánál kétkeresős családmodellt feltételeznek, az egyik kereső kiválása komoly megélhetési gondokat okozhat. Az otthon végezhető munkalehetőségek száma viszont elenyésző /pl. bedolgozói foglalkoztatás/ és feltételei, akárcsak az általa megszerezhető jövedelmek, rendkívül kedvezőtlenek.

A gyermekkorban súlyosan megbetegedettek jövőjével kapcsolatban fontos követelmény, hogy képességeikre felkészült intézményekben kaphassanak általános - és amennyiben lehetséges - szakmai képzést. Hazánkban a gyógypedagógiai hálózat bővítésében az elmúlt években szép sikerek születtek. Sajnos azonban az innen kikerült és eredményes vizsgát tett gyermekek munkavállalási esélyei legtöbbször még a felnőttkorban megbetegedettek távolról sem kedvező lehetőségeit sem érik el. Ez annál inkább aggasztó, mivel hazánkban a munkaviszonnal egyáltalán nem rendelkező rokkantak szociális ellátása sem megnyugtató. Anyagi biztonságuk - életük végéig - a család teherbíróképességétől, illetve a helyi tanácsi szervektől esetenként kérhető segélyektől függ, amelyek sok esetben nem az arra leginkább rászorulóknak, hanem az erőszakosabbak, ügyesebbek nehézségeit enyhítik.

A következőkben azt szeretném bemutatni, hogy miért válik ma Magyarországon hátrányos helyzetűvé az az állampolgár, aki súlyosabb betegség vagy baleset miatt rövidebb-hosszabb ideig munkaképtelen? Ez a hátrányos helyzet miért stabilizálódik még azokban az esetekben is, amikor az egészségi státusz rövid idő alatt lehetővé tenné a teljes társadalmi visszatérést?

A beteg ember individuális és társadalmiasított értékei rendkívül rövid idő alatt, legtöbbször a súlyosabb betegség megállapítása után, devalválódnak. Emögött részben hibás társadalmi értékitételek, részben a betegségnek az egész családra kiható súlyos következményei, részben az emberek egymás iránti közömbössége, türelmetlensége huzódik meg. Ehhez sok esetben a beteg ember magatartása is hozzájárul, hiszen a hirtelen rászakadó bizalmatlanság, kiszolgáltatottság - mellyel lépten-nyomon találkozik - hajlamossá teszi őt arra, hogy megkérdőjelezze hasznosságát, alábecsülje megmaradt képességeit. Végül ő maga is lemond teljesértékűségéről, elfogadja az alárendelt szerepet először az egészségügyi intézményekben, majd a munkahelyén és végül a családban is.

A beteg ember családon belüli presztizsvesztéseinek két fő oka van. A betegség miatti jövedelem-vesztés, illetve a kórházi ápolásra már nem szoruló beteg családtag gondozása igen nehéz helyzetbe hozza a családokat.

A jövedelem-vesztés nagysága természetesen különböző, attól függően, hogy ki a beteg, illetve, hogy az 1 évig tartó betegállomány /mely alatt a jövedelemcsökkenés minimum 25-35%/ után munkaképesé válik-e, vagy rokkantsági nyugdíjba kényszerül /melynek során a jövedelemcsökkenés az 50%-ot is elérheti/. Ha ehhez még hozzászámítjuk, hogy a beteg ember fogyasztása nemcsak strukturájában változik, hanem a tartós gyógyszeres szükséglet, a diétás étkezés, az állandó orvosi ellenőrzés miatt emelkedik is, akkor egyértelmű, hogy ez a változás rontja a család életszínvonalát. A tartósan beteg ember - még ha ismét munkaképesé válik is - általában nem tud bekapcsolódni egyéb jövedelemszerző tevékenységbe /kisegítő gazdaság/, aminek hiányát a családi költségvetés évről-évre erőteljesebben megérzi.

A másik gond a beteg családon belüli gondozása, mely a hagyományos családmoddell felbomlása óta szinte megoldhatatlan feladat. Az új felállás szerint ugyanis a család általában kötött munkaidőben dolgozó felnőttekből és erősen tulterhelt tanuló gyermekekből áll. Családgondozói szolgáltatás - mely akár csak 1-2 órára átvállalná a beteg ellátását - széles körben nem létezik. Az utóbbi években kísérletképpen beindult humán szolgáltatások díjai viszont egy átlagos /sőt a betegség miatt erősen csökkent/ jövedelmű család számára megfizethetetlenek. Ez a feladat tehát csak az amugyis tulterhelt családtagok többlet-vállalásával oldható meg, akik azután - kimondva-kimondatlanul - beteg hozzátartozójukat okolják mindezért. Ez előbb-utóbb a beteg ember "lefokozásához" vezet.

Az aktív korban lévő beteg ember legsúlyosabb hátrányait azonban mint munkaerő kénytelen elviselni. Ezek egy része indokolt és szükségszerű, míg jelentős részét olyan működési hibák és hiányosságok okozzák, amelyek kivédhetőek lennének, illetve amelyeknek nem is szabadna bekövetkezniök. Vitathatatlan a munka megkülönböztetett fontossága az egyén és a társadalom oldaláról egyaránt, ugyanakkor az ember háttérbe szorítása a munkaerővel szemben /vagyis az, hogy csak a munkaerő képviselhet értékeket/ súlyos hiba egy magát emberközpontunak valló társadalom részéről.

Annak ellenére, hogy a munkaerő meghirdetett privilégiuma is sok esetben csak az elméletre korlátozódik, ez az értékitélet több százezer, munkából kirekesztett, vagy kirekesztődött ember társadalmi státuszát hibásan minősíti. Visszavonhatatlanul törli őket a "hasznos" emberek sorából. Ez még akkor is kemény ítélet, ha véglegesen munkaképtelenné vált személyekről van szó. Hazai gyakorlatunkban azonban azokat az átmenetileg megromlott egészségű, illetve módosult munkaképességű dolgozókat is idő előtt "leírják", akik kis segítséggel rövid idő alatt - a számukra megfelelő területen - ismét teljesértékű munkavégzésre lennének képesek. Ennek a szemléletnek a gyakorlati érvényesülését "segíti" a foglalkozási rehabilitáció alacsony színvonal; a rugalmatlan, átlagképességekre uniformizált munka-

szervezetek kizárólagossága, és e réteg foglalkoztatását megfelelően szabályozó ösztönzők és előírások hiánya is.

Magyarországon a foglalkoztatás többségében állami keretek között zajlik, ezeknek az embereknek megfelelő munkához juttatása is lényegében az állami intézkedések függvénye. Ezek az intézkedések viszont az eltelt 30 évben /1951-ben született az első ilyen jellegű határozat/ e réteg megfelelő foglalkoztatásában nem tudtak tartós eredményeket elérni.

Mindenekelőtt azért nem, mert a csökkent munkaképességű dolgozók foglalkoztatását segíteni hivatott rendelkezések, előírások a legtöbb esetben figyelmen kívül hagyták a társadalmi, gazdasági realitásokat. A végrehajtáshoz szükséges feltételek meglétét vagy hiányát, és a rehabilitációs folyamat résztvevőinek valós érdekeit, érdekellentéteit. Ezért a - szándékukban segíteni akaró - állami beavatkozások már születésük pillanatában életképtelenek voltak. Megfelelő szabályozás hiányában viszont e réteg foglalkoztatása - néhány kivételtől eltekintve - mindenkor a gazdálkodó egységek pillanatnyi érdekeinek volt kiszolgáltatva.

Igy például amikor a vállalatok nagyságát a foglalkoztatottak létszáma fémjelezte, munkaviszonyban tartották azokat a dolgozókat is, akiknek megmaradt képessége már nem volt elegendő eredeti munkakörük ellátásához. Az esetek többségében azonban nem törekedtek arra, hogy ezek a dolgozók a képességeiknek megfelelő legmagasabb szintű tevékenységet végezzék, hanem eredeti munkakörükben, teljesítmény-elvárás nélkül foglalkoztatták őket, vagy ugynevezett kiegészítő munkakörökben /portás, öltözőőr/ biztosítottak számukra munkát. Ezáltal egyrészt jövedelem- másrészt presztizisveszteségre ítélték dolgozóikat.

Az utóbbi évek megkeményedett gazdasági feltételei, a vállalatokkal szemben támasztott erőteljes hatékonysági követelmények egyre inkább csak az eredményesen rehabilitált - azaz a megfelelő területen teljesértékűvé tett - megváltozott munkaképességű dolgozó számára adnak foglalkozási esélyeket. Ezzel szemben a foglalkozási rehabilitáció szervezetében nem következett be olyan lényeges változás, amely biztosítani tudná az ilyen rehabilitáció feltételeit.

A csökkent munkaképességű dolgozók szervezett foglalkoztatásának sajátos formái a célvállalatok, célszövetkezetek, a szociális foglalkoztatók és a védett munkahelyek. Ezek a munkahelyeken általában a súlyosan sérült dolgozók alacsony szintű foglalkoztatása folyik, ezért ez csak azok számára jelenthet eredményes rehabilitációt, akik állapotuk miatt kvalifikált munkára már nem képesek. Ezek a munkahelyek is számos nehézséggel küzdenek. Munkaellátottságuk nem folyamatos, s mivel a megrendelők monopóliumhelyzetben vannak, a munkadíjakat irreálisan alacsony szintre tudják szorítani. Ezért az itt munkát vállaló fogyasztékosok még napi 8-10 órai munkáért is irreálisan kevés pénzt kapnak.

A rehabilitáció hiányosságai, az egészségkárosodottak kedvezőtlen pozíciója a munkaerőpiacon és még jónéhány negatív tényező miatt hazánkban évről-évre nő a rokkantsági nyugdíjasok száma. /1971-ben 207 ezer, 1975-ben 324 ezer, 1983-ban 448 ezer./ Érdekes a nemek szerinti megoszlást vizsgálni. A rokkant férfiak száma ebben az időszakban 79 ezerről 117 ezerre nőtt, ugyanakkor a korhatárt be nem töltött rokkantsági nyugdíjas nők száma 28 ezerről 75 ezerre emelkedett. Mivel a nők tömeges munkavállalása nem erre az időszakra esett, a közel háromszoros emelkedés nem magyarázható a női munkaerő arányának növekedésével. Feltételezhetően itt elsősorban a kettős hivatás vállalásának káros hatásait, illetve bizonyos szociális kényszereket /idős, beteg családtag ellátása, gyermekek gondozása stb./ találunk.

A rokkantsági nyugdíjasok közül 200 ezer, vagyis az aktív népesség 4 százaléka munkaképes koru. Többségük a rokkantosítás után rendkívül hátrányos helyzetbe kerül. A társadalmi munkamegosztásból való kiesésük miatt szinte teljes szociális elszigeteltségben élnek. Jóval kisebb arányban részesülnek bizonyos juttatásokból, sőt néha még a szervezett gondozásból /orvosi felügyelet, gondozónői ellátás/ is kimaradnak. Ezen túlmenően többségük az országos átlag alatti életszínvonalon él, hiszen a rokkantsági nyugdíj összege sok esetben a minimális létfeltételeket sem teszi lehetővé. /1983-ban a rokkantsági nyugdíj átlagösszege 2.844,-R volt, ugyanakkor az iparban dolgozók átlagkeresete 4.862,-R./

E negatív következmények ellenére ma általános tendencia, hogy még az átmenetileg megromlott egészségű dolgozók is a rokkantsági jogosultság megszerzésére törekcszenek. /Ezt bizonyítja a III. csoportba tartozó nyugdíjasok - akiknél 1-2 éven belül egészségjavulás várható - rendkívül magas aránya, mely az ösz-szes rokkantsági nyugdíjas 80 százaléka./ E jelenség egyik magyarázata a munkahelyek alacsony fogadókészsége, továbbá az, hogy a rokkantak átlagos iskolai végzettsége jóval alacsonyabb a lakossági átlagnál - és többségük a segéd-, illetve betanított munkások közül kerül ki -, mely nagyon megnehezíti egy új szakma megszerzésének vagy megfelelő munkakör beöltésének lehetőségét. A felajánlott munkalehetőségek pedig általában a korábbinál jóval alacsonyabb jövedelmet biztosítanak számukra. Így ma a dolgozók sem igazán érdekeltek a rehabilitáció jelenlegi - bár rendkívül szükös - lehetőségeinek vállalásában.

Összefoglalva: mivel magyarázható a tartósan beteg, illetve megváltozott munkaképességű dolgozók - egészségi állapotával sokszor nem indokolható - hátrányos helyzete? Mindenekelőtt a szociálpolitika és foglalkoztatáspolitiká számos kérdésének rendezetlenségével; a humán szolgáltatások kiépitetlenségével; és a társadalmi segítségnyújtás sikertelenségeivel. De legalább ennyire okolható az a tény is, hogy a tartósan beteg emberek számára gyakorlatilag nincsenek alternatívák. Megszünik számukra a választás lehetősége, és létük minősége a továbbiakban kényszer-cselekedetek és döntések eredményeitől függ.

AZ ALTRUISTA MEGKÖZELÍTÉS

A rehabilitációt a rokkantság sokkal tágabb fogalmában kell látnunk. A rehabilitációs tevékenység rengeteg problémája erről a sajátos területről olyan kérdésekhez vezet, amelyek megválaszolása már a rokkantság antropológiájára, közgazdaságtanára, pszichológiájára tartozik.

A megváltozott munkaképességű és rokkant emberek foglalkoztatása elsősorban természetesen gazdasági és ezért gazdaságtani kérdés, ugyanakkor a munkáltatás értelme a rehabilitáció szempontjából is mérlegre kerül: hozzájárul-e a rokkant embernek a társadalom szervezetébe való beépüléséhez /habilitáció/ és visszaépüléséhez /rehabilitáció/ a munkavégzés, s ha igen, mely fogyatékoság esetében mely formák a legcélravezetőbbek.

De itt van ugyanigy a pszichológiai dilemma - amely a foglalkozási rehabilitációnak korunkban egyik alapvető problémája -, hogy a rokkant számára mi a lélektani szempontból hasznosabb: az együttműködés, ahol kifejezetten nekik teremtenek közös munkahelyet, vagy pedig az elszigetelt foglalkoztatás, amelyben ők a nem rokkantak között dolgoznak. Az első lehetőség ellenzői a gettószerűséget kifogásolják, annak minden negatív lelki folyamánnyal, sőt, a beilleszkedést nehezítő hatásával; míg a másikkal szemben a nem kifejezetten a fogyatékosok védelmét, segítségét szolgáló környezet felőrlő és a másságot nem tisztelő, nem elviselő tulajdonságait lehet felhozni. Nem is kell tehát nagyon mélyre ásni ahhoz, hogy a foglalkozási rehabilitációnak egyelőre még megnyugtatóan nem megoldott és nem is egykönnyen megoldható kritikus pontjaira találjunk. És akkor a különféle lehetséges és lényeges nézőpontok /pl. a foglalkozási rehabilitáció gazdasági és pszichológiai hasznosságának/ szembe kerülését még nem is érintettük. Mindezek után megválaszolásra vár a kérdés, hogy mi szolgálhat iránytűként az efféle dilemmák megoldásához.

Sajátosak az antropológiai szemlélet lehetőségei is: a rokkant teljesértékű ember-e, és van-e helye a közösségben? Ezek elsősorban nem etikai kérdések. Mindenképpen megelőzi ezeket az antropológiai kérdésfeltevés: "Ki a rokkant, más ember-e, értéktelenebb-e, kevesebb-e, netán jobb-e mint a többi?" Az első kézből adódó válaszok ezekre a kérdésekre nem mindig voltak ugyanazok - mert korhoz és területhez kötöttek -, gondoljunk csak a "spártai rehabilitációra". Tudjuk, hogy a görög Aszklepiosz-kultusz¹ és a római világ légiós kórházai, a vale tudinariumok intézménye után csak a nagyközépkor évszázadaiban alakult ki "a beteg embert megillető kötelező társadalmi gondoskodás"² eszméje - ami egyébként később az egészségügy és a kórházak fejlődésének egyik fundamentumává lett. A rokkant ember egyenértékűségét igen sokféle, változatos irányokból lehet alapozni, a modern társadalomtudomány számára azonban a kínálkozó utak: az etikai, a szociológiai, a teológiai, a filozófiai és az antropológiai ut közül minden bizonnyal az utóbbi, az antropológiai adhatja a legbiztosabb fogódzókat.

Szembetűnő, hogy az antropológiai irodalom több nagy alkotása és kézikönyve nem is érinti a problémát. Néhány széles körben ismert szakkönyvet kiválasztva azt találjuk, hogy sem Lipták Pál részletes tankönyve,³ sem a német Arnold Gehlen nagy filozófiai antropológiája⁴ nem vizsgálja a rokkantságot antropológiai szempontból, ahogy Nyiri Tamás antropológiai kísérlete⁵ sem és - érthető okokból - a Munka és emberréválás című, elsősorban ős-embertani válogatás⁶ sem foglalkozik vele. /Van ugyan az antropológiának egy közös tartománya a régészettel, amely távolról rokona az itteni kérdésfeltevésnek, de ez csak nagyon távoli rokonság, mert ennek a közös kutatási területnek a prehistorikus trepanáció - koponyalékelés - a tárgya, illetve a korai orvostörténeti vonatkozású régészeti leletek./ Természetesen értelmetlen és fölösleges volna az antropológiai kutatáson az ilyen irányú vizsgálódások hiányát számonkérni. Ezuttal csak annyi a fontos, hogy a rokkantság antropológiai irányból történő megközelítésének érvényességét bemutassuk. Erre remek példa Gehlen antropológiájának kiinduló gondolata és módszertani elve: az ember biológiai szemlélete. "Szerfölött bonyolult,

csodálatos építményére van szükségük a különböző funkcióknak, hogy egy éppen ilyen testi konstitúcióju lény holnap és a következő héten és a következő évben még életben lehessen." ⁷ Az ember "nem élvezetből viszonyul az élethez, nem is a gondolkodás fényüzése kedvéért, hanem legbelső szükségből: ha a természet kiszolgáltatott egy lényt a megzavarodás és eltévelyedés mindama veszélyeinek, melyek ebben a 'kialakulatlanságban' rejlenek, ebben a kényszerű feladatban, hogy meghatározza önmagát és rendelkezék önmaga fölött, akkor ehhez komoly előfeltételeknek kell együtt lenniük. Ez a kényszer egy olyan füzisz / =természet, a veleszületett - természetes - minőség; K.Gy./ kockázatában rejlik, mely egyenesen ellentmond az állatnál jól megőrzött organikus törvényszerűség minden formájának." ⁸ "Az ember fizikai specializálatlansága, organikus eszközeinek fogyatékosága, valamint igazi ösztöneinek meghökkentő hiánya... olyan összefüggést alkotnak, melynek ellenpárja a 'világgal szembeni nyitottság'... Ez döntően fontos az antropológia számára... Most birtokunkban van egy szervileg fogyatékos és emiat a világ felé nyitva álló, vagyis semmilyen meghatározott miliő-szeletben természetes életképességgel nem rendelkező lény. Egy ilyen lény számára a pusztta egzisztálás képessége is szükségképpen kérdéses, s az elemi létfenntartás probléma, melynek megoldásában egyedül önmagára hagyatkozhat, s amihez a lehetőségeket önmagából kell merítenie. Ez volna tehát a cselekvő lény. Minthogy az ember életképes, e probléma megoldásának feltételei benne kell rejtőzzenek, s ha már az egzisztálás is feladat és nehéz teljesítmény a számára, ugy ezt az egész teljesítményt az ember egész strukturáján keresztül ki kell tudnunk mutatni. Minden sajátosan emberi képességet arra a kérdésre kell vonatkoztatnunk: hogyan lehet életképes egy ilyen torz lény..." ⁹ Hogyan lehet életképes egy ilyen torz lény?

Ecce homo. És a rokkant? Ő ugyanez az ember, csak /Gehlen szavaival/ fizikailag még specializálatlanabb, organikus eszközei még fogyatékosabbak, még "kialakulatlanabb" - korlátozottabb, kiszolgáltatottabb. De ez már csak fokozati probléma.

Visszatérve az iménti - elméleti - kérdéshez: találhatunk-e valami iránytűt a rehabilitáció számára a rokkantak problémáinak kezeléséhez? Hogy erre választ kapjunk - az újabb altruizmus-elméletek nyomán - be kell vezetnünk néhány fogalmat.

A modern döntésemélet döntésen különféle alternatívák közötti választást ért, ahol ezeket ex ante: a választás /döntés/ előtti várakozások alapján és ex post: a döntés után az alternatívák következményei alapján értékelik. Mindezt modellszerű környezetben, egy kétszemélyes döntési szituációban lehet leg-egyszerűbben ábrázolni, amelyben a két szereplő döntéseit végső soron csak két változó mentén értékeljük: az egyik a saját nyereség, a másik a másik nyeresége. Az értékelés a két változó értékének csökkenése és növekedése /minimalizálása és maximalizálása/ alapján adódik. Az ezek figyelembevételét utján végzett vizsgálat - Kindler József kutatásai alapján¹⁰ - három fő csoportban hat alapvető magatartástípust /Kindlernél társadalmi alapmotivumot/ határol el egymástól:

1. Ha a döntéshozó csak saját nyereségét veszi figyelembe a döntéskor, akkor ennek elvileg kétféle motivuma lehet:

- a/ Az önérdektől motivált magatartás az, amikor a döntéshozó úgy választ, hogy saját nyereségét növelje. Ez a motivum a modern nyugati közgazdaságtan emberképét összetevő négy-öt fundamentális jellemző jegy közül az egyik legfontosabb.¹¹
- b/ Az önmegtagadó döntéshozó saját nyereségének csökkentésére törekszik. Ez a fajta magatartásforma a modern társadalmak birtoklásra, kényelemre és teli gyomorral beállított értékvilágában ritka, de létezik /Pio di San Luigi és a passionisták/. Ha ezt a típust keressük, más kultúrákhoz - pl. buddhizmus -, más korokhoz /aszketák, anahoréták, legelészők, oszloposok, akoiméták/ kell fordulnunk. Az önmegettagadás a felszínen öncélúnak mutatkozik, mélyebbre menve rendszerint önmagán tulmutató értelme van.

2. Amikor a döntéshozó csak a másik nyeresége alapján dönt.

a/ Az agresszív döntéshozó a másik nyereségének csökkentésére tör.

b/ Az altruizmus az, amelyben a döntés szempontja a másik nyereségének növelése. Ez magába foglalja a feltétel nélküli ajándékozás mozzanatát, az önzetlenséget. Az altruista jótékony, emberszerető. /Mindezeknek a szavaknak létezik megfordított, a feje tetejére állított értelmezése is: a "jótékonykodó", a "karitativ" - de itt ezek nem jönnek számba/.

Az altruista döntés "lényege az, hogy a másik egyénnek érdekeit éppen úgy szívénkön viseljük, mint a magunkét, hogy boldogulását óhajtjuk, függetlenül attól, vajon ez nekünk hasznunkra válik-e." Ennek lényege: "az önzetlenség, a saját érdekeink háttérbe szorítása."¹²

Létezik a kölcsönös altruizmus is.

3. Ha a döntéshozatalt mindkét személy nyereségének tekintetbe vétele motiválja, akkor a két különvált típus egyike

a/ a kooperatív viselkedés, amelyet a kooperációra való törekvés vezet. Azaz a saját nyereség és a másik személy nyeresége összegének növelése.

b/ A másik pedig a kompetitív, versenyszellemű magatartás. A döntéshozatal indítékát a saját nyereség és a másik nyeresége különbségének növelése jelenti.

A leirt alaptípusok száma bizonyos határokon belül növelhető, és megvizsgálható működésük nem kétszemélyes döntési modellben, hanem általános, n-személyes esetben is. A mélyebb elemzés kideríthetné azt is, hogy tiszta típusokkal a valóságos döntési szituációkban ritkán találkozunk, a vegyes indítóokoktól vezéreltek a tipikusak, ahol kettő vagy több motivum eredményeként születik a döntés. Feltehető az a leiró szándéku kérdés is, hogy például egy embernek egy napon hozott döntéseit milyen indítékok vezették. De az imént fölített kérdés normatív választ kíván: "Mi szolgálhat iránytűként a rokkant, a megváltott munkaképességű emberek problémáinak megoldásait keres-

ve?" És ez az altruizmus, az altruista viselkedés. Valószínűleg ez a rokkantakhoz való viszony egyetlen adekvát formája.

Egy ilyen alapállást komolyan véve a rehabilitáció értelmére és a rehabilitációra szoruló emberhez való viszony módjára nézve adódik néhány alapelv:

- I. A rehabilitálandó nem "szerencsétlen nyomorék", "boldogtalan örült", "szegény ördög", "átkozott bűnös", vagy "ügyetlen balfácán". Ezek a mindennapi tudat vélekedései. Hanem: ilyen ember. Az, aki. Tehát a viszonyulás első sarkpontja: elfogadni annak, aki.
- II. A rehabilitálandó ember rászorul a segítségre - ettől van a rehabilitációnak értelme. A második sarkpont: elfogadni annak, akivé lehet.
- III. A rehabilitáció értelme, célja nem a "tervező társadalomnak" a "piaci társadalom" fölötti magasabbrendűségének bizonyítása, vagy megfordítva, és nem a szociálpolitika kitűzött céljainak valóra váltása, stb. - hanem a rehabilitálandó ember maga.

Irodalom

1. Szabó Árpád-Kádár Zoltán: Antik természettudomány. Gondolat, Bp. 1984. 252-256. és 349-404. old.
- Ókori lexikon /szerk.: Pecz Vilmos/, Franklin-Társulat, Bp. 1902. "Asclepius" címszó
2. Vekkerdi László: "A kórház története" in: uő: Kalandozás a tudományok történetében. Művelődéstörténeti tanulmányok. Magvető, Bp. 1969. 43o. old.
3. Lipták Pál: Embertan és emberszármazástan. Tankönyvkiadó, Bp. 1980.
4. Arnold Gehlen: Az ember. Természete és helye a világban. Gondolat, Bp. 1976.
5. Nyiri Tamás: Antropológiai vázlatok. Szt. István Társulat, Bp. 1972.
6. Bence György-Kis János /szerk./: Munka és emberréválás. Engels hipotézise ma. Kossuth, Bp. 1972.
7. Gehlen id. mű 18. old.
8. Uo. 18-19. old.
9. Uo. 46-47. old.
10. Kindler József: "A döntéshozatal társadalmi motivumai". Veszprémi Vegyipari Egyetem, Veszprém, 1981. Kézirat. Ez az izgalmas és a hazai társadalomtudományban uttörő előadás összesen tíz társadalmi motivumot ismertet.
11. Adam Smith: A nemzetek gazdagsága. E gazdagság természetének és okainak vizsgálata. I. Akadémiai, Bp. 1959. 64. old.
12. Bognár Cecil: Mi és mások. A mindennapi élet lélektana. A magyar könyvbarátok részére kiadja a Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Bp. é.n. 32. old.
13. I. Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. II. Abschnitt, in: Immanuel Kants Werke, Band IV., Schriften von 1783-1788 von Immanuel Kant. Szerkesztette: Dr. Artur Buchenau és Dr. Ernst Cassirer. Kiadta: Bruno Cassirer, Berlin, 1922. 287. old.

TÖRTÉNETI VISSZAPILLANTÁS
A HAZAI REHABILITÁCIÓ FEJLŐDÉSÉRE

A hazai rehabilitációs tevékenység kezdetei az I. világháborúig, sőt még annál is korábbi időre, a századfordulóra tehetők. Hagyományaink gazdagsága magyarázza a multa hivatkozást a szakirodalomban. A tudomány az egészségükben károsodott emberek érdekében kifejtett hazai tevékenység három nagyobb korszakát különbözteti meg. Az első az 1945-ig tartó korszak, a második az 1967-es ugynevezett rehabilitációs alaprendelettel lezáruló idő, majd az ezt követő és napjainkig is tartó másfél évtized.

Testi sérültek vonatkozásában az I. világháború adja fel az első nagyobb leckét, ezért a háborús rokkantellátás jelenti a baleseti rehabilitáció itthoni kezdeteit. Ezerszámra térnek vissza a frontokról a sebesültek. A háború a munkaképes lakosságot kivonta a munkából; munkaképtelenné tette az embereket és ellátásra szorulókként adta vissza őket a társadalomnak.

A sérültet orvosi ellátásban részesítik, sőt a rokkant ember gyógyulás utáni utjainak egyengetését is vállalják. Törvény¹ mondja ki 1915-ben, hogy ha remény van a sérültek keresőképességének a visszaadására, akkor őket orvosi utókezelésben, majd gyakorlati oktatásban kell részesíteni. Abban az esetben, ha a sérült kivonja magát az utókezelés, vagy az oktatás rendje alól, elveszti jogosultságát a rokkantsági nyugdíjra. Az átképzést főként az ugynevezett vakszakmákra értették. Műhelyei megtalálhatóak voltak az ország sok nagyvárosában, ahol a dolgozók kefét, söprüt, stb.-t készítettek. Ez volt a legszélesebb hálózat, de képzés folyt telefonkezelői munkakörre, masszőri munkára is. A mozgáskárosultakat például vadőri tevékenységre képezték ki. A trafikengedély megszerzésének feltétele ebben az időben kizárólag a hadirokkantság volt.

A korabeli szakirodalom a rehabilitációs tevékenység igazolásáért visszanyult a francia polgári forradalomig. A tul-

élők sorsa ekkor már vagy másfél százada foglalkoztatta az emberiséget. Ennek első nyoma az 1793-as francia alkotmányban található, melynek egyik passzusa szerint a közösségi támogatás szent adósság. A társadalom tartozik szerencsétlen polgárainak azzal, hogy fenntartásukat biztosítja, akár azáltal, hogy munkát ad nekik vagy akik már dolgozni nem képesek, azoknak megadja a létfenntartáshoz szükséges feltételeket.

A segítség mikéntjét nemzetközi színvonalon fogalmazta meg az Országos Hadigondozó Hivatal által 1917-ben megjelentetett "Hadigondozottak Pályaválasztása" című kiadvány.² Közben felsorolja a választható szakmák széles skáláját, előírja, hogy az életbe való visszavezetést a gyógykezelés ideje alatt kell megkezdeni. Előírja továbbá, hogy sohasem szabad az egyeddel - kiszakítva a család és a köz kötetleiből - foglalkozni, hanem mindenkor a család jövőjét kell biztosítani. A rokant ember jövőjének a kialakításakor a család erejét kell megítélni, és mindenkor a család szükségleteit kell figyelembe venni.

A gondoskodás azért nevezhető, legalábbis elvében korszerűnek, mert már akkor hangsúlyozzák a gyógyítás, az átképzés és a munkába helyezés, sőt a családi körülmények számításba vételének egységét. Az orvosi mellett itt már a szociális gondoskodás is megjelenik, egymásba ötvöződik.

A paraszt emberek megrokkulásával kapcsolatos elképzelések Markusovszky Lajos doktor nevéhez fűződnek. Ő a múlt század közepén beadványt intézett a kormányhoz, mely szerint: "A magyar álladalom legfőbb alkotmányának feladata, hogy gondoskodjék azokról a kézművesekről, zselléerekről és cselédekről, akik megrokkantak. Mesterséget kell a kezükbe adni" - írja,³ hogy kenyeret teremthessenek maguknak és családjuknak.

Ez időtájt élénk szervezeti élet is segítette a csökkent képességűeket. 1901-ben alakult meg a Vakokat Gyámolító Országos Egyesület, majd 1918-ban a Vakok Szövetsége. 1913-ban létesítették az első Nyomorék Otthont, 1912-ben a Nyomorék Gyermekek Otthonát, aminek igazgatója Zinner Nándor doktor volt. Nevéhez fűződik egy európai hírű kezdeményezés; nevezetesen a

a mozgásszervi betegek gyógyítása tornával, sporttal. Az I. világháboru idején alakult meg a Csonkitott és Béna Katonákat Gondozó Bizottság, amely az átképzéssel együtt vállalta az új pályára irányítást is. 1915-ben Rokkantügyi Hivatal alakult, mely a mozgásszervi károsodottak mellett már a gümőkórosokkal, a sziv- és idegi károsodottakkal is foglalkozott.⁴

Már a két háboru között is uralkodó gondolat volt a sérült ember testi, lelki visszavezetése az életbe. A hazai szociálpolitika történetének ezt a szakaszát erősen jellemezte a gazdasági válság, a súlyos pénzhiány. Motiválta a kort a karitatív jelleg, mely ellensúlyozni volt hivatott a nehéz gazdasági viszonyokat. De még így is figyelemre méltó ez a tevékenység, mely a folyamat egységét hangoztatta. Megoldandónak hirdették a gyógyításon tuli utólagos orvosi kezelés; a szociális gondoskodás, az átképzés és a munkahelyre történő elhelyezés kérdését.

A II. világháboru befejeztével új helyzet teremtődött. Az azt megelőző időkben a sérült, vagy gyógyult rokkantnak esetleg három, négy szervezet is segítséget nyújtott. A különböző intézmények tanáccsal látták el őket, könnyíteni igyekeztek beilleszkedésüket a megváltozott körülmények közé. Ez a lehetőség hazánkban a koalíciós idők után megszűnt. Fokozatosan elmosódott a rehabilitációs tevékenység korábban már megapozott folyamat-jellege. A sérült ember társadalomba történő visszaillesztésének ügye gazdátlaná vált, illetve elfoglalta helyét az egészségügy, a szűkenvett gyógyítás.

A szomszéd országokban más volt a képlet. A népi demokráciákban sehol sem szakadt meg a II. világháboruval a rehabilitáció folyamatossága. A háboruban sérült embert ezekben az országokban minden támogatás megillette, ugyanakkor, amikor róluk itthon nem esett, nem eshetett szó. Lezáródott a hazai rehabilitáció első szakasza, olyannyira, hogy az értékes hagyományokat sem volt mód folytatni. Ez után mintegy lo esztendő csend következett.⁵

A gyógyítás orvosi feladat. Ebből kiindulva a rehabilitációs tevékenység hazánkban az orvostársadalom kezében összpön-

tosul. Hozzájárultak ehhez a már jelzett 1945. után kialakult körülmények. Mindebből következően az egészségügy monopolhelyzetet élvez. Az ő véleményük az alapja a rokkanttá nyilvánítás jogi feltételeinek; a rokkant-nyugállományba helyezésnek és az ezzel összefüggő társadalombiztosítási előnyöknek. Tőlük függ az életbe gyógyultan visszatérő rokkantak eszköz-ellátottsága; annak színvonala; a külföldi vagy magyar protézis kiutalása, de még a helyváltoztatásra szolgáló eszközök is rajtuk keresztül, hozzájárulásukkal biztosíthatók. Mindezek jól érzékeltektik kizárólagos helyzetüket. Az egészségügyi kormányzat költségvetésébe ééülnek be azok az állami ráfordítások is, melyekkel a hazai rehabilitációs tevékenység szinten tartható.

A hivatásbeliek igyekeztek tullátni a kórházak falain. Az orvostársadalom megkísérelte kimozdítani a holtpontról a magyar rehabilitáció ügyét. Nem minden eredmény nélkül. De mindazt, amit tettek, mondtak, hivatalbeli elkötelezettségükre ügyelve tették. Hangoztatták, hogy korszerűsíteni kell a hazai rehabilitációs tevékenységet, hogy nem állhat meg a segítség a pusztá gyógyításnál.

A 60-as évek végétől már az a tevékenység számított korszerűnek, mely a rehabilitációt egy bizonyos szolgáltatásnak, az infrastruktúra egy országon belüli speciális tevékenységének tekintette. Ennek a szemléletnek a jegyében fogalmazták meg és vitték be a hazai köztudatba az átképzés és a munkába állítás szükségességét; de nemigen jutottak túl a helyes elvek óvatos megfogalmazásán.

Óriási hatalom összpontosult a kezükben. Élet és halál, boldogulás és tragikus sorsfordulatok korlátlan urai, előidézői voltak. Miközben tisztában voltak a folyamat össztársadalmi jellegével, azzal, hogy a rehabilitációt az egészségügyön kívül még nagyon sokféle tényező motiválja; miközben felismerték a történelmi helyzetünkből adódóan keletkezett vákuumot, monopolhelyzetük megtartásának feltételeit sem tévesztették szem elől. Kettős szerepvállalásukban uralkodott a körültekintő óvatosság.

A folytonosság visszaállítására tett erőfeszítéseiket példázza, hogy a tbc-hálózat, mint egészségügyi rehabilitáció, viszonylag gyorsan gazdára talált. Először 1949-ben, majd 1953-ban tudományos üléseken foglalkoztak a hazai tbc-sek rehabilitálhatóságának kérdéseivel. Napirendre került a fertőzőekkel való foglalkozás. A háborus sérültekről, rehabilitálásukról nem eshetett szó, viszont néhány, helyzetüket javító gondolat, például a szakmára oktatás megvalósíthatónak látszott. Ebben az utóbbiban különösen dr. Vass Imrének és a köréje csoportosult orvosoknak vannak érdemei. Az átképző helyek a kórházakon belül alakultak ki: így a Fodor József Intézetben, Csákvárott a megyei tbc-s kórházban és a Szociális Intézetek Központjának intézményeiben. Ezekben a tanfolyamokon kezdetben tbc-ből gyógyult, majd súlyosan fogyatékos rokkantakat oktatnak különböző szakmákra. Átképző tanfolyamokat hoztak létre 1957-59-ben Miskolcon a Szentpéteri kapu kórházban a Heine Medin járványból gyógyultak részére.

A kórházi intézményeken belüli szakma-oktatás kiscsoportos képzés; az orvosok ezeket a tanfolyamokat a munkarehabilitáció első lépcsőfokának tekintik. A kezdeményezés nem vált országos méretűvé.⁶ Jelenleg csak a budapesti és csákvári átképző működik.

A foglalkozási rehabilitáció 1945 utáni alkalmazásának ezek voltak az első lépései. A nem teljes munkabírásu embereknek ez a kiscsoportos képzési formája elszigetelt megoldás maradt. A helyzetet feltehetően az a körülmény is kedvezőtlen irányba vitte, hogy hosszú évtizedekig, tulajdonképp még ma is, a felnőtt lakosság teljes foglalkoztatása a cél, és nem az, hogy fél, vagy negyed munkabírásu emberek részére munkaalkalmat biztosítsunk.

Az átképzéssel, szakmaoktatással párosított munkarehabilitáció, annak még a gondolata sem jut túl a kórházak falain. Ugyanakkor a megoldást a szomszéd népeknél eredményesen alkalmazták. A tőkés országokban az állam vállalja a taníttatást, és a költségek fedezéséhez hozzájárulnak a biztosító társaságok, melyek érdekeltek abban, hogy minél jobban csökkenjen a járadékos létszám.

A munkarehabilitáció gondolata később beépült a sokat emlegetett tárcaközi alaprendelethez.

A hatvanas évek derekán az orvosok soraiból megalakult a Magyar Rehabilitációs Társaság. /Későbbiekben MRT./ Az MRT-t az EüM hívta életre, tagjait időszakos egészségügyi feladatok megoldásával bizta meg. Nincs szervezeti életük, annál több a szakcsoportjuk. A WHO-nak, az ENSZ egészségügyi világszervezetének a felhívása nyomán szervezett Rokkantak Nemzetközi Évének is főképpen ők voltak a gazdái. Az MRT más szakterületekről is meghív szaktanácsadóiba hozzáértő embereket. Az arra legalkalmasabbakat bízta meg az időszakos tennivalók megszervezésével.

A magyar rehabilitációs tevékenység megítélésében az MRT megalakulását követő években szemlélet-változás tapasztalható.⁷ Ekkor már a háborús sérültek jócskán megfogyatkoztak, viszont megnőtt - mégpedig a fejlett ipari államokéval megközelítően azonos arányban - a fogyatékosok itthoni serege. Ennek igazolásául ismét egy adat, amely, ha nem is teljesen, de valamennyire mégis érzékelteti a növekedés arányait. A budapesti Baleseti Rehabilitációs Osztály a hetvenes évektől járóbeteg ellátás formájában évente 16 ezer új beteget lát el. Országszerte kiépült a mozgásszervi, traumatológiai hálózat. A kórházi osztályok, részlegük befogadóképessége a 19 megye helyi igényeitől függően 30-tól 300 ágyig terjed.

Ebben az időszakban a nemzetközi események is felgyorsultak. A WHO, mely nemcsak 1981-et, de az egész azt megelőző évtizedet a rehabilitáció kérdésének szentelte, szorgalmazta, hogy emelni kell a szociálpolitikai tevékenység színvonalát. Az egészségügyi kormányzatoknak ezek szerint nem csupán a megelőzés, illetve a beteg ember gyógyítása a feladata, hanem a tevékenység szervezett rendszerének a kialakítása is. A Nemzetközi Munkaügyi Hivatal definíciója szerint "A rehabilitáció ama orvosi, szociális és jogi intézkedések összessége, melyek segítségével a betegségben szenvedőket a társadalom számára visszaadjuk". A WHO is nyomatékosan figyelmeztet a tevékenység összetett, sokágu voltára.

Az események arról tanuskodnak, hogy itthon sem maradtak hatástalanok a nemzetközi eredmények. Az 1972-es budapesti rehabilitációs tanácskozáson a felszólalók bírálták a hazai rehabilitációs gyakorlatot és új szervezeti rendszer megteremtését sürgették. Hangoztatták, hogy csakis az orvosi, a pedagógiai, a munkaügyi, pénzügyi, stb. szakemberek összefogásán alapuló segítség jelentheti az eredményes támogatást. Dubecz Sándor⁷ és Vass Imre doktor korábbi javaslatait összefüggésbe hozták a nemzetközi tapasztalatokkal, és azokon keresztül érzékeltették a hazai lemaradást.

A szemléletváltozást jelzi a felszólalóknak az az igénye is, hogy a jövőben a sérült ne csak ujratermelő emberként éljen a szakmai köztudatban. Ne a termelő tevékenység haszna álljon a rehabilitációs gyakorlat középpontjában, hanem a rehabilitáció: szociális lényként kezelje a sérültet. Ugy tekintse őt, mint olyan embert, akinek az egyéni élete és emberi kapcsolatai éppen olyan fontosak, mint az a társadalmi érdek, hogy hasznos munkát végezzen.

Dr. Egyed Béla⁸ megfogalmazásában ez a következőképp hangzott: "A magyar rehabilitációs gyakorlat megelégszik a 'biológiai szint' biztosításával. A sérültet megmenti az életnek, aztán hagyja, hogy járadékosként izolálódva elviselhetetlenné váljék önmaga és környezete számára. A magyar rehabilitációnak jelentősek a hagyományai, ennek ellenére a hazai rehabilitációs tevékenység jelenlegi gyakorlatában súlyos a lemaradása."

A tanácskozáson szóba került egy, a mozgássérülteket egyesítő szervezet életre hívásának lehetősége. A hagyományokba ez is beletartozott. De csak személyes beszélgetések formájában esett erről szó, a téma egyelőre nem tűrte a nyilvánosságot. A helyzetet érzékelteti, hogy az egészségügyi hatóság, mely a szervezet felügyeletét hivatott ellátni, még 1980-ban is nemet mondott a mozgáskorlátozottak delegáltjainak, akik a kérést előterjesztették. Ugyanakkor egyre többen voltak azok, akik az érdekelteket tömörítő egyesületben a hazai rehabilitációs viszonyok javításának a zálogát látták. Egy évtizedig tartó küzdelem után végül 1981-ben megalakult a Mozgáskorlátozottak

Egyesületeinek Országos Szervezete. Az érzékszervi, tehát a hallás- és látáskorlátozottak szervezeteinek megalakulásához már korábban, 75, illetve 35 évvel ezelőtt hozzájárult az egészségügyi hatóság. Az idegi eredetű neurotikus károsultak is elkezdhatték szervezeti életüket. Ma már csak a kóros elváltozásban szenvedő idült betegeknek nincs érdekképviselőjük. Ha a populáció 1-1,5 milliós arányát számítási alapnak tekintjük, akkor azt mondhatjuk, hogy hazánkban az egészségkárosodottak nagy többségét ma már társadalmi szervezet segíti.

Irodalom

1. Kenyeres F.: Hadigondozáspolitikai. Bp., 1928.
2. Petri P.: A magyar hadigondozás történeti vázlata.
Országos Hadigondozó Hivatal, 1917.
3. Dr. Borsay János: Az orvosi rehabilitáció helyzete.
"Együtt - egymásért", cikkgyűjtemény. Megj.: Bp.1981.
4. Rózsahegy J.: A mozgásszervi betegek intézeten kívüli re-
habilitációja. Munkavédelem 4-6. sz. Megj.: 1964.
5. Az 1945-től kb. 1960-ig tartó idő eseményeiről nem találtam
leírást. Az ebben a másfél évtizedben történeteket a
megszólaltatottak elbeszéléseiből idézem.
6. Bárány Lajos: Foglalkozási rehabilitáció. A Rokkantak Éve
szervezőbizottságának kiadványa. Megj.: 1981.
7. Dubecz S.: A végtagcsonkolás és protetika...
Orvos és Technika kiskönyvtár. 3.Medicina.
8. Egyed Béla: Mozgássérültek rehabilitációja.
Kandidátusi értekezés, 1966.

ROKKANTSÁG - REHABILITÁCIÓ

"Sejtse meg, hogy nemcsak anyja,
apja óvja, marasztalja,
de körülte készülődve,
s őt érlelvén a jövőre,
mindenütt, amerre lát

érte van, hogy vele nőjön
/Majd teremtsen és tünődjön/
hogy dorgálja és szeresse,
hogy elveszni ne eressze -
ez a gyógyuló világ."

/Garai Gábor/

Bevezetés

A rehabilitáció a megváltozott munkaképességűek testi-
-lelki állapotának, társadalmi és gazdasági /munkamegosztásbe-
-li/ helyének a lehetőségekhez képest legteljesebb helyreállít-
-ására törekszik.

Történelmileg kialakult társadalmi szociális feladat. A társa-
-dalmi reprodukció feltételeinek javítását, a létbiztonság sza-
-vatolását jelenti a megváltozott munkaképességű emberek számá-
-ra. Ugyanakkor fő eleme - a foglalkozási rehabilitáció - a mun-
-kaerőgazdálkodás alapelveinek /a megfelelő embert a megfelelő
-helyre/ speciális esete. A gazdasági aktivitás színvonalán, a
-foglalkoztatás mértékén és hatékonyságán keresztül a gazdasági
-folyamatok szerves részét is képezi.

E tevékenység logikailag három irányból közelíti meg a
-rehabilitálandót, s ennek megfelelően a következő elemekre
-bontható:

- a képesség helyreállítását célzó egészségügyi;
- a pályakorrekcióval, munkába állítással kapcsolatos
foglalkozási és
- a szociális helyzettel, általános társadalmi /tárgyi,
emberi/ beilleszkedéssel foglalkozó szociális rehabi-
litációra.

Az egészségügyi rehabilitáció eredményességét a korlátozottság foka méri: az orvosi műszerekkel, tesztekkel mérhető fizikai és szellemi állapot minősége. Ezt az eredményt kamatoztathatja vagy korlátozhatja a funkció ellátását befolyásoló általános társadalmi környezet.

Ha az egészségügyi rehabilitáció nem képes a károsodott funkciók helyreállítását vagy pótlását megoldani, akkor merül fel a foglalkozás, a munkakörnyezet vagy a foglalkoztatási feltételek változtatásának szükségessége.

A megváltozott képesség, valamely funkció /pl. mozgás, erőki-fejtés, látás, .../ ellátásának csökkenése vagy megszűnése nem egyetlen tényezője a munkaképességnek. A munkaképesség ezen kívül függ a szakképzettségtől, a feladat és munkakörnyezet által igényelt és nélkülözhető képességek sorrendjétől, strukturájától. A képzettségben, a feladatban vagy a környezetben végrehajtott változtatás kiegyenlítheti az egészségi állapot negatív hatását. Ez a foglalkozási rehabilitáció alapja. Eredményességét a munkaképesség felhasználása: a foglalkoztatás jellege és hatékonysága méri. Az értékalkotó munkavégzés biztosítása nemcsak az érte járó jövedelem miatt fontos, hanem az emberi lét alapjaként értelmes célt, önbecsülést, bizonyítási lehetőséget /önmaga és a társadalom számára/, valamint természetes emberi kapcsolatokat nyújt a megváltozott munkaképességű ember számára.

A foglalkoztatás átlagos színvonalához képest a foglalkozási rehabilitáció eredményessége szerint a megváltozott munkaképességűek következő csoportjai különböztethetők meg:

- a rehabilitáltak, akik átlagos feltételek között teljes értékű /átlagos termelékenységű és minőségű/ munkára képesek;
- azok, akik speciális feltételek között képesek teljes értékű munkára;
- valamint a rokkantak, akik speciális körülmények között, speciálisan kialakított feladatok ellátására alkalmasak /az esetek többségében ott sem az egészséges emberekkel azonos teljesítménnyel/.

A hagyományos vállalati gazdaságossági értelmezés szerint e három kategória foglalkoztatása sorrendben csökkenő hatékonyságu. Az utóbbi két kategória foglalkoztatása - egyéb intézkedés hiányában - vállalati szinten gazdaságtalan lehet. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a rehabilitálandók egy jelentős köre ennek ellenére népgazdasági méreteken gazdaságtalanul foglalkoztatható. Ha összevetjük a rehabilitáció elmaradásának költségeit /rokkantsági nyugdíj, járadék vagy segély, a termelés elmaradásából adódóan kieső tiszta jövedelem/ a rehabilitációs foglalkoztatás bevételével /megtermelt tiszta jövedelem, elmaradt szociális juttatások/ és kiadásaiival /keresetkiegészítés, vállalati dotáció .../, akkor a rehabilitációs foglalkoztatás társadalmi gazdaságossága belátható. /A folyamat ábrázolására szolgál az 1.sz. Mellékletben közölt példa, amely egy 45 éves szakmunkás rehabilitációjának, illetve annak elmaradásának gazdasági számítását mutatja be./

A vállalatokkal szemben fokozott követelményeket állító gazdaságpolitika akkor lehet következetes és eredményes, ha a megvalósítás során keletkező társadalmi feszültségek feloldására is törekszik. A munkaerő-tartalékok feltárására és felszabadítására ösztönzött vállalat a megváltozott munkaképességű dolgozóitól szabadul meg és felvételüktől zárkózik el leg hamarabb. Ezért a keményedő gazdasági feltételek /szigorubb állami költségvetés, erősebb hatékonysági követelmények, .../ esetén a speciális foglalkoztatási feltételek létrehozása, foglalkoztatók és célvállalatok működése a foglalkozási rehabilitáció egyik lényeges eszközévé kell válnia. Így oldható fel a vállalatok hatékonyságának előtérbe kerülése és a rehabilitáció szociálpolitikai indíttatása közötti ellentmondás.

Az elméletileg /általánosságban/ és a vázolt konkrét gazdasági körülmények között is igazolható gazdasági érdek, valamint a szociálpolitikai indokoltság ellenére azonban rehabilitációs tevékenységünk egy sor ellentmondással terhes, szervezetlensége, a negatív érdekeltségi tényezők, és a rehabilitációs szakemberek hiánya miatt.

Rehabilitációs szakemberek képzésével foglalkozó önálló oktatási intézmény nem működik, a rehabilitáció a különböző képzési formákban többnyire csak fakultatív jelleggel tananyag. Így pl. a vállalati szociálpolitikai szakemberek ágazati minisztériumok keretében folyó képzésében ill. az Orvostovábbképző Intézet képzési formáiban. A Gyógypedagógiai Főiskolán - bizonyos szakokon - önálló tananyag a rehabilitáció, munkaügyi vonatkozásait azonban itt nem tanítják.

A foglalkozási rehabilitáció ismeretanyagának szakmai oktatása és terjesztése központilag nincs kidolgozva. Különböző szervezetek többnyire népszerűsítő jelleggel alkalmi kiadványokban foglalkoznak a rehabilitáció egy-egy kérdéskörével.

Magyarországon a rehabilitációért felelős önálló központi szerv nem működik. A rehabilitáció irányításáért részben az Egészségügyi Minisztérium, részben az ÁBMH felelős.

A rehabilitálandók száma és ujratermelődése

A rokkantság fokának megállapítására két megközelítés alkalmazható.

A hagyományos megközelítés /ilyen a hazai is/ a betegséget, illetve az általános egészségi állapotot vizsgálja, amit - elvileg - az eredetileg betöltött munkakörrel vet egybe. Ezzel szemben az un. "szakmai" rokkantság elbírálásakor az egész embert vizsgálják. Mérlegelik egészségi állapotát, szak-képzettségét, korát, lakóhelyének és a munkahelyeknek a távolságát, stb.

A két megközelítés közül a rehabilitációs folyamatnak és szemléletnek inkább a szakmai rokkantság elve felel meg, azonban megfelelő számú munkahely hiányában ugyanugy "indokolatlanul" növelheti a rokkantak számát, mint a jelenlegi - hagyományos - rendszer.

A jelenlegi leszázalékolási rendszer ellentmondásosságának egyik jelzője az a tény, hogy a rokkantsági nyugdíjasok nem tekinthetők gazdaságilag teljesen inaktívoknak.

A rokkantak gazdasági aktivitása három csatornán keresztül kerül felhasználásra a gazdaságban:

- a rokkantsági nyugdíj nélkül teljes munkaidőben dolgoznak /gyakorlatilag a fogyatékos fiatalokon kívül más jelentős réteggel nem számolhatunk/;
- a rokkantsági nyugdíj mellett - a jogszabályban megengedett keretek között - részmunkaidőben dolgoznak;
- a rokkantsági nyugdíj mellett - statisztikailag nem mérhetően - a "második" gazdaságban dolgoznak legális és illetális munkaformákban.

A három csatorna közül csak a második határolható pontosan körül.

Az adatok azt mutatják, hogy a munkaképes koru rokkantsági nyugdíjasok közül sokan munkát vállalnak. A munkaképes koru öregségi nyugdíjasok száma - karkedvezményes és korengedményes - a rokkantsági nyugdíjasok számához képest elhanyagolható, így a tendenciát nem befolyásolják. /1979. I. 1-én a munkaképes koru sajátjogu nyugdíjasok közül 132 ezer fő volt rokkantsági, 14 ezer fő pedig öregségi nyugdíjas; 1981. I. 1-én 134 ezer fő volt rokkantsági, 15 ezer fő pedig öregségi nyugdíjas./

A férfiak fele, a nők egyharmada vállal részmunkaidős foglalkozást. Éves átlagban a férfiak több mint 1000 órát, a nők 800 órát dolgoznak egy évben.

Ez a létszám és éves óraszám azonban alapvetően függ a munkaerőhelyzettől. Területenként és szakmánként jelentősen ingadozik és függ a központi korlátozó intézkedésektől is /pl. a nem fizikai munkakörökben/.

Az elmúlt 10-12 évben, az első átfogó rehabilitációs rendelkezés életbe léptetése óta, a rokkantak /leszázalékoltak/ száma is jelentősen emelkedett. Ennek fő okai nem az egészségügyi állapot általános és tömeges romlásában kereshetők. A torz érdekeltség és az alacsony színvonalu rehabilitációs tevékenység párosult a rokkantsági nyugdíj feltételeinek szélesebb körü megszerzésével /a teljes foglalkoztatottság és a társadalombiztosítási jogkiterjesztések következtében/.

A munkafeltételek változásának, a dolgozók korösszetételének, valamint az eltérő nyugdíjkorhatárnak a hatása figyelhető meg a mezőgazdasági rokkantsági nyugdíjasok számának 1965-öt követő alakulásában.

Új rokkantsági nyugdíjasok

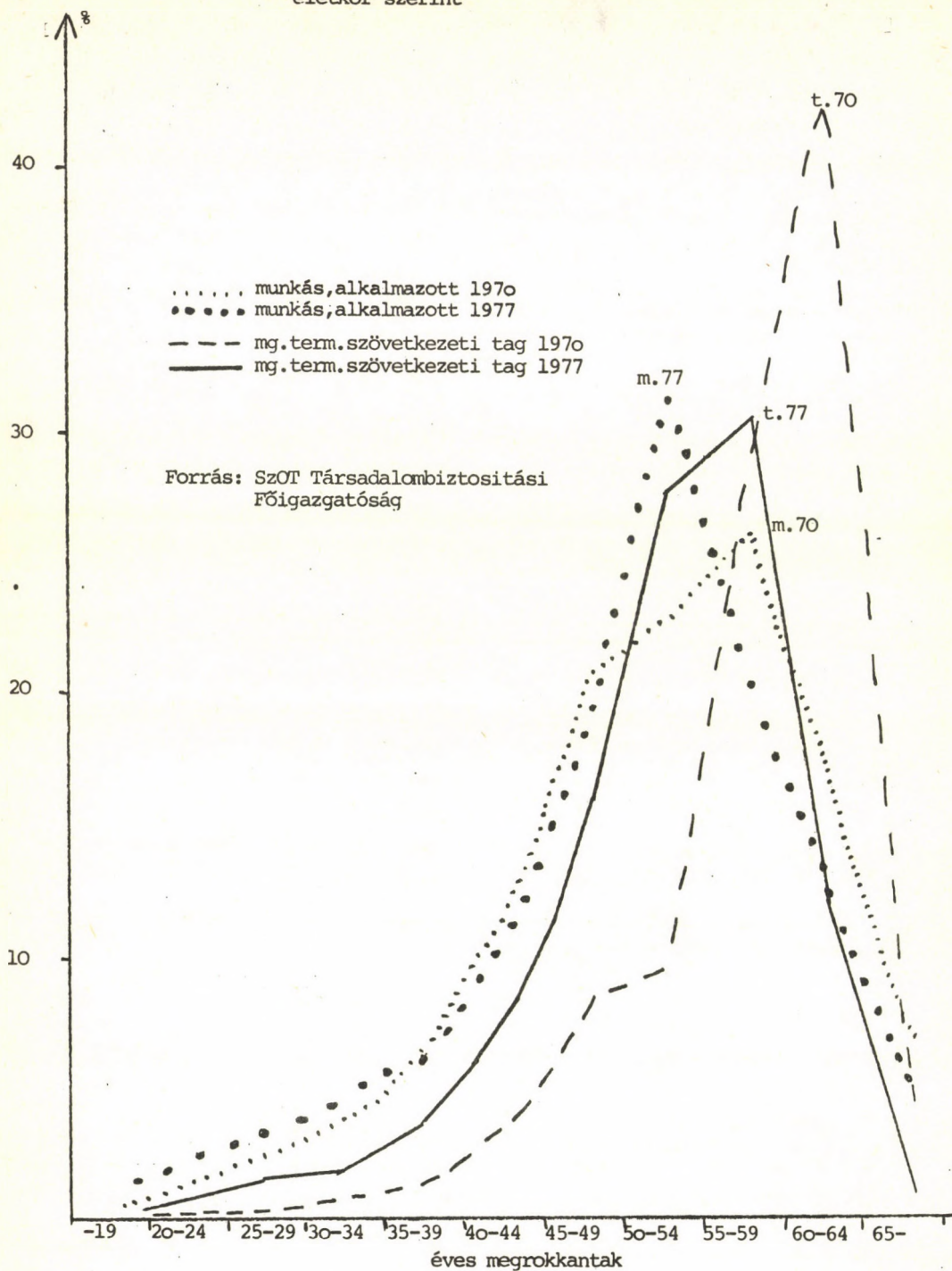
Év	Munkások és alkalmazottak száma /fő/ /MÁV adatokkal/	Tsz tagok száma /fő/	Összesen	Aktív keresők /ezer fő/	10.000 aktív keresőre jutó összes rokkantsági nyugdíjas
1952	4.472	-	4.472	4306,4	10,4
1956	8.356	-	8.356	4563,0	18,3
1960	8.401	269	8.670	4735,0	18,3
1964	10.617	1.202	11.819	4634,7	25,5
1968	18.399	4.149	22.548	4767,3	47,3
1972	27.422	13.452	40.874	5038,6	81,1
1973	26.201	13.950	40.151	5061,2	79,3
1974	24.591	12.764	37.355	5073,6	73,6
1975	25.358	10.175	35.433	5085,5	69,7
1976	28.737	8.157	36.894	5093,2	72,4
1977	29.272	7.172	36.444	5081,2	71,7
1978	27.629	6.108	33.737	5068,8	66,6
1979	28.900	5.600	34.500	5081,0	67,9
1980	31.100	5.100	36.200		

Forrás: SZOT TB Főigazgatóság

A munkakörülmények, társadalombiztosítási szabályok eltérésének csökkenésével a rokkantsági nyugdíjasok korösszetétele is közeledik egymáshoz, így az elkövetkezendő néhány éven belül számolhatunk a különbségek eltűnésével /lásd az 1. ábrát/.

A korösszetétel alakulását egyaránt befolyásolják objektív és szubjektív tényezők. Objektív tényezőnek tekinthető a technikai fejlődéssel, a civilizációs ártalmakkal és veleszü-

1. Ábra: Az új rokkantsági nyugdíjasok megoszlása életkor szerint



letett fogyatékoságok relatív növekedésével összefüggő "fiatalodás", szubjektív tényező a fogyatékos fiatalok esetében a rokkantási nyugdíjhoz szükséges szolgálati idő megszerzésének tudatos erőltetése éppúgy, mint a felnőtt korban egészségkárosodásban szenvedők esetében a rokkantsági nyugdíj érdekelttség. Rövid távon a 24 évesnél fiatalabbak kis mértékű növekedése, valamint a leggyakoribb korosztály 1-2 éves elmozdulása /a fiatalabb korosztály felé/ várható. A hosszú távu változás alapvetően a foglalkozási rehabilitáció színvonalától és a szubjektív tényezők hatásától függ.

A rokkantsági nyugdíjasok, különösen pedig a ténylegesen rokkantak ujratermelődésének vizsgálata nem végezhető el globálisan. Az összes leszázalékolt személy számának alakulása követte a rokkantsági nyugdíjasok számának alakulását. Hasonló a helyzet az arányokkal is. Az idősből azonban nem szűrhetők ki az érdekeltségből származó objektív /ha előnyökkel jár a rokkantság, akkor inkább fordulnak a rokkantak orvosi bizottsághoz/ és szubjektív /nyugdíjérdekelttség/ torzulások.

Az OOSZI Bizottságai által véleményezett új rokkantak és a TB Főigazgatóság által nyilvántartott új rokkantsági nyugdíjasok száma és aránya

Év	Száma /fő/		A 10.000 aktív keresőre jutó gyakoriság		
	Rokkant	Rokkantsági nyugdíjas	Rokkant	Rokkantsági nyugdíjas	D _x
1964	14.679	11.819	31,7	25,5	6,2
1968	28.005	22.548	58,7	47,3	12,4
1972	50.766	40.874	100,8	81,1	19,7
1976	45.822	36.894	99,6	72,4	27,2
1977	45.282	36.444	89,1	71,7	17,4
1978	44.318	33.737	87,4	66,6	20,8
1979	42.884	35.500	84,4	67,9	16,5

/D_x = a rokkantak és a rokkantsági nyugdíjasok arányának különbsége/

A távlati tendenciák az ujratermelődés okainak, a rokkant-tá válás tényezőinek feltárásán keresztül vizsgálhatók.

Az ujratermelődés tényezői

A rehabilitálandók száma az életkor kitolódása, az urbanizáció, a közlekedés és az egészségügy fejlődését is figyelembe véve nem csökkenni, hanem növekedni fog. Az, hogy közülük hányan fognak és milyen feltételek között dolgozni, az a gazdasági helyzettől /a munkaerőigénytől és a foglalkozási rehabilitáció fejlettségétől/ függ.

a/ A veleszületett fogyatékoság - habilitálandók

Évről évre emelkedik a fogyatékos gyermekek száma, ennek két fő objektív oka van:

- az orvostudomány fejlődése növelte a rendellenességgel vagy örökletes betegséggel született gyermekek életben maradási lehetőségeit;
- emelkedett a kora-, illetve kissúlyú születések száma.

Az emelkedésnek van egy szubjektív oka is. A technikailag dinamikus fejlődő, de a rehabilitáció igényeit figyelembe nem vevő társadalmi-gazdasági fejlődés fokozatosan kirekeszti azokat, akik a korábbi feltételek között csak enyhe fogyatékos-ságúnak, vagy épnek számítottak /volna/. Az iskolázottság követelményének elterjedése, az egyszerű mezőgazdasági munkák visszaszorulása, a gépi technológiák térhódítása növelte például az értelmi fogyatékosok, illetve a felismert /értelmi/ fogyatékosok számát.

A születési károsodások egy részét a gyermek kinövi, jelentős része azonban állandósul. Ezért nőtt az igény a gyógy-pedagógiai általános iskolákkal szemben. A gyógypedagógiai iskolákba, kiegészítő osztályokba járók számának emelkedésével párhuzamosan nőtt az alsófokú oktatáson belüli arányuk is:

- az 1960/61-es tanévben I-VIII. oszt.-ba járóknak 1,2%-a,
- az 1970/71-es tanévben 2%-a,
- az 1979/80-as tanévben 3,2%-a

volt, akiket gyógypedagógiai intézetekben oktattak.

Elsősorban a beiskolázott értelmi fogyatékosok számának emelkedése nagy, ezt tükrözi a kisegítő iskolák férőhely-számának emelkedő tendenciája és arányváltozása is.

Az értelmi képességek elmaradottsága nem mindig veleszületett fogyatékoság, hanem az ingerszegény családi környezet hatása is lehet. Ugyanakkor századunkban tapasztalható - statisztikailag kimutatható - óriási növekedés a társadalom selektáló hatásának és az általános tankötelezettség megvalósulásának következménye is.

Az értelmi fogyatékosok aránya a beiskolázott fogyatékosok teljes létszámához viszonyítva

Év	Beiskolázott fogyatékosok /%
1900	1, 98
1910	20,8
1920	30,5
1930	56,6
1940	65,6
1952	84,6
1962	90,7
1972	93,7
1975	93,1
1977	93,3
1979	99,0

A legnagyobb rehabilitációs problémát a továbbtanulás jelenti. Munkára általában csak hosszas betanítás után alkalmasak. A betanított munkás képesítést nyújtó, egyszerűsített ipari tanulóképzés ma még csak kísérleti jelleggel működik hazánkban, néhány helyen.

Az igényekhez mérten szerény lehetőségek eredménye biztató, a kialakult szakmai képzésben részesült debilis fiatalok gépeken önállóan dolgoznak, megfelelő biztonsággal, jó munkateljesítménnyel, minőséggel a különböző nagyvállalatoknál. /Ha figyelembe vesszük, hogy technikai fejlődés során emelkedik a betanított munka iránti igény és a munkák egy része egyszerű monoton munka, akkor belátható, hogy az értelmi fogyatékosok foglalkoztatási feltételei bővíthetők./

b/ Betegségek, balesetek

A balesetek egyik fontos csoportja az üzemi baleset. A technika fejlődésével, a gépesítés növekedésével hosszú ideig nő az üzemi balesetek száma. A tudományos-technikai haladás hatása, a termelőerők fejlődése népgazdasági áganként eltérő. Az iparban a balesetek relatív színvonala /esetszám, táppénzes napok száma/ kisebb, és a csökkenés korábban következett be, mint a mezőgazdaságban.

Az elmúlt 10-15 évben csökkent a balesetek előfordulási aránya /1000 munkásra jutó balesetek száma/, egyedül a szállítás, hírközlés területén nőtt az üzemi balesetek száma. Ez összefügg a másik baleseti tényezővel: a közlekedéssel.

Az utcai forgalom veszélye, a motorizáció növekedésével hosszú ideig döntő tényező marad. A személyi sérüléssel járó balesetek száma közúton két és félszeresére, vasuton mintegy 20%-kal emelkedett.

A személyi sérüléssel járó balesetek
számának alakulása

Év	Közuti	Vasuti	Egyéb	Összesen
1961	7.871	-	66	7.937
1965	14.719	586	29	15.330
1970	23.225	622	26	33.873
1975	19.764	636	106 ^{x/}	20.506
1978	19.945	712	35	20.692
1979	20.465	742	42	21.229

x/ 2 légi baleset 69 halottal

A többi baleseti tényező /házi munka, sport, .../ hatásában töredéke az üzemi és közlekedési baleseteknek.

A foglalkozási betegségek eltérő módon és mértékben jelentkeznek a különböző iparágakban.

Száz dolgozóra jutó foglalkozási betegségek száma:

1961-63 között átlagosan 0,3;

1975-77 között 0,1 volt a táppénzes statisztika szerint.

Az ártalmas munkahelyek szerint elsősorban a bányászatban, azon belül is a szénbányászatban fordul elő. Ezért a rokkantak számának alakulását a foglalkoztatás ágazati strukturájának változásán keresztül is befolyásolja.

Az általános betegségek által bekövetkezett egészségi állapotromlás fontos szerepet játszik a munkaképesség változásában. Hatásuk nem csökken, csak strukturájuk változik. A régen szerepet játszó tbc, járványos betegségek és szövődményeik visszaszorulnak, helyükbe a "civilizáció", az "urbanizáció" betegségei lépnek /a szülőnböző szív- és keringési panaszok, ideg- és elmebetegségek/.

Az új rokkantak betegségcsoportonkénti %-os megoszlása

Betégcsop	1975	1976	1977	1978	1979	
					munkás, alk.	mg. tsz-tag
keringési rendszer	40,7	40,6	39,9	39,5	38,7	40,8
csontváz-, izom- rendszer	10,3	10,0	10,0	9,8	9,1	11,6
légzőszerv	8,6	7,9	7,7	7,5	7,7	10,0
elme	7,5	8,5	9,5	9,9	10,1	7,3
ideg-, érzékszervek	6,9	6,9	6,7	6,6	5,3	4,4
daganatok	6,2	6,5	7,0	6,9	7,8	6,5
emésztőrendszer	4,7	4,5	4,9	6,2	5,5	5,0
endoktrin, anyagcsere	4,2	4,2	4,1	4,1	4,5	3,5
fertőző és élősdiek	4,1	3,8	3,3	3,4	3,2	3,6
balesetek	3,3	3,6	3,6	3,8	4,4	4,9
egyéb	3,5	3,5	3,3	3,3	3,7	2,4

Forrás: Országos Orvosszakértő Intézet

Távlati tendenciák

Az eddig ismertetett objektív ujratermelő hatások 10-15 éven belül alapvetően nem változnak meg. Ezért az aktív koru népességben belül tovább emelkedik az enyhe fogyatékossgal, illetve egészségkárosodással rendelkező munkaerőréteg. A jelenleg 5-600 ezer főre becsült rehabilitálandók száma /ebből 2-300 ezer dolgozik, de nem megfelelő hatékonysággal/ kétezerre 7-800 ezer főre emelkedhet. Azt, hogy ez statisztikailag mennyire kimutatható, a számbavételről és a munkaképesség elbírálásának rendszeréről függ.

A rokkantsági nyugdíjasok közül a rehabilitálandók közé orvosi becslések szerint 160-170 ezer ember sorolható. Ha az előbb vázlatosan ismertetett foglalkozási rehabilitációs rend-

szer az elkövetkező 4-5 éven belül lényegesen nem fejlődik, akkor ez a szám továbbemelkedhet a munkaerőkereslet kedvezőtlen alakulása és a rokkantsági nyugdíj-érdekeltség miatt. Ezzel mesterségesen nőhet a munkaképes koru inaktív réteg.

Ugyanakkor a súlyos fogyatékosok számának, arányának is kisebb mértékű további emelkedésére lehet számítani. Ezért 15-20 éves távlatban célszerű számolni a speciális foglalkoztatási feltételek bővítésével. Hiszen eltartási költségeikhez járuló bármely munkatevékenység jelentős állami /és családi/ anyagi terhektől mentesíthet. /Lásd a 2.sz. ábrát, amely az irodalmi jegyzék 9. alatti tanulmány melléklete./

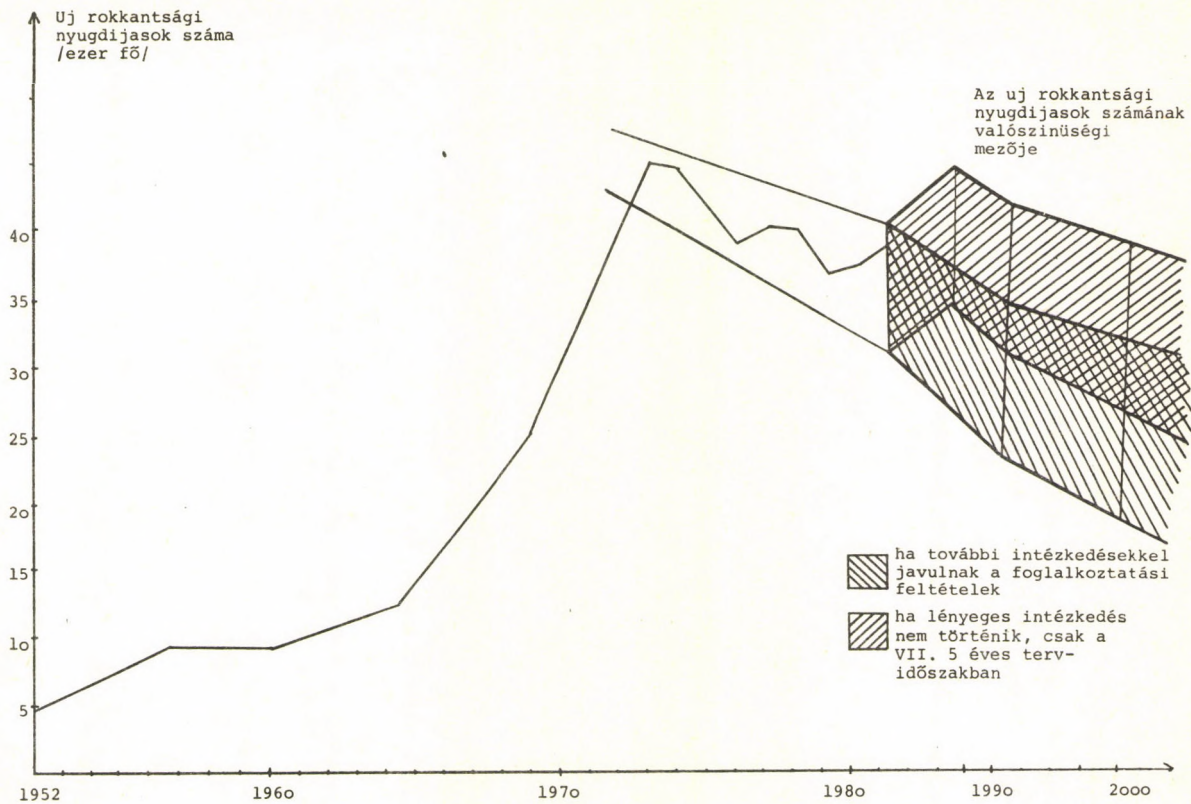
A továbblépés feltételei

A továbblépést a fejlett rehabilitációs intézményhálózat fokozatos kiépítése és az érdekeltségi viszonyok rendezése jelentené. A 3194/1980. MT. sz. határozat világosan előírja a szükséges intézkedések irányát. Azonban a "mérték" tekintetében nem foglal állást. Így a jelenlegi gazdasági körülmények között - a példában bemutatott és elméletileg igazolható - gazdasági érdekek ellenére a napi, rövidtávu pénzügyi, költségvetési érdekek alá rendelődik e fontos társadalmi, szociálpolitikai feladat megoldása. Ezért féltő, hogy a Pénzügyminisztérium által intézményesen képviselt parciális érdek hosszabb távon súlyosabb gazdasági, szociális feszültségeket idéz elő.

Elmaradott rehabilitációs rendszerünk fejlesztése hosszabb távra tolódik el. Ezt tükrözi az egészségügyi ellátás 1981-2000. évekre szóló távlati fejlesztési koncepció feladat kijelölése is.

A foglalkozási rehabilitáció fejlesztése az átfogó rehabilitációs rendszer kiépítésének kulcskérdése. A következő teendők a legfontosabbak:

- Az anyagi érdekeltség bevezetése. Véleményem szerint annak a vállalatnak, amely nem tudja csökkent munkaképes-gű dolgozóit foglalkoztatni, rehabilitálni, átképezni, védett munkahelyen foglalkoztatni - a szakmunkásképzés



alapjához hasonlóan - központi rehabilitációs alapba kellene fizetnie meghatározott összeget, amiből aztán létre lehetne hozni a megfelelő számú rehabilitációs munkahelyet.

- Ki kell dolgozni a vállalaton belül olyan nyilvántartási rendszert a rehabilitálandó dolgozókról, amely összesítés után a megyékben és országosan is alkalmas lenne a valós rehabilitációs igények és a megtett intézkedések megismerésére.
- Ki kell alakítani a tanácsoknál is a foglalkozási rehabilitáció felelős szervét és intézményhálózatát. Megyei és városi tanácsi foglalkozási tanácsadó intézményhálózatot kell létrehozni. Ezt a szervet kellene megfelelő kiképzés után megbízni a tanácsok rehabilitációs feladatainak operatív végzésével.
- Növelni kell a védett üzemek, szövetkezetek, foglalkoztatók és az azokban kialakított rehabilitációs munkahelyek számát. Ki kell dolgozni olyan érdekeltségi preferencia- és adórendszert, amely biztosítja fejlődésüket, a rehabilitáltak megfelelő jövedelmét és a bedolgozók széles körű alkalmaztatását.
- Társadalombiztosítási rendszerünket úgy kell korszerűsíteni, hogy ösztönözzön a rehabilitációra. Keresetkiegészítés, járadék vagy résznyugdíj bevezetése lenne célszerű a jelenlegi rokkantsági nyugdíj III. csoportja helyett mindazoknál, akik csökkent munkaképességük ellenére rehabilitálhatók. Kieső munkaképessége miatt járadékot kapnának, de dolgozniuk is kellene. A szociális támogatás összege és a dolgozó fogyatékos /rokkant/ jövedelmének teljes összege között olyan különbséget kell kialakítani, amely érdekeltté teszi a munkavállalásban. Ha jövedelme a hasonló munkát végző egészségesekéénél magasabb, korántsem baj, mert legalább költségesebb életformáját /több vagy drágább szolgáltatásokat kell igénybe vennie/ fedezi.

- Hozzá kell kezdeni a mozgás- és érzékszervi fogyatékosok beilleszkedését gátló építkezési és közlekedési akadályok fokozatos megszüntetéséhez.
- A rehabilitáció összetettsége, sokrétősége, az abban résztvevő állami szervek, intézmények, társadalmi szervezetek nagy száma miatt törekedni kell a rehabilitációért felelős tárcák, a tanácsok és az abban tevékenykedő szervek, intézmények együttműködésének, összhangjának kialakítására.

1. sz. Melléklet

Példa a rehabilitáció gazdaságosságának számításáhozA számításhoz szükséges feltételek:

- A 45 éves szakmunkás feltételezésünk szerint havi 6.000 Ft-ot keres és egészségkárosodás miatt korábbi kereső foglalkozását nem folytathatja.
- /45-17=/ 28 év szolgálati idővel rendelkezik.
- A rehabilitáció megoldására két esetet vizsgálunk:
 - I. vállalati körülmények között,
 - II. speciális foglalkoztató helyen.
- Ha nem rehabilitálják, akkor is két esetet veszünk számításba:
 - A./ rokkantsági nyugdíjas lesz,
 - B./ rendszeres szociális járadékot kap.
- A megtermelt tiszta jövedelem meghatározásához a Munkaügyi Minisztérium Számítástechnikai Intézetének 1980-ban készült tanulmányából használjuk fel az arányszámokat. /A végtermékben megtestesülő élőmunka nagyságának elemzése halmozott és teljes munkaigényesség alapján./ Az ágazatok közvetlen bérigényessége - a 3o szektoros ÁKM szerint -: a népgazdaság különböző ágazataiban 100 Ft termelés előállítására 4,4 és 45,5 Ft közötti bér- és munkajövedelem ráfordítással valósul meg. Az átlagos szórás 10,7 Ft volt. Az egy forint ágazati bérrre jutó, az ágazatban megtermelt /nem realizált/ jövedelem 1,071 és 7,504 Ft között szóródik. A magas szóródás miatt két konkrét ágazat adatát használjuk: A gépiparban egy forint ágazati bérrre 3,087 3 Ft ágazatban megtermelt jövedelem jut, a mezőgazdaságban /élelm., építő és egyéb ipari, valamint kereskedelmi tevékenység nélkül/ 1,262 1 Ft ágazatban megtermelt jövedelem jut.

- A termelésből kieső dolgozó elmaradt munkájából származó jövedelemcsökkenés meghatározása:

/A tizéves bérköltségnél a béremelkedés, a tiszta jövedelem meghatározásánál a 3 R arányszám figyelembevételével/

$$862.290 \times 3 = \underline{2.586,870 \text{ R}}$$

- Akár vállalati, akár speciális munkahelyen rehabilitálják, első évben 3.000 R-ot keres. A béremelkedést is figyelembe véve 10 év alatt a keresete 450.750 R.
- Ha vállalati munkahelyen rehabilitálják, akkor az új munkakörben a jövedelemtermelés béraránymutatója 1,5 R /figyelembe vesszük az esetleges termelékenységcsökkenést, illetve a speciális, kevésbé jövedelmező munka kiválasztását/.

A megtermelt tiszta jövedelem 10 év alatt:

$$450.750 \times 1,5 = \underline{676.125 \text{ R.}}$$

- Ha speciális munkahelyen foglalkoztatják, akkor a jövedelemtermelés béraránymutatóját indokolt még kisebbnek venni, példánkban 1 R-nak vesszük.

A megtermelt tiszta jövedelem 10 év alatt: 450.750 R.

- A keresetkiegészítés a nyugdíjkorhatár előtti 10 évben időkorlátozás nélkül járadékjelleggel jár.

$$\text{Összege: } 1.800 \times 12 \times 10 = \underline{216.000 \text{ R.}}$$

a/ A rehabilitáció elmaradásának költségei.

A/ A rokkantsági nyugdíj igénybevételekor:

A rokkantsági nyugdíj alapösszege 28 évi szolgálati idő esetén:

$$/6.000 \times 0.63 / + 290 \text{ R} = 4.070 \text{ R.}$$

A 2%-os "automatizmus" figyelembevételével a rokkantsági nyugdíjköltség 10 év alatt: 534.600 R.

A népgazdaság összes kiadása:

rokkantsági nyugdíj-költség:	534.600 R
+ kiesett tiszta jövedelem:	<u>2.586.870 R</u>
	<u>3.121.470 R</u>

A népgazdaság netto kiadása:

rokkantsági nyugdíj-költség:	534.600 R
+ rehab.ter.potenciális jöv.:	<u>676.125 R</u>
	<u>1.210.725 R</u>

Miután a kiadással szemben nem áll bevétel, a fenti összegek népgazdasági veszteségnek tekinthetők.

B/ Járadékfizetés esetén:

A rendszeres szociális járadék alapösszege 1982-ben 1710 R, amely a jelenlegi rendszerben 100 R-tal emelkedik évenként, így a tíz év alatt kifizetett járadék összege: 259.200 R.

A népgazdaság összes kiadása:

összes járadék:	259.200 R
+ kiesett tiszta jöv.:	<u>2.586.870 R</u>
	<u>2.846.070 R</u>

A népgazdaság netto kiadása:

összes járadék:	259.200 R
+ rehab.ter.pot.jöv.:	<u>676.125 R</u>
	<u>935.325 R</u>

Miután ebben az esetben is a kiadással szemben nem áll bevétel, a fenti összegek népgazdasági veszteségnek tekinthetők.

b/ A rehabilitációs foglalkoztatás gazdaságossága.I. Rehabilitáció vállalati munkahelyen:

A vállalatok jelenleg rehabilitált dolgozók bérköltsége után 40%-os dotációt vehetnek igénybe, ennek 45%-a a vállalatnál marad, a többi összeg visszakerül az állami költségvetésbe.

Igy a rehabilitációs foglalkoztatás dotációs költsége:

$$/450.750 + 216.000/ \times 0,4 \times 0,45 = \underline{120.000 \text{ R}}$$

"A" esetben:

Bevétel: termelt tiszta jöv.:	676.125 R	
+összes rokkantsági ny.:	534.600 R	
		1.210.725 R
Kiadás: keresetkiegészítés:	216.000 R	
+netto dotáció:	120.000 R	
		336.000 R
Népgazdasági nyereség:		<u>874.725 R</u>

"B" esetben:

Bevétel: termelt tiszta jöv.:	676.125 R	
+összes járadék:	259.200 R	
		935.325 R
Kiadás: /meg egyezik az "A" esettel/		336.000 R
Népgazdasági nyereség:		<u>599.325 R</u>

II. Rehabilitáció speciális munkahelyen:"A" esetben:

Bevétel: termelt tiszta jövedelem:	450.750 R	
+összes rokkantsági nyugd.	534.600 R	
		985.350 R
Kiadás: keresetkiegészítés:		216.000 R
Népgazdasági nyereség:		<u>769.350 R</u>

"B" esetben:

Bevétel: termelt tiszta jöv.:	450.750 R	
+összes járadék:	259.200 R	
		709.950 R
Kiadás: keresetkiegészítés:		216.000 R
Népgazdasági nyereség:		<u><u>493.950 R</u></u>

c/ Összefoglalás.

A fenti számítási mód több lényeges helyen becsült adatokkal számol. Az a számításokból azonban mindenképpen elfogadható, hogy a foglalkozási rehabilitáció - a kifizetett keresetkiegészítés és vállalati dotáció - az érdekeltség megteremtése mellett népgazdasági szintén középtávon gazdaságos. Gazdasági és szociálpolitikai szempontból is indokolt fejlesztése, és az esetleges munkahelyátalakítás költségeit is visszatéríti. /Az ÁFB-hez benyújtott pályázati kérelmek esetében egy főre jutó beruházási költség 72 és 483 ezer R között mozgott./

Irodalom

1. Flam Tamás - Makkay László - Sándor Jenő: Az ember a változó munkakörnyezetben, KJK Budapest, 1974.
2. A foglalkozási rehabilitáció helyzete és fejlesztése, Összeállítás a Magyar Rehabilitációs Társaság tudományos ülészekének előadásából, Munkaügyi Szemle, 1979/I-II.
3. dr. Göllesz Viktor: A fogyatékosok társadalmi rehabilitációja, a gyógypedagógia alapproblémái, Medicina Kiadó, Budapest 1976.
4. Jelentés az Országos Orvosszakértői Intézet Orvosi Bizottságainak 1978-as munkájáról, kézirat 1979.
5. Jelentés a fogyatékos /csökkent munkaképességű/ fiatalok számáról, megoszlásáról, társadalmi beilleszkedéséről és a teendőkről, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet 1978.
6. dr. Mangliár Károly: Beszámoló a Szombathelyi Orvosi-Foglalkozási Rehabilitációs Tanácsadó működéséről, Munkaügyi Szemle, 1977/2.
7. Rehabilitációs műhelyek, Profil 1978. június
8. Major Mária: A rehabilitáció szerepe, nemzetközi színvonalra és a magyar érdekeltségi viszonyok, Munkaügyi Szemle 1980. december
9. Major Mária: Az egészségügyi és a foglalkozási rehabilitáció foglalkoztatáspolitikai összefüggései. Résztanulmány az OT távlati foglalkoztatáspolitikai koncepciójának kidolgozásához, 1982.

A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ VÁLLALATI PROBLÉMÁIRÓL
A 8/1983.sz. EÜM-PM. RENDELET TÜKRÉBEN^{x/}

Sokat vitatott téma, hogy mikor és mennyire szükséges állami eszközökkel beavatkozni a társadalmi-gazdasági folyamatokba. Adott rendszerben, adott időpontban a tulszabályozottságnak éppen úgy megvannak a hátrányai, mint a megfelelő szabályozottság hiányának. A beavatkozások szükségessége, helyes mértéke és formái függnnek a társadalom fejlettségétől, a gazdasági körülményektől, valamint attól, hogy meghatározott időpontban mely folyamatok, milyen sullyal szerepelnek az adott formációban.

Hazánkban az utóbbi években a gazdasági kérdések kapták a legnagyobb hangsulyt, s ennek következtében az állami szabályozások is alapvetően ezekre a folyamatokra koncentráltak. Nem könnyű eldönteni, hogy ezek a beavatkozások mikor és milyen mértékig voltak indokoltak, illetve, hogy mikor váltak - éppen túlzott gyakoriságuk miatt - bizonyos területeken a fejlődés gátjává.

Az állam és a vállalatok közötti folyamatos és egyre erősödő "párbaj" egyik sajátos velejárója volt, hogy bizonyos társadalmi folyamatokban hosszú évekig nem történt központi beavatkozás, még akkor sem, ha erre több területen nagy szükség lett volna. Így, míg az egyik oldalon a vállalati gazdálkodás minden rezdülését figyelemmel kíséző szabályozások egész sorát találjuk, a másikon a társadalmi-szociális intézkedések, szabályozások esetenként 10-15 éve megkövesedett, - a jelenlegi feltételeknek már nem megfelelő - tömege halmozódott fel. Jó példa erre, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkozási rehabilitációját 1967-től 1983-ig ugyanaz a rendelet^{xx/} szabályozta, miközben mind a vállalatok érdekeltségében és gazdálkodásában, mind pedig az érintett társadalmi réteg élet- és munkafeltételeiben gyökeres változások mentek végbe.

x/ A tanulmány 1983-ban készült, adatai ennek figyelembe vételével értékelendők.

xx/ 1/1967. /XI.22./ MüM-EüM-Pm.sz. együttes rendelet.

Nem változott a szabályozás annak ellenére, hogy röviddel a hivatkozott rendelet megjelenése után már egyértelmű volt, hogy ez a jogszabály nem lesz képes megoldani a csökkent munkaképességűek foglalkoztatási nehézségeit. A következő években rendre születtek a jogszabály hiányosságait feltáró és az okokat elemző vizsgálatok, melyek közös kicsengése az volt, hogy az 1/1967-es rendelet - bár szándékában segítő, elképzeléseiben előremutató volt - a végrehajtáshoz szükséges személyi és tárgyi feltételek hiánya miatt már a megszületés pillanatában sem tudta betölteni funkcióját.

Egyre inkább halaszthatatlannak tűnt az egészségi állapotuk miatt munkavállalási vagy munkavégzési nehézségekkel küzdő személyek foglalkoztatásának ujraszabályozása. Ez azonban nagyon sokat váratott magára, míg végülis 1983-ban megjelent a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról szóló 8/1983. VI. 29./ EüM-PM.sz. rendelet, amely azonban alig lett több a hiányosságok egész sorát magában hordozó korábbi jogszabály reprodukciójánál. Ez azért is érthetetlen, mivel minden új rendelet, szabályozás előkészítésének alapfeltétele az előírások bevezethetőségének reális megítélése, valamint a végrehajtáshoz szükséges feltételek számbavétele, és azoknak a hatásoknak az előzetes végiggondolása, amelyek befolyásolhatják - esetleg meg is akadályozhatják - a szándékok megvalósulását. Fokozottan fontosak ezek a vizsgálódások olyan rendelet-módosítás, utasítás-ujrafogalmazás esetén, amikor a korábbi szabályozókkal a gyakorlatban nem tudták elérni a kívánt hatást.

1983 nyarán mégis olyan indokolatlanul optimista, "steril" jogszabály született, amely a valós társadalmi-gazdasági környezetbe helyezve, eleve sikertelenségre lett ítélve. Pedig a tevékenység megfelelő szabályozására napjainkban még a korábbiaknál is nagyobb szükség lenne. hiszen a gazdaság fejlődésében bekövetkezett megtorpanás mindenekelőtt az érdekérvényesítési nehézségekkel küzdő rétegek helyzetét érinti kedvezőtlenül. Éppen ezért nem lehet egyetérteni azokkal a - szakmai fórmukon elhangzott - véleményekkel, mely szerint ez a jogszabály "rosszkor" jelent meg, "mivel a vállalatok nyereségorientált

gazdálkodásába nehezen illeszthető be a rehabilitációs tevékenység". Meggyőződésem, hogy ez a rendelet - bár nem ebben a formában - a lehető legjobbkor jelent meg, hiszen egyre nagyobb szükség van arra, hogy tudatosan, központi beavatkozással védjük azoknak a megváltozott munkaképességű személyeknek az érdekeit, akiknek foglalkoztatása az egyéb kedvezőtlen hatások miatt amúgyis akadályokba ütközik.

A rendelet tehát nem "rosszkor", hanem "rosszul" igyekezett megoldást adni a fenti kérdésekre. Alkotói - teljesen indokolatlanul - változatlan, sőt még jobb általános fogadókészséget feltételeztek a korábbi rendelet utáni években tapasztaltnál.

Az 1967-es rendeletről

Hazánkban az 1/1967. /XI. 22./ MüM-EüM-PM. sz. rendelet szabályozta első ízben a csökkent munkaképességű dolgozók foglalkoztatási, munkajogi, anyagi kérdéseit. Egyértelműen kimondta, hogy a munkáltatók és a helyi tanácsok felelősek a rehabilitáció megvalósulásáért. Ebben a rendeletben szerepelt először, hogy a csökkent, illetve megváltozott munkaképességű dolgozót - megmaradt adottságai alapján - társadalmilag hasznos munka végzésére kell rehabilitálni.

Ennyi év távlatából már nagyon nehéz megmondani, hogy mennyiben volt hibás maga a rendelet - amennyiben irreális ígényeket támasztott - és mennyiben az a megkövesedett szemlélet, amely képtelen hinni a megváltozott képességek hasznosságában. Kétségtelen viszont, hogy a foglalkozási rehabilitáció megteremtését célul tűző utasítást csak nagyon szerény mértékben sikerült végrehajtani. A legtöbb probléma az alábbi területeken jelentkezett:

- a vállalati kötelezettség teljesítése;
- a vállalati rehabilitációs bizottságok működése;
- a rehabilitációs módszerek alkalmazása;
- a vállalatok pénzügyi kedvezményei;
- a dolgozók ösztönzése /kereset-kiegészítés/;

- a rehabilitációval kapcsolatos tanácsai feladatok végrehajtása.

A továbbiakban ezeken az "érzékeny pontokon" keresztül szeretném bemutatni, hogy az új, 8/1983-as rendelet hogyan szabályozza, illetve szabályozza-e egyáltalán a foglalkozási rehabilitáció legfontosabb kérdéseit?

A vállalati rehabilitációs kötelezettség

Az 1/1967-es rendelet szerint "a csökkent munkaképességű dolgozókat^{x/} a vállalatok kötelesek elsősorban eredeti munkakörükben és szakmájukban, ha ez nem lehetséges, akkor vállalaton belül olyan munkakörben foglalkoztatni, ahol egészségük további romlása nélkül szakképzettségüket hasznosítani tudják."

E rendelkezés megjelenésének idején az extenzív gazdaságfejlesztés munkaerőgondjai mellett, minden kényszer nélkül biztosítottak látszott a csökkent munkaképességű dolgozók foglalkoztatása. A gyakorlatban azonban a megmaradt képességek hasznosítása helyett legtöbbször képzettséget nem igénylő, kiegészítő foglalkoztatást biztosítottak a munkáltatók megbetegedett dolgozóik részére. Amikor pedig a bérszínvonalgazdálkodás miatt a vállalatok érdeke az alacsony bérű munkaerő létszámának felduzzasztása volt, a csökkent munkaképességű dolgozók rehabilitáció helyett a vállalati bérgazdálkodás eszközeivé váltak. Vagyis a "megmaradt képességek legmagasabb szintű hasznosítását" csak nagyon kevés helyen valósították meg.

Ezek után érthetetlen, hogy egy sokkal kedvezőtlenebb gazdasági helyzetben - 1983 nyarán - mi indokolta a fenti előírás szinte szó szerinti átvételét az új rendeletbe? Attól, hogy ismételten kimondjuk: a munkáltató köteles foglalkoztatni megváltozott munkaképességű dolgozóját, még egyetlen munkahely sem lesz a számukra. Egy kötelezettség, amelynek megtagadása

x/ A néhány éve használatos "megváltozott munkaképességű" és a korábbi "csökkent munkaképességű" kifejezések azonos fogalmat jelölnek.

vagy figyelmen kívül hagyása semmilyen következménnyel nem jár, csak akkor teljesülhet, ha a végrehajtásra kötelezett érdekei ezzel egybeesnek.

A jelen esetben tehát csak akkor számíthatunk a megbetegedett dolgozók munkahelyi rehabilitálására, ha a munkáltató érdeke is ezt kívánja. A munkáltatónak ezzel szemben ma az az érdeke, hogy minél több jó képességű, magas színvonalon teljesítő, a változásokhoz rugalmasan alkalmazkodó dolgozóval rendelkezzen. A munkavégzési nehézségekkel küzdő, beteg emberek nem tudnak megfelelni ezeknek az elvárásoknak, illetve segítség nélkül erre nem is lesznek képesek. Megfelelő rehabilitással ugyan sokan közülük alkalmassá tehetőek magas színvonalu munkavégzésre. Ehhez azonban a munkáltatóknak valóban teljesíteniük kellene az erre vonatkozó kötelezettségeiket. Mivel ma általában nincsenek valós munkaerőgondok, a jogszabályban rögzített preferenciák pedig továbbra sem ösztönöznek, az előírások pedig nem köteleznek a rehabilitáció végrehajtására, a vállalatok többsége nem vállalja az ezzel járó többletterheket.

A rendelet előkészítői is érezhették a helyzet fonákságát, mert a "köteles foglalkoztatni" előírás mellett egyben lehetőséget is adtak a munkáltatónak e kötelesség alóli kibujásra. Nevezetesen: "amennyiben működési körén belül a megváltozott munkaképességű dolgozó számára nem tud megfelelő munkakört javasolni, átadhatja az ügyet /!/ elintézésre a helyi rehabilitációs bizottsághoz". /Hogy ez a "mentőöv" nem volt felesleges, az is bizonyítja, hogy a rendelet megjelenése óta a X. kerületben több mint 200 ilyen esetben keresték meg a tanácsot./ Félő, hogy amennyiben nem történik változtatás, a vállalatok - különösen ha gondjaik a jövőben sem csökkennek - a rehabilitációs lehetőségek optimalizálása helyett egyre többször fognak élni ezzel a lehetőséggel. A helyi rehabilitációs bizottságok pedig szűkös eszközeik "birtokában" az indokoltnál jóval több esetben lesznek kénytelenek a rokkantsági nyugdíjazás szükségességét igazolni.

A vállalati rehabilitációs bizottságok működése

A foglalkozási rehabilitáció szempontjából rendkívül fontos, hogy a munkahelyeken kik a felelősök ezért a tevékenységért és hogy ezt a feladatot milyen színvonalon végzik. A munkahelyi rehabilitációs tevékenységgel megbízott személyek, bizottságok legfontosabb feladata:

- a rehabilitációs eljárás kezdeményezése;
- a rehabilitációs intézkedés meghozatala;
- a megváltozott munkaképességű dolgozó foglalkoztatásának figyelemmel kísérése;
- a megelőzést szolgáló intézkedések figyelemmel kísérése;
- a megváltozott munkaképességű dolgozók nyilvántartásának vezetése.

Az 1/1967-es rendelet 4.§. előírta, hogy "minden vállalatnál Csökkent Munkaképességűekkel Foglalkozó Vállalati Bizottságot kell létrehozni."

"Ahol üzemi orvos, illetve üzemi egészségügyi szolgálat működik, ott a Vállalati Bizottság három tagból áll. Egy-egy tagot jelöl ki a szakszervezet vállalati szerve, és a vállalat igazgatója, a harmadik tag pedig az üzemi orvos, illetve az üzemi egészségügyi szolgálat vezetője; ahol üzemi orvos /üzemi egészségügyi szolgálat/ nincs, ott a Vállalati Bizottság két tagu."

Az új rendelet 4.§. szerint "a rehabilitációs intézkedést a munkáltató vezetője /szövetkezet elnöke/, vagy az általa kijelölt személy /továbbiakban: munkáltatói rehabilitációs megbízott/ teszi meg".

"Annál a munkáltatónál, ahol üzemegészségügyi szolgálat, üzemi körzeti orvos működik, munkáltatói rehabilitációs bizottságot kell létrehozni". A munkáltatói rehabilitációs bizottság legalább 3 tagból áll. Vezetője a munkáltatói rehabilitációs megbízott, tagjai a szakszervezet munkahelyi szervének képviselője és az üzemi orvos.

A két idézetből látható, hogy a rehabilitációval megbízott személyek tekintetében az elnevezésen kívül nincs különbség a

régi és új rendelet között. Az 1/1967-es rendelet által előírt vállalati rehabilitációs bizottságok a különböző gazdálkodási egységeknél rendkívül szélsőségesen működtek. Egyes helyeken meg sem alakultak, vagy működésük teljesen formális volt. Másutt viszont az előírtnál több taggal, rendszeresen üléseztek. Tevékenységük eredményessége mindenekelőtt az adott közösség tagjainak emberségétől, lelkesedésétől vagy közönyétől függött, nem pedig a rendelet szándékától.

A lelkiismeretes csoportok munkáját is nehezítette azonban, hogy tagjaik nem voltak felkészítve e tevékenységre: sem az üzemorvosok, sem a munkaügyi szakemberek nem kaptak semmilyen rehabilitációs képzést. A vállalati bizottságok nem ismerték pontosan, hogy működési területükön kik azok, akiknek sorsát a rehabilitáció szempontjából figyelemmel kell kísérniök. A gazdálkodó egységek jelentős része ugyanis semmilyen nyilvántartást nem vezetett a rehabilitálandó személyekről. Sem a rokkant-nyugdíjasokról, sem a hosszantartó betegállományban lévőkről, sem az egészségi állapotuknak nem megfelelő munkakörben dolgozókról. Pedig a III. csoportba tartozó rokkant-nyugdíjasok állapota az esetek többségében nem végleges, ezért potenciális munkaerőtartalékok. Munkába való visszavezetésüket /oktatás, átképzés, betanítás, stb./ már a rokkantságuk alatt meg lehetne kezdeni.

Sajnos az új rendelet csak részben pótolta ezeket a hiányosságokat. A munkáltatói rehabilitációs bizottság feladatkörét nem tisztázta pontosan, illetve sem a rendelet, sem a végrehajtást segítő kiadvány nem ad gyakorlati utmutatást e munka elvégzéséhez. Így a jövőben sem tehetnek mást, mint hogy követik a munkahelyükön eddig kialakult jó vagy rossz gyakorlatot. Amennyiben munkahelyükön nincs hagyománya ennek a tevékenységnek, úgy mindenki megpróbálja saját elképzelése szerint intézni a rehabilitálandók ügyeit; vagy - a legrosszabb esetben - a számára legkevesebb munkát jelentő módszert választja. A rehabilitációra szorulóknak nyilvántartását viszont az új rendelet vállalatok és területek számára egyaránt előírta. A "hogyanok" sajnos innen is hiányoznak. Ezen túlmenően jelenleg az is kérdéses, hogy például területi szinten a létrehozott, vagy a jö-

vőben megalakuló bizottságoknak - ismerve az adottságaikat - nem jelent-e túlzott követelményt ennek az előírásnak a végrehajtása.

Rehabilitációs módszerek alkalmazása

A rehabilitáció sikerének egyik feltétele az optimális rehabilitációs módszer kidolgozása. Optimális az a módszer, amely a megváltozott, illetve megmaradt képességek legmagasabb szintű hasznosítását segíti elő, összehangolva a munkahelyi igényekkel, lehetőségekkel.

Érthető tehát, hogy mindkét rendelet és az utmutatók is nagyon részletesen foglalkoznak a lehetséges módszerek ismertetésével. Az új rendelet 3.§-a előírja, hogy a munkáltató köteles a megváltozott munkaképességű dolgozót

- elsősorban saját szakmájában foglalkoztatni /esetleg a munkakörülmények módosításával/, vagy
- megfelelő munkahelyre áthelyezni, vagy
- más munka végzésére betanítani, átképezni, vagy
- speciális üzemszben foglalkoztatni, vagy
- részmunkaidőben, vagy
- bedolgozóként foglalkoztatni.

Ezek a módszerek szó szerint megegyeznek a régi rendeletben leírtakkal. A változtatás nélküli ajánlás azért sajnálatos, mivel a régi rendelet végrehajtásának vizsgálatakor bebizonyosodott, hogy a vállalatok többségénél ritkán történik meg az optimális módszer kiválasztása. Az esetek jelentős részében teljesen ötletszerűen történik - ha egyáltalán történik - a rehabilitálás, amely így természetesen nem is alkalmas a kívánt eredményre. A vállalatoknál alkalmazott módszerek köre is rendkívül leszűkült: mindenekelőtt a megbetegedett dolgozót saját szakmájához közeleső új munkahelyre helyezik át, esetleg betanítják más munkára. Vizsgálataink^{x/} azonban azt bizonyították,

x/ 1982-ben a Munkaügyi Kutatóintézet vizsgálata során 100, különböző ágazatba tartozó vállalatot kérdeztünk meg az 1/1967-es rendeletben javasolt rehabilitációs módszerek alkalmazásáról.

hogy sok esetben itt sem a megmaradt képességnek megfelelő munkakörbe történik az áthelyezés, hanem indokolatlan minőségi visszalépés történik, amely sok esetben munkabér csökkenést és presztizsvesztést jelent a dolgozónak. Legnagyobb számban azonban még a mai napig is ugynevezett kisegítő munkakörökbe /portás, öltözőőr, stb./ "rehabilitálják", vagyis jóval a megmaradt képességeik alatt foglalkoztatják a vállalatok a megváltozott munkaképességű dolgozóikat.

Munkakörülmények módosítását, átképzését, részmunkaidős foglalkoztatást - mint rehabilitációs módszert - csak elvétve, egy-egy esetben találtunk. Felmérésünk szerint

- a munkakörülmények módosítását azért nem tartják megvalósíthatónak a vállalatok, mert "egy adott gép, vagy berendezés adaptálása a megbetegedett dolgozó képességeihez, kizárná mások zavartalan munkavégzését azon a gépen. Sőt: a megváltozott munkaképességű dolgozó nyugdíjba vonulása, kilépése esetén az átalakított gép használhatatlanná válna".

Ez az érvelés nehezen hihető el, valószínűbb, hogy egy ilyen lehetőség konkrét mérlegeléséig a legtöbb helyen el sem jutottak.

- Az ajánlott módszerek közül a legtöbb vitát és gondot a megváltozott munkaképességű dolgozók szakmai átképzése jelentette. Való igaz, hogy akinek képességei megengedik, a termelésbe való visszailleszkedés legbiztosabb módja egy új szakma elsajátítása lenne. Ugyanakkor az is igaz, hogy a rehabilitációra szorulóknak többsége az alacsony iskolai végzettségű betanított és segédmunkások köréből kerül ki. Ezért számukra egy új szakma megszerzése - mivel először hiányzó iskolai végzettségüket kellene pótolniuk - komoly akadályokba ütközik. Nehezíti a helyzetet, hogy ezek az emberek nagyrészt 40 év felettiek. Mindezt csak akkor vállalnák, ha ez számukra olyan előnyöket jelentene, amely arányban áll a befektetéssel. A valóságban azonban sem az átképzés idejére

biztosított keresetkiegészítés^{x/}, sem az új szakma vállalásával elérhető jövedelem nagysága nem ösztönöz a szakmai átképzés vállalására.

Bonyolítja e módszer alkalmazhatóságát, hogy hazánkban teljesen megoldatlan a megváltozott munkaképességű dolgozók szakmai átképzése. Hiányoznak a szervezett képzés feltételei, és jelenleg a vállalatok sem érdekeltek a helyi képzés megszervezésében.

- Speciális üzemrészben /védőműhelyben, stb./ általában felügyeletet igénylő, súlyosabb sérültek foglalkoztatása történik. Itt a teljesítmény-követelmények korlátozottak, ugyanakkor e tevékenység a vállalat és a dolgozó szempontjából egyaránt hasznos lehet. Nincsenek pontos adataink az eddig létesített védőműhelyekről, de az említett 1982-es vizsgálatunkban megkérdezett vállalatok közül egy sem rendelkezett ilyen létesítménnyel. Az utóbbi években a visszafogott fejlesztési lehetőségek még inkább gátolják a különleges munkahelyek kialakítását, ezért az új rendelet ilyen irányú ajánlása csak elvi utmutatásnak tekinthető.
- A részmunkaidőben, illetve bedolgozói formában történő foglalkoztatás ugyancsak szerepelt az 1967-es ajánlásban is - szinte teljesen eredménytelenül. Mindössze a megváltozott munkaképességű dolgozókat nagy számban alkalmazó célszövetkezetek, célvállalatok gyakorlatában találoztunk ezekkel a foglalkoztatási formákkal. Pedig a merev munkaszervezetekben, kötött munkaidőben nem foglalkoztatható, egészségi problémákkal küzdő emberek ideális foglalkoztatási formáiról van szó. Megvalósulásuk gátjai elsősorban azok a szervezési hiányosságok, amelyek következtében a munkáltatók sem folyamatos munkáról, sem hosszabb időre elegendő nyersanyagról nem tudnak gondoskodni.

x/ A keresetkiegészítés problémáira a későbbiekben még visszatérek.

A tapasztalatok birtokában sokkal előremutatóbb lenne az új rendelet, ha a korábbi években alig alkalmazott rehabilitációs módszerek automatikus megismétlése, ajánlása helyett konkrét utmutatást igyekezett volna adni a munkáltatóknak. Például, hogy a felsorolt rehabilitációs módszerek közül a jelenlegi gazdasági helyzetben melyeket és hogyan célszerű megvalósítani; hogy a szakmai képzés megszervezéséhez milyen segítséget tudna adni az illetékes főhatóság. És sorolhatnám tovább a kínálgató lehetőségeket.

Ezzel szemben a rendelet végrehajtását segítő utmutató így fogalmaz: "A lehetőségek széles skálájának ismeretében számos példát találhatunk arra, hogy a helyi adottságok figyelembevételével a munkáltatók a felsorolt módszerek valamelyikének alkalmazásával valósították meg a sikeres rehabilitációt". Valójában a témával foglalkozók pontosan tudják, hogy erről a "széles skáláról" a vállalatok többségénél mindössze egyet-kettőt valósítottak meg, leggyakrabban olyat, amit az utmutató nem is ajánlott: a felkészültséget nem igénylő, kiegészítő munkakörbe történő "együgyű" rehabilitálást.

A vállalatok pénzügyi kedvezményei

A rehabilitáció vállalásának, illetve végrehajtásának ösztönzésére többfajta lehetőség is kínálkozik. A különböző országok változatos eszközökkel segítik azokat a munkáltatókat, akik megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztatnak. Franciaországban például egy-egy új rehabilitációs munkahely létesítési költségeinek 80%-át, a szükséges felügyeleti többletköltségnek pedig 50%-át az állam minden munkáltatónak megtéríti. Külön prémiumot kapnak azok a kisiparosok, akik csökkent munkaképességű személyt vesznek fel tanulónak. A lengyel rokkant-szövetkezetek rendkívül jelentős jövedelemadó-kedvezményben és dotációban részesülnek, ezen kívül elsőbbséget élveznek a termelésben és szolgáltatásban is. Svédországban állami segítyt kapnak a csökkent munkaképességű személyeket foglalkoztató munkaadók. A támogatás mértéke az első évben a teljes munkabér-költség 75%-a, a második évben 50%-a és a továbbiakban 25%-a.

Magyarországon a 8/1983. sz. rendelet értelmében - a folyamatos rehabilitációs költségek fedezésére - bérjellegű dotációt igényelhetnek a megváltozott munkaképességű dolgozót foglalkoztató vállalatok, kisszövetkezetek és kijelölt fogyasztási szolgáltató kisvállalatok. A dotáció mértéke a megváltozott munkaképességű dolgozó részére kifizetett munkabér 40%-a. Ez a pénzügyi kedvezmény 1980. január 1. óta létezik. A dotáció mértéke először 20% volt, majd 1981. január 1-ével 30%-ra módosult, s végül 1982. január 1. óta 40% lett.^{x/}

A dotáció szempontjából megváltozott munkaképességű dolgozónak kell tekinteni azt, akinek a munkaképesség csökkenése a 40%-ot eléri, vagy azt meghaladja /üzemi baleset és foglalkozási betegség esetén ez a mérték 36%/.

Az eltelt idő tapasztalatai azt mutatják, hogy ez a dotáció nem ösztönöz a rehabilitációra, sőt a vállalatok többsége egyáltalán nem is él ezzel a lehetőséggel. Szakemberek véleménye szerint ugyanis a dotáció mértéke egy vállalat gazdálkodásában oly csekély súlyú és jelentőségű, hogy a vele kapcsolatos adminisztráció nagyobb, mint a haszna.

Természetesen a célvállalatok, célszövetkezetek esetében - ahol a foglalkoztatottak nagy százaléka megváltozott munkaképességű és a dotáció mértéke egyedi elbírálás alá esik - /például a Humanitás Szövetkezetnél 200%-os/, ez az összeg már jelentős tétel lehet. De az országban jelenleg mindössze 7 ilyen vállalat, szövetkezet működik.

A kedvezőtlen tapasztalatok ellenére az új rendelet továbbra is a rehabilitációt segítő, ösztönző lehetőségként tárgyalja a dotációt. Kérdés, hogy miért ragaszkodunk egy be nem vált támogatási formához, illetve miért becsüljük túl esetleges hatását? Valószínű, hogy egy ésszerű átcsoportosítással, /például a létszám- és bér gazdálkodás területén biztosított kedvez-

x/ 1986. január 1-vel a dotáció mértéke 35%-ra módosult, de amíg korábban ez az összeg a gazdálkodó egység adóztatlan nyereségét növelte, addig az új az eredményt. Az utóbbi a kedvezőbb. /Szerk./

ményekkel, vagy új rehabilitációs munkahely létesítése esetén igényelhető adókedvezménnyel/ a dotáció címén rendelkezésre álló összeg mértékéig /esetleg bizonyos összevonásával/ is nagyobb eredményeket lehetne elérni.

Az új rendeletben tehát - amennyiben alkotói biznak abban, hogy a vállalatok bármilyen pénzügyi eszközzel ma érdekelté tehető a rehabilitációban - mindenekelőtt hatékony ösztönzőket, vagy a jelenlegi kedvezmények eredményesebb felhasználási lehetőségeit kellett volna kidolgozni.

A dolgozók ösztönzése /kereset-kiegészítés/

A foglalkozási rehabilitáció csak akkor lehet sikeres, ha a megváltozott munkaképességű dolgozó maga is vállalja a rehabilitációt. Ennek feltétele, hogy ez a dolgozó számára feltétlen előnyös legyen. Ennek érdekében dolgozták ki a rendelet alkotói a kereset-kiegészítés rendszerét, amely anyagi hozzájárulást biztosít azoknak a megváltozott munkaképességű dolgozóknak, akik vállalkoznak új szakma elsajátítására, betanulására.

Az eddigi tapasztalatok szerint a kereset-kiegészítés, mint az átképzésre való ösztönzés eszköze, nem hozta meg a kívánt eredményt. Elsősorban azért nem, mert a jogosultság feltételeként megszabott minimális képességcsökkenés /50%/, egy új szakma elsajátításához már túl magas. Az üzemi baleset, foglalkozási betegség következtében megváltozott képességű dolgozóknak ugyanakkor időkorlátozás és átképzési kötelezettség nélkül jár a korábbi kereset 80%-ig a kiegészítés. Ez a pénz és egy új szakma birtokában elérhető jövedelem között nincs akkora különbség, ami az érintett dolgozókat az átképzés vállalására ösztönözné.

Egészen speciális a helyzet a bányászatban dolgozók esetében, akik 36%-os képességcsökkenés esetén - időkorlátozás nélkül - a vállalatuknál érvényes szakmai átlag 80-90%-át kapták kereset-kiegészítés címén. Ez olyan magas összeg volt /1982-ben 7.500 Ft körül mozgott/, hogy szinte senki sem igényelte a rehabilitációt, melynek eredményeként - esetleg földalatti mun-

kával - csak pár száz forinttal kereshetne többet. A szénbányászati vállalatoknál készített interjúk során a rehabilitációs szakemberek elmondták, hogy aki csak teheti - és többéves földalatti munka után ezt sokan megtehetik - megállapíttatja a munkaképességcsökkenést. Utána már valósággal kényszeríteni kell őket arra, hogy ne különböző "lógós" helyekre menjenek képességeik, önmaguk leértékelésével, hanem hasznos munkakörbe. A keresetkiegészítést, vagyis a nagy pénzt ugyanis akkor is megkapják, ha minimális munkát végeznek, függetlenül attól, hogy hány évet töltöttek a föld alatt.

Az új rendelet bizonyos mértékig figyelembe vette ezeket a problémákat, de félő, hogy a rehabilitálandó dolgozók alkotó munkára ösztönzéséhez mindez kevés. Változatlanul csak 50%-os munkaképesség-csökkenés fölött jár a kereset-kiegészítés /mezőgazdasági szövetkezeti tagok esetében a jövedelemkiegészítés/, ugyanakkor a rehabilitáció minél korábbi elkezdése érdekében a keresőképtelenség időszakában minden dolgozónak, aki résztvesz a rehabilitációs eljárásban, átmeneti keresetkiegészítés számolható el.

Az új rendelet értelmében a bányászoknak csak meghatározott idejű földalatti munka esetén fizethető keresetkiegészítés. /A két végpont: 30 év alatt 5 év, 47 év felett 15 év./ Egy évig csak a dolgozó korábbi átlagkeresete vehető figyelembe. Csak azután kérheti a munkahelyén az azonos munkakörű, szakképzett-ségű és gyakorlatu dolgozók kimutatott átlagkeresetét.

A 8/1983-as rendelet megjelenése után készített interjúk alapján elmondható: ezek az új szabályozások már érzékelhető féket jelentettek a bányászati vállalatoknál, ugyanakkor a keresetkiegészítés továbbra sem ösztönzi a dolgozókat jobb és több munkára, hiszen nem ad lehetőséget a differenciálásra. A keresetkiegészítés ugyanis fix összegű és független attól, hogy az azt élvező dolgozó mit és mennyit dolgozik, sőt attól is, hogy milyen mértékben csökkent a munkaképessége.

Rehabilitációval kapcsolatos tanácsi feladatok

A 8/1983.sz. rendelet egyik - majdnem egyetlen - új és nagyon fontos előírása az illetékes tanácsok rehabilitációs tevékenységének kiterjesztése. A korábbi, 1/1967-es rendelet a vállalati rehabilitációs tevékenység ellenőrzését és támogatását, a vállalatok által beküldött "rehabilitációs munkahelyek" összegyűjtését és ellenőrzését, a vállalaton kívüli rehabilitációs munkahelyek /célvállalatok, szociális foglalkoztatók, stb./ létrehozásának, működtetésének segítését bizta a tanácsi szervekre. Az elmúlt évek tapasztalatai szerint a tanácsok személyi és anyagi feltételei kevésnek bizonyultak ezeknek a feladatoknak az ellátására. A vállalatok és tanácsok kapcsolatáról szinte alig lehetett beszélni és a vállalaton kívüli munkahelyek létesítése is - a rendkívül szűkös anyagi lehetőségek miatt - a minimumra csökkent.

Ezek után érthető, hogy szükség volt a tanácsok rehabilitációs tevékenységének megerősítésére. Ugyanakkor számos jel arra mutat, hogy a legtöbb helyen csak a szerepük nőtt meg, de a teljesítéshez szükséges eszközeik nem bővültek a kívánt mértékben. Így fordulhatott elő, hogy a rendelet hatályba lépése után másfél évig a fővárosban a tanácsok még hozzá sem kezdtek a rendelet végrehajtásához.

Az előírás szerint "A megyei /fővárosi/, városi /megyei városi/, fővárosi kerületi tanács rehabilitációs feladatait az egészségügyi feladatot ellátó szakigazgatási szerv intézi, a munkaügyi és a művelődési feladatot ellátó szakigazgatási szervek bevonásával.

A tanácsi szervek rehabilitációs bizottságot

- a városban, megyei városban, a fővárosi kerületben helyi rehabilitációs bizottságot,
- a fővárosban és megyékben területi rehabilitációs bizottságot hoznak létre."

A helyi rehabilitációs bizottság végzi a rehabilitációs intézkedés véleményezését /ahol munkáltatói bizottság működik/. Intézkedik azokban az esetekben, amikor a munkáltató működési

körén belül nem tudnak megfelelő munkát biztosítani a dolgozóknak és ellátja a működési területén szükséges szervezési feladatokat.

A területi rehabilitációs bizottság résztvesz a munkáltatók rehabilitációs tevékenységének ellenőrzésében; szakmailag irányítja a helyi rehabilitációs bizottságok munkáját. Összehangolja a különböző intézmények tevékenységét és javaslatot tesz a tanácsi pénzeszközök foglalkozási rehabilitációt segítő felhasználásra.

A megjelenés óta eltelt idő tapasztalatai azt bizonyítják, hogy a rendeletet nem egyeztették megfelelően a tanácsokkal és több más érintett szervvel. Így fordulhatott elő, hogy olyan utasításokat adott a jogszabály, ami a fővárosi és kerületi tanácsoknál egyszerűen nem végrehajtható. Olyan feltételrendszert állított a helyi rehabilitációs bizottság létrehozása elé, amit a tanácsok nem tudtak teljesíteni. A kerületekben például nincs - a rendeletben fontos szerephez juttatott - munkaügyi szakigazgatási szerv, de még munkaügyi ismeretekkel bíró szakember sem. Az is nehezítette a végrehajtást, hogy nem sokkal a rendelet megjelenése előtt - a tanácsok korszerűsítése érdekében - átszervezték a szociálpolitikai részlegeket és így sok új ember került az apparátusba, akik még nem ismerik a helyi körülményeket.

Rendkívül sok tehát a kérdőjel a rendelet erre vonatkozó - elveiben igen hasznos és szükséges - előírásának végrehajtásában. Pedig a mai körülmények között igen nagy szükség lenne e tevékenységet összefogó, a különböző munkahelyeket területileg koordináló és segítő szervezetre. Féltő, hogy a jogszabály iránymutatásai is arra a sorsra jutnak, mint az 1/1967-es rendelet - elképzeléseiben előremutató, de soha végre nem hajtott előírásai.

Összefoglalás

Az 1983-as rendelkezéshez fűzött észrevételek talán tulsőtét képet adtak a foglalkozási rehabilitáció jelenlegi hely-

zetéről, kilátásairól. Borulátásom oka, hogy már eddig is számos társadalmi feszültség forrásai voltak ezek a hiányosságok. Tartok tőle, hogy a következő években a gazdasági kérdések prioritása egyre több vállalatnál szoríthatja háttérbe a humánus bánásmódot is.

A betegségük, fogyatékoságuk miatt foglalkozási gondokkal küzdők védelmére olyan szabályozó rendszerre lenne szükség, amely egyrészt reális lehetőséget biztosít az értelmes munkavégzésre, másrészt nem sérti a vállalatok felerősödött teljesítmény érdekelttségét sem. /Elsősorban nem humánumukra hagyatkozik./ Ebben látom ugyanis az 1983-as rendelkezés legnagyobb hiányosságát. Felismeri ugyan a munkáltatók nagy szerepét a rehabilitációban, de nem veszi figyelembe, hogy a vállalatok érdekei nem esnek egybe a rehabilitálandók érdekeivel. Az érdekegyenlőség indokolatlan feltételezése miatt a rendelet nem ösztönzi és nem kényszeríti a vállalatokat ezirányú kötelezettségeik teljesítésére. Ez viszont azzal a veszéllyel járhat, hogy a vállalatok - gazdaságilag sokszor teljesen érthető okok miatt - mindent el fognak követni, hogy megszabaduljanak az eredeti munkakörük ellátására alkalmatlanná vált dolgozóiktól. A tanácsok pedig, amelyekben a rendeletalkotók a rehabilitációs folyamat következő láncszemét feltételezik, olyan szűkös anyagi lehetőségekkel rendelkeznek, hogy csak nagyon korlátozott mértékben nyílik lehetőségük új rehabilitációs munkahelyek kialakítására. Ahhoz pedig, hogy a területi bizottságok érdemben közvetíteni tudjanak a különböző vállalatok között - a dolgozók áthelyezése érdekében - olyan helyismerettel kell rendelkezniük, ami községekhez, kerületekhez még lehetséges, de megyei vagy összevont kerületi bizottságok esetén már elképzelhetetlen.

KÖNCZEY GYÖRGY

A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓ GYÖKERES REFORMJÁNAK
SZÜKSÉGESSÉGÉRŐL^{x/}

Magyarországon a foglalkozási rehabilitáció három, egymástól jól elkülönülő intézményi körben zajlik. Az első, és súlyában minden valószínűség szerint a másik kettő mögött maradó kör, a háztartáson belül, a háztartáson mint gazdasági egységen belül zajló foglalkozási rehabilitáció. Az itt rehabilitált emberekről tudunk legkevesebbet. Sem hozzávetőleges számukat, sem jövedelmi, vagyoni helyzetüket, sem sajátos - pl. családi, környezeti - viszonyukat nem ismerjük. A háztartáson belüli rehabilitáció alanyai azok az emberek - főként rokkantak -, akik jelentős munkaképesség-csökkenésük ellenére képesek munkát végezni, és megmaradt képességeiket otthon hasznosítani. A háztartásban végezhető munka formái sokfélék /ügyintézés, bevásárlás, anyagbeszerzés, sorbanállás - ezek hiánygazdaságban az alapvető fontosságú gazdasági tevékenységek közé tartoznak -, főzés, mosás, mosogatás, takarítás, gyermekre vigyázás, a ház, a lakás rendbentartása, kert munkák stb./, de gazdasági súlyuk elvitathatatlan. Szubjektív, a háztartás, a család, az egyén szempontjából fölmérhető értékük nagysága akkor tűnik ki, ha valamilyen okból bizonyos időre kimaradnak a mindennapi tevékenységekből.

Objektív, tehát egy nagyobb szociális csoport számára meglévő értékük, és relatív értékük pedig empirikusan mérhető, mégpedig az adott tevékenységek kialakult piaci ára és más gazdasági tevékenységekhez viszonyított piaci ára alapján.

x/ A Szövetkezeti Kutató Intézetben az akkori igazgató, Gyenes Antal inspirálására kezdődött 1984 őszén a foglalkozási rehabilitáció magyarországi helyzetének vizsgálata. 1985 nyarára készült el egy nagyobb tanulmány /1/, amelyről több elméleti és gyakorlati szakember részvételével az Intézet 1985 decemberében vitát rendezett. Ez a dolgozat leíró-empirikus bázisát és fogalomhasználatát tekintve az említett munkára támaszkodik, és igyekszik egyúttal a vita tanulságaival is számot vetni.

A leirt funkciók ökonómiai szempontból mért értékességének felvázolása itt nem kerülhető meg, mert az adott típusu - a háztartásban zajló - foglalkozási rehabilitáció is jelentős mértékben ezen méretik meg. Ezért sem véletlen, hogy ennek a szociális csoportnak a vizsgálata, a magyar gazdaságban elfoglalt helyének pontos felmérése még soha senkinek nem jutott eszébe, s így a "rehabilitáció elméletéből" is teljességgel hiányzik ez a fejezet.

E sajátos problémának vannak teoretikus előzményei és okai: a jelenleg uralkodó gazdaságtani doktrinából hiányzik a házat, a háztartást vezető, gazdálkodó ember tevékenységének megfelelő leírása, értelmezése, elemzése és igényes értékelése^{2/}. De ennek a hiánynak nemcsak teoretikus eredetű okai vannak, hanem ilyen természetű következményei is. Az például, hogy a mindennapi rehabilitációs praxisban tettenérhető egy igen erős előítélet, amely szerint csak az államilag szervezett rehabilitáció számít. Mindennek nemcsak elméleti értéke és súlya van, hanem egy ugynevezett "szociálpolitikai" következménye is: a kifejezetten hátrányos helyzetű társadalmi réteg az elmúlt évtizedekben ugyszólván semmiféle megkülönböztetett szociális figyelmet nem kapott, kivéve rokkantsági nyugdíjának az infláció ütemével lépést tartani nem tudó, adott időszakonkénti emelését.

A három említett intézményi kör következő tagja a hagyományosan vállalati és szövetkezeti szférának nevezett gazdálkodó egységcsoportból áll. Jellemzését - különösen a vállalati helyzetet - az irodalom többé-kevésbé jól elvégezte.^{3/}

A harmadik szervezetcsoport azoknak az intézményeknek az együttese, amelyek kifejezetten rokkantak és megváltozott munkaképességű emberek /legnagyobb részben természetesen az utóbbiak/ foglalkoztatására szerveződött. Elemei a következők: védett munkakörök, védőmunkahelyek, szociális foglalkoztatók, célvállalatok, célszövetkezetek, céljellegű vállalatok és szövetkezetek. Rájuk nézve megintcsak az irodalomra utalhatunk.^{4/}

A foglalkozási rehabilitáció néhány általános jellemzője^{x/}

1. A foglalkozási rehabilitáció működő rendszere nem koordinált együttes. Egykori elképzelések esetleges, nem modern és nem koncepciózusan megalkotott halmazaként alakult ki történetileg. Sosem volt, s ma sincs mögötte alaposan kimunkált és átgondolt szociálpolitikai koncepció.

2. Annak ellenére, hogy a foglalkozási rehabilitáció központilag szervezett, nem autonóm tevékenység- és intézményegyetes, mégis sincs mögötte erős, hatalommal rendelkező központi állami szerv /mint például több nyugat-európai országban és részben Lengyelországban/, amely a rehabilitációt országos szinten koordinálná, szervezné, finanszírozná és megfelelő hatásokkal működtetné. Amely figyelemmel lenne az egész rehabilitáció betegközpontu és többdimenziós ellátására,^{5/} az egyes területek adaptálható eredményeinek más területekre való átvitelére, továbbá széles és intenzív nemzetközi kapcsolatokat tartana fenn.

3. A rehabilitációs rendszer sajátossága - s ez részben az elavult és semmibevert gazdasági-jogi szabályozás folyamánya, részben a koncepciótlanságé -, hogy a foglalkozási rehabilitáció intézményrendszere hiányos. Területi szervezeteinek hálójá ritka: nincsenek benne megyei szintű rehabilitációs központok és a helyi tanácsok rehabilitációs feladatai sem teljesülnek.

4. Elenyészőek azok az autonóm helyi kezdeményezések, amelyek a rehabilitáció alacsony színvonalának emelését célozzák. Alig vannak újat hozó, önelvű humán programok, amelyek magán, vagy közösségi és polgári /tehát civil/ keretektől indult kísérletek lennének. Erre - a helyi szinten képződő, magánkézben lévő források szigorú megcsapolásával és a felhalmozási lehetőségek korlátozásával a financiális szabályozás sem teremt reális lehetőséget. Sőt: ennek megvalósulását egyenesen kizárja. Az adott helyzet kialakulásában, folyamatos fenntartásában,

x/ A felsorolásszerűen pontokba szedett néhány jegy megítélésében hozzávetőleges egyetértés van a foglalkozási rehabilitáció irodalmában. Az egyes tételek részletes kifejtése az idézett - e munka alapjául szolgáló - tanulmányban megtalálható.

reprodukálásában fontos szerepe van a gazdaságideológia által képviselt ökonómiai és szociális értékrendnek, amelynek kiemelkedő jellemzője: az érték, ami állami, központi, s az a "nem-érték", ami személyes, ami magán, ami önálló és civil.

5. A foglalkozási rehabilitáció gyakorlata a legritkább esetekben, kivételesen közelíti meg az optimális formát és ad lehetőséget a megmaradt képességek maximális kihasználására, fejlesztésére. Valójában itt szó sincs rehabilitációról, csupán a kiszorítottság állapotának reprodukálásáról, konzerválásáról.

6. A súlyosan fogyatékosok szervezett foglalkozási rehabilitációja egyáltalán nem nevezhető megoldottnak.

7. Az egyes fogyatékosági kategóriákba tartozó emberek szakmai rehabilitációs képzése hiányzik, erre specializált rendszer nincs, csak néhány szórványos kezdeményezés létezik. A foglalkozási rehabilitáció menedzselésére profi szakembereket kibocsátó intézményes oktatási forma egyáltalán nincs Magyarországon.

8. A rehabilitációra szoruló embereknek nincsen saját önálló akarategyesülésük. Jellemző, hogy csak három rétegnek: a vakoknak, a siketeknek^{x/} és a mozgássérülteknek - de nekik is csak 1981 óta - van érdekvédelmi szervezetük. Hosszú távon életképtelenek azok a hátrányos helyzetű közösségek, amelyeknek érdekképviselője egy monolit hatalmi szervezetrendszerben valójában sehová sincs telepítve.

9. A foglalkozási rehabilitációs előírások nem voltak igazán sikeresek. Az 1/1967./XI.22./ MüM-EÜM-PM. számú együttes rendelet^{6/} a rehabilitációnak csak foglalkozási vetületét szabályozta. Nem a teljes, komplex rehabilitációs folyamatot regulálta, nem "az emberről" vagy a "sérültről" beszél, hanem a "dolgozóról", aki "csökkent munkaképességű".

x/ Ezen belül az értelmi fogyatékosok érdekvédelmi szekciója működik. /Szerk./

A rendelet alapkoncepciója a gazdasági reform szellemében és célkitűzéseivel konform módon a foglalkozási rehabilitációt a munkáltató feladatává tette, tehát a vállalat feladatává, /mert érvénye nem terjedt ki a mezőgazdasági termelősövetkezetekre, a magánmunkáltatókra és a velük munkaviszonyban álló dolgozókra. A rendszer nehézkes, kis hatékonyságu működése és a nyomában járó birálatok eredményeként született a "8/1983. /VI.29./ EÜM-PM.sz. együttes rendelet. Több ponton a korábbi gyakorlat részleges reformját hozta, alapkoncepciójában azonban nem különbözött a korábbi együttes rendelettől, s így összességében az annak következményeképpen létrejött helyzetnek nem reformálásához, hanem konzerválásához járult hozzá.^{x/}

A foglalkozási rehabilitáció mai állapotáért azonban nem elsősorban a rendeletek hibáztathatók. A gyökerek sokkal mélyebbre nyulnak. Az elmúlt két évtizedben a szabályozás több ízben változott, az alapvető gondok azonban lényegében változatlanok maradtak.

Az okok

A csökkent munkaképességű dolgozók helyzetét rendezni kívánó 1967-es együttes rendeletnek - a reformidőszak jogszabályának -, illetve annak későbbi módosításának, kiegészítéseinek, és az elsővel alapkoncepciójában teljesen megegyező új együttes rendeletnek kemény következményei vannak. A '60-as évek vége óta működő rehabilitációs rendszer tipikusan:

- nem a rehabilitálandókat szolgálja,
- hatékony működése nem áll a gazdasági egységek és a rehabilitációra szorulóknak érdekében, és sajátos módon
- nem a jogszabályalkotó szándéka szerint működik.

Ez kudarchoz vezetett. Okai közül itt csak négyet említünk meg. Az 1968 után létrejött rendszer hiányosságai nemcsak szabályozási hiányosságok.

x/ A rendelet hiányosságaival "A foglalkozási rehabilitáció vállalati problémáiról a 8/1983. sz. EÜM-PM rendelet tükrében" c. tanulmány foglalkozik részletesen. /Szerk./

1. Az első ok történeti: a reform következetlensége, tökéletlensége. Ismeretes, hogy a reform már 1972-ben megtorpant, és a régi mechanizmus elemeinek visszaépülése megkezdődött.^{7/} A foglalkozási rehabilitációt szabályozó első együttes rendelet föltevése a gazdasági reform szellemével és programjával konform módon az volt, hogy a reformfolyamat végigfut. Ezzel szemben nem formálódott ki és nem erősödött meg - a koncepció megvalósulása szempontjából elengedhetetlen -, a reform által szorgalmazott szabályozott piaci mechanizmus. Ehelyett a re-centralizációs folyamatok eredményeként egy hibrid alakzat született meg, amely megőrizte hiánygazdaság jellegét⁸, és amelyben a vállalat továbbra is alárendelt. Legföljebb jobb alkupozícióba került; ahol az alku tárgya, hangja és eszközei változtak, a szereplők helyzete azonban a korábbi: paternalista.

2. A második ok gazdaságelméleti: a kialakult új körülmények között a vállalat továbbra sem gazdálkodott hatékonyan a munkaerővel. Továbbra is annak tartalékolásában érdekelt. A vállalatok költségvetési korlátja "puha" maradt,^{9/} ezért a rendelet másik kimondatlan feltevése is megdőlt: munkaerőhiány miatt a vállalatok nem szorultak rá megváltozott munkaképességű dolgozóik hatékony foglalkoztatására.

3. A metodológiai ok a következő: problematikus a tervgazdasági típusu gazdasági szabályozásnak az az alapvető feltevése, amely szerint az ökonómia folyamatai úgy működnek, ahogyan azt a gazdaságirányító szándéka befolyásolja. Emögött azonban alapvető lételméleti tévedés húzódik. A gazdasági folyamatok, s az egész ökonómia működése emberi cselekvések eredője ugyan, de nem pusztán tervek realizációja.^{10/} Egy olyan gazdaságban, amelyet alapjában nem belső, önelvű és gazdasági erők szabályoznak, a résztvevők viselkedése kevésbé előre látható, mint például egy többszázados organikus társadalomfejlődés eredményeként létrejött piaci mechanizmusban.

4. A negyedik ok, a tervgazdasági alapértékek és a foglalkozási rehabilitáció egymásnak meg nem felelése. Abban az ökonómiában, amelynek alapértéke nem az ember, hanem a termelés - továbbá a központi akarat iránti többé-kevésbé feltétlen lo-

jalitás^{11/} - ott a rehabilitáció nem illeszkedik szervesen a strukturába. Ez az a jelenség, amellyel az irodalom évek óta birkózik, és így írja le: "szemléleti problémák gátolják a megváltozott munkaképességűek foglalkozási rehabilitációját, elfogadásukat és hatékony foglalkoztatásukat, mert a vállalatvezetők nem ismerik fel, hogy..." stb. Pedig szemléletek és szemléleti jellemzők végső soron nem működtetik a gazdaságot. Annál inkább a történelem során rögzült értékek, amelyekkel az emberek és szervezeteik cselekvési szabályokként - akarva-akaratlanul - azonosultak.

Jegyzetek

1. Könczei Gy.: Bevezető a rokkantszövetkezetekhez II. A foglalkozási rehabilitáció Magyarországon. Szövetkezeti Kutató Intézet, Bp. 1985.
2. Pedig az "ökonómia" fogalom /az oikonomeo = házat, háztartást vezet, igazgat, gazdálkodik, célszerűen eloszt, kormányoz igéből/ őseredeti jelentése éppen ez volt - és elsődleges értelme mindig is ez marad. Érdekes, hogy ez a jelentés egy ógörög filozófusra való hivatkozással bekerült ebbe a gondolati hagyományba, csak ez után meglehetősen keveset hasznosított belőle. Vö.: Karl Marx: A tőke. I. köt. MEM 23. Bp. 1967. 146. old.
3. Ld. Különösen Major Mária és Gere Ilona publikált írásait! Pl.: Major Mária: A megváltozott munkaképességűek társadalmi helyzete és rehabilitációja. Doktori disszertáció, MKKE, Bp. 1980.
Major Mária: "A rehabilitációs tevékenység jelenlegi helyzete és továbbfejlesztésének lehetőségei Magyarországon". I. rész, Ergonómia, 1977/2. 80-95. old.
Gere Ilona: "A foglalkozási rehabilitáció gondjairól", Közgazdasági Szemle, 1983/11. 1319-1324. old.
Gere Ilona: "A foglalkozási rehabilitáció vállalati feladatai", Munkaügyi Szemle, 1981/11. 19-26. old.
Továbbá:
Kárpáti Zoltán és munkatársai: Tanulmány az üzemi rehabilitáció helyzetéről és fejlesztési lehetőségeiről. Kézirat, Bp. 1979.
4. Ld. az 1. és a 3. jegyzetben említett munkákat.
5. Vö.: Levendel László: Az orvos látóhatára. /Több dimenziós orvoslás/ Gondolat, Bp. 1980.
6. A rendeletnek és hatásainak elemzését elvégezte az irodalom. Ezért itt csak alapkoncepciójára utalunk.
7. E szituáció kialakulását elsősorban Antal László, Bauer Tamás, Laky Teréz, Laki Mihály, Soós Károly Attila írták le a hetvenes években született tanulmányaikban, esettanulmányaikban.
8. Ld. Kornai János: A hiány. KJK, Bp. 1980.
9. Vö.: Uo.
10. Ezt az elvet a XVIII. századi skót morálfilozófia egyik nagy alakja, Adam Ferguson emelte társadalomelmélete egyik központi gondolatává. Részletesebben írja: Madarász Aladár "Gazdaság, erény, ökonómia" c. dolgozatában: Világosság, 1984/12. 746-751. old.

11. A terv-ökonómia alapértékeinek feltárásához alapvető fontosságúak a 7. jegyzetben említett szerzők, továbbá Lengyel György, Szabó Miklós és Pető Iván esettanulmányai, gazdaságelméleti, gazdaság- és gazdaságideológia-történeti munkái.

Két kísérlet gazdasági rendszerek értékvizsgálatára:
Zsolnai László: "Értékfüggés, értékelés, értékutatás az ökonómiában", Közgazdasági Szemle, 1985/2. 147-154.
Könczei György: Van-e a gazdaságnak értelme? Kézirat, Bp. 1985.

EGY SZÖVETSÉG MEGSZÜLETÉSE

A hazai egészségügy szociálpolitikájának története - mint maga a tevékenység - nem folyamatos. Nyolcvan évét fel-felgyorsuló, majd lanyhuló vagy épp elhaló igyekezet jellemzi. Az 1945 előtti időből a szakirodalomban méltán emlegetett pozitív kezdeményezések érdemelnek figyelmet: a törekvések az eredményesebb gyógyulás előmozdításáért és a sérültek társadalmi, családi izolációjának a feloldásáért.

1945 után máig sem kihevert sok érte egészségügyünk szociálpolitikáját. Megszüntették a Népjóléti Minisztériumot, azal az indokolással, hogy egy szocializmust építő ország nem veheti át a tőkés országokban alkalmazott megoldásokat. Másrészt, hangzott az érvelés, a népi demokratikus rendszer lényegéből következik az emberről való teljes szociális gondoskodás. Miért volna szükség ehhez egy külön szervezetre? 1948-ban megszüntették a hadirokkantak társadalmi szervezetét, és a hadirokkantakkal szemben megnyilvánult bizalmatlanságot a későbbi idők mozgáskorlátozottjai is megsínylelték. A hadirokkant, a II. világháborúban megsérült ember, mint az akkori hadsereg katonája a hitleri Németország csatlósaként harcolt. Ez volt a velük szembeni bizalmatlanság oka. A fenntartásokkal élők érveik közt még a '70-es évek elején is szerepelnek olyan megfontolások, hogy a szövetség tagsága nem akart felelősködni a Magyar Népköztársaságra.

A hadirokkant szövetség megszüntetése a hazai rehabilitációs tevékenységet erősen visszavetette. A szomszéd országokban ugyanis ezek a szervezetek a háború után a rokkant emberek rehabilitációjának, társadalmi visszailleszkedésének a fórumaivá váltak. A háborús sérültek számának csökkenésével pedig ezek a szervezetek az urbanizációs áldozatok érdekképviselői egyesületeivé alakultak át. Hazánkban az érdekképviselői tevékenységnek a koalíciós idők után nem volt folytatása. 1981-ig, a MEOSZ megalakulásáig a mozgáskorlátozottak nem rendelkeztek társadalmi szervezettel.

Egy új érdekképviseleti szervezet megalakulását részben szemléletbeli, részben gazdasági tényezők akadályozták hosszú éveken át.

Miközben a problémát teljes összefüggésében látók igyekeznek bebizonyítani, hogy a korábbi évek rossz, helytelen lépései olyan kátyuba vitték a hazai rehabilitációs tevékenységet, melyből máig sem tud kikászálódni, mások továbbra is ragaszkodnak a hibás, és a helyzetismeretet teljesen nélkülöző nézeteikhez.

Kiragadva az érvek közül néhányat:

"- A mozgáskorlátozottak szervezetüket a nemzeti jövedelemből kicsikart részesedés növelésére használnák. - Munkába állítani a csökkent képességűeket, amikor a teljes foglalkoztatás is óriási áldozatot, például a veszteséges vállalatok életbentartásának a terheit jelenti, és jócskán leköti a nemzeti jövedelmet? - A szociális feladatok megoldása az állam kötelessége. A pénzt az állam adja, akkor meg mire jó egy ilyen szervezet? - Miért lenne szükség társadalmi mozgalomra ott, ahol a betegellátás ingyenes? Az ellátás minden állampolgárt egyformán megillet, miért lenne szükségük másfajta jogokra a mozgáskorlátozottaknak? - Ne legyenek kivételezettek. - Az egészségügyben hazánkban érvényesül a társadalmi ellenőrzés. A dolgok elferditése lenne az, ha valaki ennek az ellenkezőjét állítaná. A SZOT Társadalombiztosítási Igazgatóság a rokkant-rehabilitáció gazdája és abban a Szakszervezetek Országos Tanácsán keresztül érvényesül a dolgozók ellenőrzése."

A megalakulás története

Az Egészségügyi Minisztérium Szociálpolitikai Főosztályára 1971-ben futott be az első, a mozgássérültek szövetségének megalakítását szorgalmazó, kérelem. A kérést a főosztály miniszterhelyettesi értekezlet elé vitte, ahol azzal elvben egyetértettek. Az volt a vélemény, hogy meg kell vizsgálni, kik azok akik ebbe a szövetségbe tömörülnének, és milyen feltételek szükségesek a szervezet létrehozásához. A nyitott kérdések tisztázása érdekében meg kell keresni a társhatóságokat, azokat a minisztériumokat, melyekben a szociálpolitika ágazati irányítása

folyik, a SZOT-ot és valamennyi érintett állami és társadalmi szervezetet.

Ugyanakkor, tehát már 1971-ben, szóba került az értelmi fogyatékosok szülői szövetségének az életrehevívása is. Ez a két ügy ettől fogva együttfutott.

A szociálpolitikai főosztály 1972-73-ban megkezdte az előkészítő munkát. Létrehozott egy előkészítői, valamint egy szakértői bizottságot. Feladatuk egyrészt a reprezentatív felmérés, másrészt a mozgáskorlátozott kör, pontosabban ennek a fogalomnak a meghatározása volt. Ahhoz, hogy meghatározhassák, kikből tevődnek össze a mozgássérültek, tudni kellett mi értendő ezen a fogalmon. A bizottság megállapította, hogy a mozgáskorlátozottak fogalmába nem értendőek bele a belgyógyászati, belsőszervi megbetegedésben szenvedők, így a kör 500 ezerről mintegy 250-300 ezerre csökkent. A reprezentatív felmérés Budapesten illetve Miskolcon készült.

A tárcák, hatóságok, szervezetek közt tovább folyó párbeszéd során a résztvevőknek változatlanul az volt a nézete, hogy bár jogos a két érdekképviselői csoport létrehozásának az igénye, ám a jelenlegi időpontban nincs meg számukra a pénzügyi támogatás.

Következik 1974, a megtorpanás éve, majd ezután kezd elfogadható formát ölteni a gondolat. A javaslat szerint nem kell mindjárt országos szervezet létrehozására törekedni: jobb lesz helyi egyesületekkel kezdeni. A mozgáskorlátozottak hozzanak létre saját erőből helyi szervezeteket és a területileg illetékes tanácsok erejükhöz mérten adjanak ehhez anyagi támogatást. A társadalmi jelleggel működő egyesületek azonnal munkához láthattak, ami meg is történt. Az ezt követő években egész sor egyesület született a megyei, járási székhelyeken.

Szombathelyen 1976-ban, az akkori tanácselnök teremtette meg a precedenset. Gonda György tárgyaló asztalhoz ültette egyik oldalán a mozgássérültek, a másikon a szakértők képviselőit és felkérte őket, fejtsék ki az ügygel kapcsolatos nézeteiket. Az elhangzottak után felkarolta a Dallos János mozgássérült köré csoportosulók kezdeményezését és engedélyezte az ő

felügyelete alatt a szervezet működését. Mindazt engedélyezte, amit jónak látott, és amire a törvények lehetőséget adtak.

Az 1975-76-ban megalakult első egyesület után ugyyszólván robbanásszerű változás következett. Hol egy újabb megyeszékhely, hol pedig egy újabb város jelentette be egyesület-alakítási igényét. Az utolsó megyei egyesület Győr-Soporonban alakult, és ezzel, nagyon rövid idő leforgása alatt, az országban nem maradt fehér folt. Meg kell említeni a budapesti, XIII. kerületi egyesületet is, mely mint fővárosi szervezet, engedélyt kapott országos szervezési feladatok megoldására is.

Fontos eseményként kell értékelni, hogy amikor már hat egyesület volt az országban, akkor a mozgáskorlátozottak létrehozták az egyesületek együttműködési bizottságát, mely az időközben szervezett tapasztalatok birtokában segítette az elmaradt megyék szervezeteinek megalakulását.

Az 1979-ben megalakított együttműködési bizottság három tagja /Kelemenné Szakonyi Julia Budapestről, dr.Chikán Csaba Vácraól és Gál Péter Pécsről/ fel volt ruházva azzal a joggal, hogy országos szervekben képviselhetik a megyei egyesületek érdekeit. Az együttműködési bizottság így előfutára volt a később engedélyezett szövetségnek, csak még nem volt "önálló jogi személyü./Az együttműködési bizottságon belül gyakorlatilag már szövetségi munka folyt. "Szövetségi" minőségükben gyakran járnak az Egészségügyi Minisztériumban, ahol még 1980 márciusában is nemleges válasszal engedik el őket.^{1/} Arra a kérdésekre, hogy a közelgő rokkantak éve alkalmából lehet-e szó arról, hogy a szövetség megalakuljon, azt a választ kapják, hogy a szervezeti életben az országban mindennaposak a leépítések, ezért ez az ügy nem támogatható.

Majd mintegy fél esztendővel később, megtörik a jég. Engedélyezik a szövetség létrejöttét 1981-től, a következő költségvetési évtől. Az esemény jelentőségével, mely szinte teljesen váratlanul érte őket, mindannyian tisztában voltak. Többen azt a következtetést vonták le belőle, hogy a szövetség végül is azért valósulhatott meg, mert a mozgáskorlátozottak kitaratóak voltak, továbbá az egyesületek, mint részesemények vezettek oda, hogy többé már nem lehetett kitérni a megalakítás elől.

Szó esett már arról, hogy a csökkent szellemi képességűek érdekképviselői szervezetének ügye párhuzamosan futott a mozgáskorlátozottakéval. Az értelmi fogyatékosok szülői munkaszervezete szintén megkapta az engedélyt a megalakulásra, úgy, hogy a hallássérültek szövetségén belül szerveztek számukra egy szekciót.^{x/2/}

A szövetség felépítése

Amikor az 1981-ben hivatalosan is megalakuló csucs-szervezetnek, a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szervezete /MEOSZ/ címet adták, kifejezésre juttatták, hogy a szövetség a korábban megalakult egyesületekből szerveződött és hogy ezeknek a szervezeteknek az önállóságát tiszteletben tartják.

Az egyesületek 1981 márciusában közgyűlést tartottak. Itt kimondták a csatlakozást és megválasztották a küldötteket. Az alakuló küldöttgyűlés 1981. június 13-án volt Budapesten. Itt hat-hat fő képviselte az egyesületeket az ország egész területéről. Ők választották meg az elnökséget, vagyis a szövetség tisztségviselőit.

Az elnökség tizenegy főből állt, abba az eddigi munkájuk alapján legjobbakat választották be. Valamennyi rokkant ember.

A mozgássérültek szövetségüket úgy építették fel, hogy a szövetség ne legyen azonos a titkársággal, hanem az álljon az elnökség tagjaiból és a titkárságból. Az elnökség tagjai, vagyis a nem-fizetett társadalmi munkások teljes értékű tagként veszik ki részüket a szövetség munkájából.

x/ Szerkesztői megjegyzés:

Ez az összefonódás sokkal inkább gátolja, mint segíti az értelmi fogyatékosok érdekvédelmét. Hiszen a két fogyatékos rétegnek mások a gondjai, így a segítő szervezetnek is merőben mások a feladatai. Az értelmi fogyatékosokkal kapcsolatos legfontosabb feladat, e réteg megfelelő munkával való ellátása. Ez olyan súlyú, amely a szövetség jelenlegi személyi és tárgyi adottságai mellett megvalósíthatatlan. Igaz, hogy 1982-83-ban megalakultak az érdekvédelem helyi szervei is, működési feltételeik azonban nem biztosítottak /nincs önálló helyiségük; költségvetésük minimális stb./ Jelenlegi formájában az értelmi fogyatékosok érdekvédelmi szervezete nem képes valódi, komoly segítséget jelentő feladatok megoldására.

szabályok a szövetség megalakulásáig csiszolódtak, módosultak, és végül ezek nyomán készült el az országos szervezet alapszabálya.

A szövetség hivatali apparátusa főtitkárból, gazdasági vezetőből, főelődoból, gépiróból, gépkocsivezetőből és takarító-ból áll. Ők hatan függetlenítettek. A többi tisztségviselő társadalmi munkás, van közöttük rokkant nyugdíjas, de kereső foglalkozású rokkant ember is.

Az állami támogatás, beleértve a hat függetlenített ember fizetését, évi kétmillió-négyszáz ezer forint. Ehhez járul még a tagdíjakból és az adományokból összegyűlő pénzüsszeg. A pénzekkel a szövetség gazdálkodik. A társadalmi munkások közül egyedül a szövetség elnöke kap havonként rendszeresen folyósított tiszteletdíjat. A többiek utiköltség térítésre jogosultak az elnökségi gyűlések alkalmával.

A szövetség tevékenységi köre terv szerint elsősorban elméleti, koordináló jellegű. Nem végez gyakorlati, kivitelező munkát; ezeket a feladatokat a helyi szervezetekre bizza. Csak abban az esetben nyújtanak konkrét segítséget, ha kéri a szövetség közbenjárását, de az első lépcső akkor is a területileg illetékes testület.

Országos jelentőségű kérdésekben a szövetség vállalja az intézkedést: ha kell állami és országos társadalmi szervezetekkel lép kapcsolatba, képviseli tagjai érdekeit.

A szövetség programja

A szövetség megalakulásakor az alapszabályzatban tul egy "Programot" is összeállított, melynek lényege a következőkben foglalható össze:

A mozgáskorlátozottak soraiban sok az elégedetlen ember. Ezért megtalálhatók közöttük nem is kis számban azok - hangzik a program - akikkel meg kell értetni, hogy van, lehet célja az életüknek. És ha ezt megértik, más lesz az életük és ha az övék javul, akkor környezetük életét sem nehezítik. Kevesen élnek egyedül. Szülő, feleség, gyerek veszi őket körül, vagyis rossz

közérzetük nem önmagában, nem elszigetelten érvényesülő keserűség, mint ahogy örömük sem korlátozódik csak önmagukra. El kell jutni ahhoz a ponthoz, amikor a rokkant ember kezd hozzászokni a társadalmi normákhoz, amikor felismeri, hogy ő maga mit nyújthat és mit várhat ezért cserébe a világtól. A sorrend a rokkant ember számára az "önmagán belüli rend" kialakítása. A legfontosabb eszköze pedig a munka. A munkaalkalom, vagyis a rokkant ember képességeinek a teljes vagy a lehető legteljesebb kibontakozása. "A mozgáskorlátozottak egyesületeinek feladata felkelteni az érintettek kezdeményező készségét, képviselni őket minden területen, ahol ezt érdekeik megkívánják." "Az egyesület olyan szervezeti forma, mely az érintettek egyéni tevékenységén alapul."

A másik oldalról viszont megalapozott, átgondolt segítség-re, rendszeres támogatásra várnak, amire felépíthetik egyéni terveiket. Azt szeretnék, ha nem csak azt kapnák, amit az adakozó kénye-kedve diktál, hanem azt, amire valóban szükségük van. Csak azt. Nem többet és nem kevesebbet. Az alkotmány biztosította jogok őket is megilletik, mondják, és azokat végre jó lenne érdeksérelem nélkül megkapniuk munkában csakugy mint az állampolgári élet minden más területén. A rehabilitáció fogalmába, érvelnek, az is beleértendő, hogy vissza kell állítani a valamilyen oknál fogva jogtalanná vált személy, a "leirt" ember társadalmi tekintélyét. Ezeket az elveket nem elegendő csupán deklarálni. A mozgáskorlátozottak hosszú évtizedek óta küzdenek állampolgári gondokkal, amelyek túl vannak azon a határon, amit biztosít, vagy engedélyez számukra a hazai szociálpolitika.

"Társadalmi szerződést" kínálnak az átlagos állampolgárnak és azoknak is akik rehabilitálásuk ügyét kézben tartják. Ennek a "szerződésnek" az az alapja, hogy embernek tekintsék őket. Az, hogy az állampolgár és a rokkant állampolgár közti különbség például egy protézis, vagy egy fél kar, elhanyagolható, mert nem a lényegét érinti. A lényeg, hogy ugyanolyan vágyai vannak, mint mindenkinek, s ugyan annyi lehetőség illeti meg mint bárki mást. Meg kellene végre barátkozni a rokkant emberrel való együttélés, az együtt-dolgozás, az együtt-tervezés

gondolatával, kikísérletezni ennek az együtthaladásnak a mechanizmusát.

Nem pusztá érdekvédelmet, érdekképviselést, hanem annál jóval többet szeretnének. A rossz beidegződések, a közgondolkodás megváltoztatását. Ez az álmuk, de mindennek még se irodalma, se mechanizmusa, se fóruma. Egyelőre.

Jegyzetek

- 1/ Magnetofonra vett beszélgetések. Résztvevői: Kelemenné Szakonyi Julia pszichológus, dr.Chikán Csaba jogász, Rádai Sándor gépészmérnök; Gál Péter és Szathmáry Ferenc nyugdíjasok, valamennyien mozgássérültek, és Tasnádi Ágnes gyógytornász.
- 2/ Dr. Kasza Ilona tájékoztatása. EüM. Szociálpolitikai Főosztály.

A VAKOK HELYZETE MAGYARORSZÁGON

A WHO 1972-ben nyilvánosságra hozott megállapítása szerint a Földön a vakok száma 15-18 millióra tehető, és ez a szám - amennyiben nem tesznek hatékony lépéseket a vakság megelőzésére - az ezredfordulóra 30 millió fölé emelkedik.

Magyarországon nincs kataszter a látássérültekről. A Nyugdíjfolyósító Igazgatóság közlése alapján a személyi járadékot kapott vakok száma 1981-ben 31.334 fő volt. A vakok személyi járadékát az alig-látók is kapják, közülük a 18 éven aluliak kivételes méltányosságból. Az intézetben elhelyezettek és magas jövedelmű kisiparosok, kiskereskedők nem részesülnek személyi járadékban.

A vakság állapota meghatározza az élet minden mozzanatát, ezért a hátrányok kiküszöbölésének, a nehézségek kompenzálásának - véleményem szerint - ki kell terjednie az élet minden területére. Sőt, olykor át kell lépni a szűkebb értelemben vett szociálpolitika határain. A szociálpolitikának biztosítania kell - amennyiben nincs más kizáró ok - a társadalmi munkamegosztásban való részvételt az eddiginél nagyobb választások, lehetőségek felkínálásával. A kompenzativ jellegű juttatások, preferenciák körét a szociálpolitikának úgy kell meghatároznia, hogy a vakok életkörülményei alapvetően ne térjenek el a "látók" átlagos életkörülményeitől.

I. Történeti visszatekintés

A vakok intézményes oktatása Magyarországon 1825-ben kezdődött el. A vakok iskolájának programja a népiskolákéhoz igazodott. Az első tanterv /1827/ magában foglalta a korabeli pedagógiai célkitűzéseket, emellett rögzítette a társadalmi megkülönböztetésen alapuló kettős nevelést is. A szegényebb tanulók ipari képzést kaptak, a vagyonosok gyermekei intellektuális nevelést. Az első tanterv /Plánium/ megteremtette annak a lehetőségét, hogy a vakok oktatása együtt haladhasson a népoktatás-

sal. Az iskola alapítványokból, gyűjtésekből tartotta fenn magát az 1873-ban bekövetkezett államosításig, mely időponttól napjainkig a vakok oktatása állami feladattá vált. Az intézmény neve ma: Vakok Általános Iskolája és Nevelőotthona.

A gyengénlátók oktatása alig több, mint 50 éves multra tekint vissza hazánkban. A vakok pesti intézetében 1928-ban indult meg az első gyengénlátó osztály. Az első önálló intézmény 1956-ban, Budapesten létesült, ezt követte a debreceni 1972-ben.

Ma a nemzetközi tekintélyt és elismerést szerzett magyar tiflopedagógia rehabilitációs szemléletű. A vakok támogatása - akárcsak a többi hátrányos helyzetű emberé - hazánkban még a XX. század fordulóján is elmaradott volt. Az állam a vakok helyzetét a szegényügy keretein belül kezelte.

Lényeges momentum volt a Vakokat Gyámolító Országos Egyesület megalakulása 1901-ben. Az egyesület karitatív jellegű volt, évenként megrendezett országos gyűjtésekből tartotta fenn magát.

Az egyesület kezdeményezésére építették meg a Vakok Budapesti Országos Intézetét és ennek foglalkoztató műhelyeit. A budapesti intézet létrehozását továbbiak követték. Szombathelyen 1904-ben hoztak létre kis számú vak elhelyezésére alkalmas intézetet, majd 1910-11-ben felépült a jelenlegi intézet. Az elméleti, gyakorlati képzésen kívül itt ipari tevékenység is folyt.

Szegeden 1913-ban épült fel az Ifju Vakok Nevelő és Tanintézete, ahol a kosárfonást és kefe-seprű kötést tanították a vak fiataloknak.

A Vakokat Gyámolító Egyesület az idős vakokkal is foglalkozott. Működésének negativuma, hogy őket nem dolgozóként, hanem gondozottként kezelték, figyelmen kívül hagyva érdekeiket.

Az 1918-ban megalakult Vakok Szövetségével a Gyámolító Egyesület nem találta meg az együttműködés lehetőségeit, sőt annak felosztatásán munkálkodott. Valószínűleg azért mert az egyesület a kormány támogatását élvezte, a Szövetség pedig haladóbb, helyenként baloldali eszméket vallott.

II. A Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége

1. A Szövetség létrejötte, története

A vakok érdekvédelmét az I. Világháboruban megvakult magasabb képzettségű és beosztású katonák hívták életre.

Felismerték a vakok általánosan rossz helyzetét. Olyan egyesület alapítását kezdeményezték, melynek tagjai és vezetősége is vakokból tevődik össze.

A kezdeményezéshez több polgári személy is csatlakozott, és így 1918 szeptemberében sor került az alakuló közgyűlésre. Az 1918. október 30-i polgári demokratikus forradalom után megalakult kormány belügyminisztere az alapszabályt jóváhagyta és ezzel a Szövetség megkezdhette hivatalos működését.

A Tanácsköztársaság idején a Szövetség a Népbiztosok Tanácsának támogatását élvezte. A Közoktatásügyi Népbiztosság tanfolyamokat szervezett a vakok analfabétizmusának felszámolására, és tervbe vették a vak munkások rendszeres továbbképzését is. A Vakok Budapesti Foglalkoztató Intézetét állami kezelésbe vették. A Belügyi Népbiztosság Szociálpolitikai Osztályán vak tisztviselőt is alkalmaztak, annak érdekében, hogy elképzelései az ügyek intézésében közvetlenül érvényesüljenek.

A Tanácsköztársaság bukása után a Gyámolító Egyesület minden eszközzel nehezítette a Szövetség működését, annak feloszlatásáért aknamunkát folytatott.

Ez meghiusult, ugyanis a Szövetség a jogszabályok, miniszteri utasítások szigorú megtartásával nem adott indokot a feloszlatására. A fasizmus térhódításával 1937-ben a Szövetség élére is a kormány bizalmát élvező elnök került. Ezidőtől a két szervezet szorosabban együttműködött.

A felszabadulás döntő változást hozott. A Vakokat Gyámolító Egyesület beolvadt a Vakok Szövetségébe. A kormány felfüggesztette a Szövetség autonómiáját, a belügyminiszter Vakügyi Tanácsot hozott létre, melynek elnöke vak ember lett - dr. Vas Tibor egyetemi tanár, a Szövetség jelenlegi elnökének személyében.

1948-ban megszervezték a Vakok és Siketnémák Állami Felügyelőségét, mely szerv mellett vakokból álló intéző bizottság működött.

A Szövetség 1953-ban visszanyerte autonómiáját. Az államigazgatási rendszer átszervezése során megszűnt a Vakok és Siketnémák Állami Felügyelősége, és 1955-től a Szövetség felügyeletét az Egészségügyi Minisztérium Szociálpolitikai Főosztálya látja el. A visszanyert autonómia a Szövetség fejlődésének új szakaszát nyitotta meg. A taglétszám emelkedett, a területi hálózat és az irányító szervek kialakultak.

Az 1950-es, 1960-as években kevés tagja volt a Szövetségnek. 1970. január 1-én 10.500 fő volt a nyilvántartott tagok száma. A vakok személyi járadékának 1971-ben történt bevezetése lényeges taglétszám-növekedéssel járt.

A taglétszám alakulása:

1976-ban	17.510 fő
1978-ban	19.649 fő
1980-ban	19.884 fő
1982-ben	19.986 fő

A Szövetség feladatául eredetileg a vakok érdekvédelmét jelölték meg, 1960-tól azonban a gyengénlátókat is felvették a tagok sorába. Az elnevezés ennek megfelelően átalakult: "Vakok és CSökkentlátók Országos Szövetsége" lett.

A jelenlegi elnevezést - "Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége" - 1976-tól használjuk, követve a látásfogyatékoság enyhébb fokára vonatkozó szakmai megjelölés módosulását.

Az "országos" megjelölést indokolttá tette, hogy a szervezeti hálózat időközben az ország egész területére kiterjedt. Először egy-egy nagyobb régiót átfogó helyi csoportok jöttek létre, majd megalakultak a megyei szervezetek. 1966-ban már az ország valamennyi megyéjében működött helyi szervezet. Megkezdődött a körzetek szervezése, melyet az 1976-os alapszabály legalizált. /Számuk jelenleg 52./

A Szövetség kezdetben az eseti segélyezésre szoritkozott. Ezt túlhaladva az egyesületi és kulturális élet kibontakoztatása mellett megkezdődött a szociálpolitikai javaslatok kimunkálása. A munkarehabilitációból is nagy részt vállaltak.

1959-től 1964-ig a vak és gyengénlátó tanulók szakmai képzése a Szövetségben folyt, tanfolyami keretekben. Ezt 1964-ben felváltotta az ipari szakmunkás-képzés: az elméleti oktatás a MÜM 5.sz. Dési Huber István Szakmunkásképző Intézetben folyt. 1959-től 1978-ig több mint 700 ember kapott valamilyen szakmát: döntő részben kefe- seprűkötő, kisebb számban könyvkötő, kosárfonó és kárpitós vált belőlük.

A képzés zavartalanságát a MÜM 5.sz. Ipari Szakmunkásképző Intézete, a Szociális Intézetek Központja és a Szövetség együttműködése biztosította. Az 1977-et megelőző években visszaesés mutatkozott a szakmára jelentkezők számában, és képességeiben, ezt a jelenséget azonban a Szövetség átmenetinek tekintette. Az áthidalás érdekében a Szövetség javaslatot tett egy ugynevezett lépcsőzetes képzésre, melynek első évében tanfolyamokon szereztek volna képesítést a tanulók. A jobb képességűek pedig, a továbbtanulók szakmunkás bizonyítványt. Ez a javaslat nem valósult meg, helyette teljesen megszüntették az intézeti képzést.

Jelenleg a Szövetség látja el a telefonalközpont kezelők alapfoku képzését /évente 30-40 ember számára/ és szervezi a gyógymasszőrök tanfolyamát /évente 12-15 főnek/.

2. A Szövetség jellege, felügyelete, költségvetési ellátottsága

A Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetségének szervezeti jellege nehezen meghatározható. A Szövetség a tagság alkotta egyesületekből és a hivatali szervezetből áll.

Az egyesületi jelleg mindinkább erősödik. Ez megmutatkozik a választási rendszerükkel összefüggő eljárási és lebonyolítási mozzanatok demokratikus fejlődésében. A Szövetség társadalmi jellegét alátámasztja az az alapszabályi rendelkezés, miszerint együttműködik állami és társadalmi szervekkel, előterjesztést tehet a vakokat érintő kérdésekben, állami és társa-

dalmi szervek felkérésére véleményt nyilvánít, közreműködik a vakokra vonatkozó általános intézkedések kidolgozásában és végrehajtásában.

A szakmai-pénzügyi felügyeletet az Egészségügyi Minisztérium illetékes főosztályai látják el. A Szövetség szervezet jellege még kevésbé határozható meg egyértelműen, ha a részfeladatok sokrétűségét vizsgáljuk. Ezek jórésze a speciális juttatások közvetítését szolgálja.

A Szövetség működéséhez, a feladatok ellátásához szükséges pénzügyi fedezetet döntő részben az Egészségügyi Minisztériumtól kapott támogatásból, nem számottevő részben saját bevételeiből biztosítják. Az előirányzatok mértékét nem a feladatok optimális ellátásának arányában, hanem az évek során kialakult keretösszeg alapján állapítják meg. 1981-től a bevételt is felhasználhatja a Szövetség, ez nem jelenti azonban pénzügyi lehetőségei lényeges bővülését. Ugyanis a bevételek a jelképes összegű tagdíjakból /évi 12 Ft/ és a tetemes költséggel előállított folyóiratok szerény előfizetési díjából tevődik össze. Természetesen emellett a magánszemélyektől, szocialista brigádoktól érkező, különböző összegű pénzadományok és más támogatások is növelik a Szövetség anyagi alapjait.

3. A Szövetség célja és feladatai az alapszabály értelmében

"/1/ A Szövetség célja az országban élő vakok és gyengénlátók társadalmi összefogása, a részükre szükséges sajátos ismeretek nyújtása, politikai és szakmai képzésük, a szocialista hazafiság és proletár internacionalizmus szellemében való nevelésük, szervezett kultur- és sport lehetőségek biztosítása, rehabilitációjuk elősegítése és bevonásuk a szocialista építő munkába.

/2/ A Szövetség az /1/ bekezdésben meghatározott cél érdekében:

- a/ elősegíti a tagok marxista-leninista politikai képzését, valamint továbbképzését, rendszeres segítséget nyújt politikai ismeretek megszerzéséhez;
- b/ mint érdekvédelmi szerv ellátja a tagok különleges helyzetéből adódó érdekképviselési feladatokat;

- c/ megyénként megyei szervezeteket és a megyei szervezeteken belül területi csoportokat /körzeteket/ létesít;
- d/ elősegíti a tagok számára alkalmas munkalehetőségek felkutatását, a munkábehelyezést és foglalkoztatást, a munkához szükséges szakmai ismeretek elsajátítását, - szakmai tanfolyamok és speciális foglalkoztatási lehetőségek szervezésével -, tanulmányozza a vakok és gyengénlátók részére alkalmas foglalkozási területeket, biztosítja számukra a szükséges segédeszközöket;
- e/ elősegíti és támogatja a vakság megelőzésére irányuló tevékenységet, szorgalmazza a tankötelességek vakok és gyengénlátók beiskolázását, elősegíti a vakok és gyengénlátók képességei és hajlamai szerinti képzést, továbbképzését ipari-, közép- és felsőfokú iskolákon, valamint egyetemeken;
- f/ szervezi a felnőttkorban megvakultak pontírásra és pontírás olvasásra tanítását, társadalmilag hasznos munkára történő átképzését és továbbtanulását;
- g/ kapcsolatot tart külföldi társszövetségekkel és nemzetközi szervezetekkel, tagja a Vakok Jóléti Világtanácsának és a Világtanács Európai Regionális Bizottságának;
- h/ a vakokról és gyengénlátókról történő gondoskodás terén együttműködik az állami és társadalmi szervezetekkel, különösen az egészségügyi /szociálpolitikai/, oktatási és munkaügyi szervezetekkel;
- i/ előterjesztést tehet vakügyi kérdésekben; az állami és társadalmi szervek felkérésére véleményt nyilvánít; közreműködik a vakügyre vonatkozó általános intézkedések kidolgozásában és végrehajtásában;
- j/ tanulmányokat, tájékoztatókat ad ki a vakok és gyengénlátók életéről, munkakörülményeiről és társadalmilag hasznos tevékenységéről, hogy ilymódon elmélyítse a látó társadalommal a kölcsönös megértést;
- k/ a tagság sajátos kulturális szükségleteinek szervezett kielégítése céljából előadásokat, tanfolyamokat szervez, gondoskodik folyóiratok és hírlapok beszerzéséről, Braille-és hangoskönyvtárt tart fenn, és kiadja a "Vakok Világa" c. folyóiratot;
- l/ pontírónyomdát és hangoskönyvtár studiót tart fenn, irodalmi műveket és időszaki lapokat ad ki a tagok számára;
- m/ "Braille Lajos emlékérem" kitüntetését adományoz azoknak, akik kiemelkedő és maradandó munkásságot fejtenek ki a vakok és gyengénlátók érdekében."

Ma a Szövetség nem tesz, mert nem is tehet eleget az alapszabályban foglaltaknak. Előírt feladatai nem határozottak, költségvetése szűkös.

III. A vakok helyzete ma

A látássérültek ügyeivel a különböző szakmai orientáltságú, célú, szervezeti felépítésű és felügyeletű intézmények egész sora foglalkozik.

- Egészségügyi Minisztérium: főhatóságként irányítja és ellenőrzi a felnőttvédelmi szociális gondoskodást, ezen belül a vakokét. Irányítja és ellenőrzi a gyermek és felnőtt vakok egészségügyi ellátását.
- Tanácsok Végrehajtó Bizottságainak szakigazgatási szervei: a Tanácstörvény által meghatározott hierarchikus rendben végzik a szociális segélyezéssel, az intézeti és a területi gondozással járó szervezési, irányítási operatív munkát.
- Szociális Intézetek Központja: résztvesz a látási, hallási és mozgásszervi fogyatékos felnőttek szociális rehabilitációjának, képzésének és foglalkoztatásának szervezésében és irányításában. Végzi a sérültek pályaalkalmassági vizsgálatát.
- Vakok Állami Intézete, Budapest: a Szociális Intézetek Központjának felügyelete alá tartozik. Feladata: a kollégiumi nevelés, korrepetálás, az időskorúak szociális otthoni gondozása.
Kiemelt feladata a felnőtt korban látásukat veszített aktív korúak "vakos életre" való felkészítése, munkarehabilitációjuk megalapozása.
- A megyei tanácsok felügyelete alá tartozó, vakokat gondozó szociális otthonok: feladatkorükbe egy-egy gondozási tevékenység tartozik.
- Magyar Vöröskereszt: területi szervein keresztül, aktíváinak bekapcsolásával részt vállal a vakok - elsősorban

időskoruk - házi szociális gondozásából, mely egyébként a tanácsi szervek alapfeladata.

- Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége: tömöríti a hazai vakokat és gyengénlátókat. Ellátja érdekvédelmüket és képviselőket.
- Művelődési Minisztérium: főhatóságként meghatározza a Vakok Általános Iskolájának és Nevelőotthonának, valamint a két Gyengénlátók Általános Iskolájának és Nevelőotthonainak munkáját.
- Budapest Fővárosi Tanács és Hajdu-Bihar megyei Tanács Művelődési Főosztályai: közvetlenül felügyeletet gyakorolnak az előbbieken felsorolt iskolák-nevelőotthonok felett.
- Vakok Általános Iskolája és Nevelőotthona: a nyolc osztálynak megfelelő végzettséget nyújt. Óvodai tagozat is van. Kisegítő tagozatán tanulnak az enyhébb fokban értelmi fogyatékos vak tanulók.
- Gyengénlátók Általános Iskolája és Nevelőotthona /Budapest, Debrecen/: a gyengénlátó gyermekek körében a vakok iskolájához hasonló feladatokat látnak el.
- Látási Fogyatékosok Országos Felvételi és Áthelyező Bizottsága: országosan ellátja a látássérült gyermekek vizsgálatát, beiskolázásukra javaslatot tesz. Utazó tanárai révén gondoskodik a budapesti vak gyermekek családban történő óvodai előkészítéséről.
- Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola: képző a tiflopedagógus tanárokat.
- Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Vizsgáló és Tanácsadó Intézete: szükség esetén felülvizsgálja a Látási Fogyatékosok Országos Felvételi és Áthelyező Bizottságának a beiskolázásra, és a fogyatékos gyermek után járó emelt összegű családi pótlékra tett javaslatait.

A felsorolt intézmények nem alkotnak egységes rendszert. Jelenleg a funkcionális kapcsolat csak a felügyelő és felügyelt szervezetek között van meg, egyébként az információk áramlása, az egyes feladatok közös megoldása esetleges, ötletszerű párhuzamosságokkal teli.

A látássérültek munkarehabilitációja egyforma sullyal jelentkezik a VGYOSZ és a SZIK működési szabályzataiban. Ennek ellenére az utóbbi tíz évben nem sikerült új foglalkozási lehetőség sem felkutatni, sem meghonosítani.

A vakokkal foglalkozó intézmények között a Szövetség bizonytalan helyet foglal el. A jellegében, működésében, gazdálkodásában hordozott ellentmondások mellett a kívánatos és megszolgált elismerést is nélkülözi.

A Szövetség munkájának aktuális nehézségei

Vegyük sorra mindennapi gondjainkat.

a/ Bürokratikus kötöttségek, felügyeleti függőség

Fontos, a vakokat érintő kérdésekben nem kérdezték meg a Szövetséget az utóbbi években, vagy véleményének meghallgatása döntés után történt, s így formális, inkább közlés-jellegű volt. Így például nagy társadalmi visszhangot váltott ki a csepeli Vakvezető Kutya-képző Iskola bezárása 1979-ben. A döntés előkészítésekor az iskola gazdaságtalanságával és szükségtelenségével érveltek. A Szövetség vezetőinek ellenérvei nem bizonyultak elég meggyőzőnek. A későbbiekben a Szövetséget bízták meg a vakvezető kutyák képzésével. Az első költségvetési ajánlat abszurd volt, évi 200 ezer forint, szemben a korábbiakban felhasznált 1 millió 700 ezer forinttal! Végül is a munka 650 ezer forintos évi előirányzattal indult meg.

A korlátozott munkaképességű és súlyosan fogyatékos tanulók szakképzését rendező 102/1974./1./ MÜM-EÜM. számú együttes rendelet nagy körültekintéssel és gondossággal rendelkezett a látásfogyatékos fiatalok szakmunkásképzéséről.

A 25/1977./XII.28./ MÜM. sz. rendelet módosította a szakmunkás-képzésről szóló korábbi rendeleteket és melléklete szerint az Országos Szakmunkásképzési Jegyzékből törölték a hagyományos vakszakmákat: a kefekötést és kosárfonást. A rendelet kibocsátása előtt nemhogy a Szövetség, de az Egészségügyi Minisztérium véleményét sem kérdezték meg. A rendelkezés megváltoztatása és a képzés visszaállítása érdekében a Szövetség a Szociális Intézetek Központjával együtt felterjesztést nyújtott be az Egészségügyi Minisztériumhoz. A felterjesztés azonban eredménytelen maradt.

A munkaügyi miniszter és az egészségügyi miniszter 4/1969. MÜM-EÜM. sz. együttes rendelete rendelkezik a vak és csökkentő telefonközpont-kezelők foglalkoztatásáról. A rendelet elavult és a vak munkavállalók érdekében módosításra szorul. A Szövetség 1978-ban módosító javaslatot nyújtott be az Egészségügyi Minisztériumba, a döntés még most sem született meg. Időközben megszűnt a Munkaügyi Minisztérium, lezajlott a Rokkantak Nemzetközi Éve, és az Egészségügyi Minisztérium Önálló Szociálpolitikai Osztályán történt személyi változások miatt a jogszabályt eddig három ügyintézővel tárgyaltuk meg.

b/ Megfelelő szemlélet, segítőkészség hiánya

A segítő szándék lépten-nyomon tapasztalható, de ez még nem jelent társadalmi gyakorlatot. Ennek egyik megnyilvánulását tapasztalhattuk 1981-ben, a Rokkantak Nemzetközi Évében. A Nemzetközi Szervező Bizottság igen szerény akcióprogramja inkább a korlátozott lehetőségeket és az eleve fennálló akadályokat vette figyelembe, mint a megoldásra váró feladatokat. Jellemző, hogy a koordinálást a megszűnőfélben lévő Munkaügyi Minisztériumra bízta. Gyakran halljuk, hogy a rehabilitáció, a rokkantak és az időskorúak teljes támogatása meghaladja az állam erőit, ezért "össztársadalmi feladat". Az ilyenfajta megfogalmazás elvileg ködös, gyakorlatilag használhatatlan.

Fölvet viszont bizonyos gondolatokat: hogyan lehetne tömegeket bevonni ebbe a tevékenységbe? Időszerű és kényszerítő, hogy megtaláljuk, kidolgozzuk és életre keltsünk egy újfajta, szocialista karitatív szellemet és gyakorlatot.

Irodalom

- A Gyógypedagógia alapproblémái /szerkesztette dr.Göllesz Viktor -dr.Méhes József: A látási fogyatékos gyógypedagógiájának alapjai, 322-242.old./ Medicina Könyvkiadó, 1976.
- Daru Gerőné: A felnőtt korban megvakultak rehabilitációjának jelenlegi helyzete és a további feladatok. Szakdolgozat. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, 1978.
- "Ismerjük meg, segítsük őket!" Szerkesztette: Kovács Csongor. Kiadta a Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége és a Művelődési Minisztérium Közoktatási Főosztálya, 1981.
- A vakok és gyengénlátók érdekvédelmének 60 éve. Kiadta: a Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége, 1978.

A HALLÁSSÉRÜLTEK TÁRSADALMI BEILLESZKEDÉSE

I. Történeti áttekintés

Magyarországon 1802-ben indult meg a siketekről történő gondoskodás. Cházár András kezdeményezésére Vácott elkezdődött a siketek speciális iskolai oktatása, mely egyuttal a fogyatékosokkal történő foglalkozás kezdetét is jelentette.

A felnőtt siketek egyesületi életének kezdeményezése is Vácra indult el. Az első országos egyesület a "Cházár András Országos Siketnéma Otthon" volt, melynek alapszabályát a belügyminiszter 1907-ben hagyta jóvá. Ez volt a felnőtt fogyatékosok első egyesülete.

Az országos egyesület mellett a fővárosban és vidéken több egyesület is tevékenykedett. A Tanácsköztársaság alatt a sokféle szövetség egyesült, és megalakították a Siketnémák Tanácsát. A Tanácsköztársaság bukása után újra alakultak a szövetségek, egyesületek. Iskolai képzésük 1925-ben indult meg Budapesten. A nagyothallók első egyesülete 1923-ban alakult.

A felszabadulás után a 4272/1949./X.5./ sz. minisztertanácsi rendelet - mely jelenleg is érvényben van - a siketekről történő gondoskodást állami feladattá tette. Előírta egy egységes, demokratikus siket szövetség létrehozását. Az egységes szövetséghez, 1950-ben történő megalakulása után, csatlakozott a nagyothallók szövetsége is. Így az elnevezés Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége lett. Ezen a néven működött 1976-ig, amikor a közgyűlés új elnevezés felvételét határozta el. Az új név: Hallássérültek Országos Szövetsége.

II. A csecsemő- és kisgyermekkorai halláskárosultak helyzete

Hazánkban csecsemő- és kisgyermekkorban nincs kötelező hallás-szűrés. A halláshiány vagy halláscsökkenés így csak bizonyos korban és csak megfelelő, gondos családi környezetben fedezhető fel.

A hallássérülés korai felismerése és a minél korábbi életkorban elkezdett szakfoglalkozás eleve meghatározza a rehabilitáció hatékonyságát. Ezért lenne fontos a csecsemő- és kisgyermekkorai hallásvizsgálat bevezetése és az intézményes rehabilitáció megszervezése. Ez megoldható lenne:

- a vizsgálat vonatkozásában az audiológiai illetve pedoaudiológiai állomásokon keresztül;
- a szakfoglalkozás szempontjából a hallásérültek oktatási intézményeihez és a kiépített logopédiai hálózathoz kapcsolódóan.

A siketek általános iskolái mellett működő óvoda-hálózat a siketek óvodai ellátását megoldja.

Nehézséget jelent azonban a nagyothalló óvodások elhelyezése. Mindössze egy - a nagyothallók általános iskolájához kapcsolódó - nagyothalló óvoda működik az országban /Budapest/, ahol biztosítottak a speciális foglalkozások feltételei. A vidéki gyerekek internátusban laknak, de fejlődésüket hátrányosan befolyásolja a szülői környezet hiánya.

A nagyothalló óvodások halló óvodákba történő elhelyezése több szempontból nem megfelelő:

- nincsenek biztosítva a foglalkozáshoz szükséges speciális felszerelések;
- a hallókészülék használata balesetveszélyes;
- a hallókészülék beállításához szakember szükséges;
- nehézséget jelent beilleszkedésük halló társaik közé, és ottlétük - sok esetben - zavarólag hat a közösségre.

III. Alsófoku oktatás

Magyarországon minden alsófoku oktatási intézményhez óvoda is kapcsolódik, kivéve az értelmi fogyatékos hallássérültek kiegészítő iskoláját.

A siketek számára hét, a nagyothallók részére egy bentlakásos, általános iskola működik.

Egy bentlakásos intézet az értelmi fogyatékos siketek és két, nem önálló tagozat az értelmi fogyatékos nagyothallók oktatását látja el.

Ezekben az intézményekben a hallássérültek elkülönített oktatása folyik.

A nagyothallók speciális általános iskolai oktatása érdekében egy intézmény van az országban. Ugyanakkor - a főként külföldi, reprezentatív felmérések szerint a 6-14 év közötti gyerekek 1%-ának oly mértékű a nagyothallása, hogy oktatásuk speciális intézményben valósulhatna meg a legeredményesebben. Hazánkban 10-12 ezren /becslés/ lehetnek az ilyen gyerekek. Beiskolázásuk jelenleg

- hallók általános iskoláiba, vagy
- kiegészítő iskolákba, vagy
- siketek iskoláiba történik.

Legtöbb esetben tehát nem olyan iskolatípusban tanulnak, mely képességük-adottságuk szerint megfelelő lenne. Ezek a gyerekek az általános iskolai tananyagot speciális segédeszközökkel és módszerekkel felszerelt iskolákban tudnák elsajátítani. Erre az átlagos iskolák nincsenek berendezkedve, a siket iskolákban viszont csökkentett tananyag van.

Szakorvosok /fülészek, audiológusok/ és elvétve néhány szakpedagógus is olyan elvet vall, hogy a nagyothallók nagy része képes a halló iskolákban tanulni. Tapasztalataink szerint azonban ezek a tanulók az általános iskolákban izolálódnak, kiszakadnak a közösségből. Ez a tény károsan hat személyiségük fejlődésére. Tanulmányi eredményeik is gyengébbek, mert csökkent hallásuk és a speciális hallásjavító eszközök hiánya miatt értelmi fejlődésük elmarad, illetve nem életkoruknak megfelelő. Így bizonyos mértékű értelmi retardáltság jön létre. Ez vezeti félre az oligofrén szakos pedagógusokat is, amikor az ilyen gyerek kiegészítő iskolába történő áthelyezéséről döntenek. Pedig ez az értelmi elmaradás speciális foglalkozás révén behozható. Éppen ezért feltétlen szükséges lenne további speciális iskolák vagy integrált osztályok /halló iskolákban nagyothalló osztályok/ létrehozása nagyothallók részére. Ez csak az alsó tago-

zatban lenne fontos, felsőben - mire megtanulják a hallókészülék használatát - már járhatnának a hallók közé.

IV. Középfoku oktatás, továbbtanulás

Az általános iskola elvégzése után a siketek majdnem teljes számban, a nagyothallók tulnyomó többsége szakmunkásképzők-ben tanul tovább.

A szakmunkásképzésnek kétféle formája van:

- izolált - hallássérültek szakmunkásképző intézete /Sopron/ vagy hallássérült osztályok /Budapest, Vác/;
- integrált - csak a jó képességűek számára, hallók közötti továbbtanulás /1-2 hallássérült halló osztályokban/.

Hallássérültek középfoku oktatási intézményei:

- Sopronban önálló szakmunkásképző intézet fiuk részére /asztalos, kárpitós szakmák/;
- Budapesten, a 29-es szakmunkásképző intézményben önálló siket osztályok /lakatos, műszerész szakmákban/;
- Vácott, a 204-es szakmunkásképzőben önálló osztályok leányok részére /varró, szövő szakmákban/.

Mindhárom intézményhez önálló hallássérült tanulóotthon kapcsolódik. Előnyük a tanulás segítése /korrepetálás/ és a szabadidő hasznos eltöltésének szervezése szempontjából jelentős. A jó képességűek, akik részt vehetnek hallók közötti továbbtanulásban, sokféle szakma közül választhatnak, mivel minden olyan szakmába beiskolázhatók, ahol nem követelmény a jó hallás. A nagyothallók zajártalmas munkahelyen nem dolgozhatnak.

Azok a nagyothallók, akik halló általános iskolákba jártak, a területileg illetékes pályaválasztási intézményeken keresztül tudják továbbtanulásukat, munkahely-keresésüket megoldani. Előfordul, hogy ezek a fiatalok is igénylik a Szövetség közreműködését.

A végzett szakmunkások közül a jó képességűek munka mellett levelező vagy esti tagozaton elvégzik a szakközépiskolát vagy gimnáziumot. A munka mellett közép- vagy felsőfoku oktatási intézményben továbbtanulók a Szövetségtől tanulmányi segílyt kapnak, melynek összege a fizetés nélküli szabadság miatt kiessett munkabér összegével azonos.

V. A végzett szakmunkások munkahelyi beilleszkedése

Az ifju szakmunkások munkahelyi beilleszkedésének elősegítése érdekében a Szövetség szervezeteiben patronáló hálózatot építenek ki az idősebb szakmunkások bevonásával.

Nemzetközi szinten vita folyik szakmailag, hogy szükséges-e olyan célüzem, ahol tulnyomó többségben hallássérültek dolgoznak. Néhány szocialista országban /Szovjetunió, Bulgária, Csehszlovákia/ működnek ilyen üzemek.

Magyarországon a hallássérültek hallók között dolgoznak. Ha olyan szakmát választanak, ahol a munkavégzésnek nem feltétele a hallás, teljes értékű munkát tudnak végezni. Szakmai fejlődésük jobban biztosított halló közösségeken belül. Ezért igyekszünk megakadályozni az üzemeken belül még a részleges izoláltságot is. Igaz, hogy adódnak kommunikációs nehézségek a munkavégzés és az általános kapcsolatok terén, de megfelelő felvilágosítással és segítséggel ezek leküzdhetők.

A kettős fogyatékosok részére /hallássérült és értelmi fogyatékos/ azonban szükséges lenne létrehozni speciális védőmunkahelyet. Ennek érdekében helyi kísérletek vannak, de e kérdés megoldása a jövő feladata.

Azok a kettős /halmozott/ fogyatékosok, akik önálló munkavégzésre nem alkalmasak, foglalkoztató intézményi elhelyezést igényelnek. A foglalkoztató intézetek fogyatékosági kategóriák szerinti átprofilozása most van folyamatban. A foglalkoztató intézményi férőhely azonban, hasonlóan a középsúlyos értelmi fogyatékosokéhoz, kevésnek bizonyul. Mivel megyei szinten nincs annyi kettős fogyatékos, hogy önálló intézményt be tudjanak tölteni, több megyére kiterjedően kellene ezt a gondot megoldani.

VI. A Szövetség és szervezetei

A becslés alapján - az iskolai tanulólétszámot figyelembe véve - Magyarországon 10 ezer vesebeteg van. Későbbi életkorban hallását veszítette /80 dB feletti hallásvesztés/ kb. 50-60 ezer ember - figyelembevéve az egészen idős korosztályokat is. A súlyos nagyothallók száma, akik hallókészüléket használnak vagy kellene használniuk, a lakosság 4-4,5%-a, tehát kb. 400-450 ezer. A fülészek, audiológusok megállapítása szerint a lakosság 10%-ának van valamilyen mértékű halláscsökkenése.

E nagy számok mellett a Szövetség taglétszáma alacsony /9000 fő/. A tagok 75%-a siket, 25%-a nagyothalló. A nagyothallók szervezettsége csak 0,5%-os, a született siketeké kb. 67-70%-os.

Alacsony a szervezettség a nagyothallók és a később megsiketültek körében.

A Szövetségnek 20 megyei, 10 körzeti és 12 iskolai szervezete működik. A szervezetekben sokféle a közművelődési lehetőség /szakkörök, tanfolyamok, klubok, előadások, öntevékeny művészeti csoportok, korrepetálás.../.

VII. Érdekvédelem, tolmácsolás

A siketeknek egyes ügyeik viteléhez jeltolmácsra van szükségük. Magyarországon csak amatőr /nem képzett/ jeltolmácsok működnek. /Siket szülők halló gyerekei, családtagjai./

Jelenleg a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán kezdődött el tolmácsolás.

A Szövetség központjában 4 olyan főállású dolgozó van, akik munka mellett látnak el tolmácsolást. Vidéken több mellékfoglalkozású dolgozó szintén végez ilyen tevékenységet.

Jelenleg jogszabály garantálja a tolmács kötelező részvételét az államigazgatási eljárásoknál siket vagy siketnéma fél esetében, így a jövőben várható az ilyen tolmácsolások számának jelentős emelkedése.

A Szövetségben tartott jogi előadások érdeklődést váltottak ki a tagok körében, a konzultációk elősegítették a jogi alapismeretek megszerzését.

Folyamatos tevékenység a hallássérültek munkáshelyezése. Gond azonban a munkásszállás biztosítása.

A munkahelyi beilleszkedés segítése a munkahelyi utógondozás keretében valósul meg. Jelenleg 34 olyan budapesti vállalattal tartunk kapcsolatot, amelyben 5-nél több hallássérült dolgozik. A vidéki szervezetek is elsődleges feladatuknak tekintik a hallássérültek munkáshelyezését. Igyekeznek elérni, hogy minél több vállalat fogadja a hallássérült munkaeőket. Előfordul - de nem általános -, hogy a hallássérült kevesebb fizetést kap, mint halló társa. Ilyen esetekben a szervezetek a jogos panaszok ügyében eljárnak.

A Szövetség rászoruló tagjai részére szociális segélyt biztosít, két formában: állandó /havonta/ és rendkívüli /alkalmanként/. A Szövetség tagjainak gyermekeit évente gyermeküdültetésben részesíti.

VIII. Kulturális tevékenység

A hallássérültek a csökkent hallás illetve hallás hiánya miatt akadályozva vannak olyan művészeti ágak élvezésében, ahol a megértés a hallás útján valósul meg /színház, mozi, televízió, stb./.

A megoldás más a nagyothallóknál és más a siketeknél. Azok esetében, akik hallókészüléket tudnak még használni, a felerősített hang megoldja e problémát. De az erősítés, még családon belül is, csak egyénileg, a hang befogadásánál oldható meg.

Akiknek a hallása oly mértékben károsodott, hogy már erősítővel sem hallanak, azoknál a filmek feliratozása az egyik megoldás. A másik a speciális előadásmódu kulturális tevékenység. Minden siket közösség kialakítja a vizuális megértés előadásmódját, és ösztönzi az amatőr művészeti mozgalom működését.

A Szövetség - elsősorban a színjátszásban - az amatőr kulturális seregszemléken, bemutatókon igyekeznek pótolni e hiányt.

IX. Sport

A hallássérültek sportolási lehetősége kétféle formában valósul meg. Az egyik a tömegsportmozgalom, mely a Szövetség szervezeteiben valósul meg. Ez általában a kispályás labdarúgásra, asztaliteniszre, sakkra és különböző ügyességi számokra korlátozódik. 15 szervezetnél működik kisebb-nagyobb sportkör, átlag 20 fővel. Beneveznek a városi, megyei bajnokságokba, ahol általában szép eredményeket érnek el.

A másik az amatőr sportmozgalom. Sajnos, Magyarországon csak egy számottevő sportklub létezik, a budapesti Siketek Sport Klubja, mely közel 75 éves multra tekint vissza. Anyagi és egyéb lehetőségeik szűkösek. Asztalitenisz, labdarugó, kézilabda, tájékozódó futó, sakk, uszó-vizilabda szakosztályok működnek itt, kb. 150 egyesületi taggal.

A válogatott sportolók felkészítését, versenyeit a Hallássérültek Testnevelési és Sportbizottsága fogja össze. A nemzetközi versenyeken való részvétel költségeit az Országos Testnevelési és Sporthivatal fedezi, azonban a válogatott felkészítését /mely különösen a csapatsportokban fontos/, edzőtáborok stb. költségeit az OTSH nem vállalja magára. A Szövetség minimális összeggel támogatja ezt a munkát, azonban a komolyabb felkészülésre nem elég.

X. Gyógyászati segédeszköz és elemi rehabilitációs eszköz-ellátás

A nagyothallók részére gyógyászati segédeszközként juttatja a társadalombiztosítás a nagyothalló készülékek sokféle típusát.

A hallókészülék-ellátás megfelelő, sőt bizonyos típusok esetében jó. A javítás ideje azonban hosszadalmas, néha több hónapig tart. Ebben az esetben, ha nincs tartalék, a nagyot-

halló kénytelen nélkülözni e fontos, kommunikációt segítő eszközt. A szervizhálózat nem megfelelő.

A siketek számára két fontos elemi rehabilitációs eszközzel lenne szükség. Az egyik a világító ébresztő óra. A siketek többségükben fizikai dolgozók. A pontos munkakezdéshez olyan ébresztőórára van szükségük, mely az ébresztés időpontjában villogva világít. Ilyen készüléket hazánkban nem árusítanak.

A másik a sírásjelző /hangjelző/ készülék. A siket szülők kisgyermekük sirását nem hallják. Olyan készülék lenne szükséges, amely hang hatására villog. Erre felébredne a szülő, vagy napközben is észlelhetné gyermeke sirását. A kereskedelemben nem kapható. Jelenleg a Szövetség gyártat ilyen készüléket, de csak loo db áll rendelkezésre. Ez a mennyiség a legszükségesebb igényeket elégíti ki, pedig gyakorlatilag minden siket használni tudná, mivel sokféle hang jelzésére alkalmas.

Megoldásra váró feladat még a használaton kívüli, jó hallókészülékek ujra-értékesítése.

XI. Nemzetközi és hazai kapcsolatok, kiadványok

A Hallássérültek Országos Szövetsége tagja a Siketek Világszövetségének, mely négyévenként tartja kongresszusát. Ezen legtöbbször a Szövetség is képviselteti magát.

A szocialista országok szövetségeivel az évek során két- és többoldalu kapcsolatok alakultak ki, szakmai és kulturális területen, valamint a sportban. Kétévenként nemzetközi szimpozionot tartanak, melyeken kicserélik tapasztalataikat, megvitatnak olyan kérdéseket, melyekkel előmozdithatják a hallássérültek társadalmi beilleszkedését.

A Szövetség a hazai társszervek bevonásával évente szakmai tanácskozást rendez.

A Szövetség havonta jelenteti meg a Hallássérültek című folyóiratát. A lap feladata: tájékoztatni a tagokat a Szövetség szervezeti, kulturális és sport életéről; a különböző rendezvényekről. Megemlékezik a hazai és a nemzetközi eseményekről, történelmi évfordulókról. Kiemelt helyet kapnak a szakmai, a

a pályaválasztási és az ifjúságpolitikai cikkek. Megjelennek a lapban a Szövetség által meghirdetett pályázatok /irodalmi-, fotó-, gyermekrajz stb./ díjnyertes alkotásai. Közli továbbá a lap a nemzetközi és hazai tanácskozásokon elhangzott előadások anyagait.

VIZSGÁLATOK

A ROKKANTSÁGI NYUGDIJASOK SORSA HAZÁNKBAN^{x/}

Világszerte, így hazánkban is emelkedik a rokkantak aránya. A jelenség okai a gazdasági fejlettségtől, illetve a társadalmi szerkezettől függően országonként eltérőek. Különböző az egyes országok lakosságának egészségi állapota, egészségügyi ellátási rendszere és mások a rokkantositásban közrejátszó szociálpolitikai intézkedések és intézmények is. A rokkantságot előidéző okok együttesen sajátos, csak az adott társadalmi összefüggésekben értelmezhető tünetegyüttest alkotnak.

Hazánkban a rokkantak körében korunk betegségei dominálnak /szív és érrendszeri, neurozis, mozgásszervi stb./. Ezeknek a ma tömegesen előforduló betegségeknek az előidézésében alapvetően társadalmi, gazdasági, történelmi okok játszanak szerepet.

A második világháború után bekövetkezett társadalmi fejlemények - ezen belül az elmúlt husz év változásai - egyre kitapinthatóbbá tették a megbetegedésekhez vezető okok bonyolult szociális-pszichés dimenzióit. A teljesség igénye nélkül felsorolva: a jelenlegi rokkantsági strukturában minden bizonnyal nagy szerepet játszanak a végbement iparosítási-városodási folyamatok, a társadalmi mobilitás és az ezzel kapcsolatos munkaerőmozgás; - másfelől a mindezzel inkongruens /meg nem felelő/ jelenségek, a stresszhatások, a táplálkozási szerkezet változásai, a fizikai aktivitás csökkenései és a mentális, illetve az emberi kapcsolatok konfliktusaival összefüggő zavarok. A rokkantsági okok tükrözik a modern társadalom veszélyhelyzetét, a kockázati tényezők hatását is.

x/ A tartós egészségkárosodáshoz, rokkantsághoz vezető okok, a rokkantak életmódja, életvitele című kutatást a Szakszervezetek Elméleti Kutató Intézetében 1981-ben végeztük. A kutatásról több kiadvány látott napvilágot, igaz csak korlátozott példányszámban.
Az itt közzétett anyagot a kutatási jelentésből válogattuk.

Programunk megválasztásakor az volt a célunk, hogy minél jobban megismerjük a hazánkban élő aktívkorú rokkantak életutját, életmódját. Ezt két szempontból is jelentősnek véltük; egyrészt azért, mert az életutakban fellelhetők olyan egészségügyi, pszichés és szociális tényezők, amelyek a rokkanttá válást valószínűsítik, ugyanakkor a rokkant lét elviselése, a rehabilitációs lehetőségek, az érvényesülő értékek és érdekek is csak a korábbi életut keretében értelmezhetők. Az életmód, életut vizsgálatakor lehetővé válik továbbá a rokkantak helyzetének, a rokkantság problémáinak egy alapvetően emberközpontu megközelítése.

A kutatás módszeréről és menetéről

A rokkantsághoz vezető okok társadalmilag és biológiailag is meghatározottak. Éppen ezért biztosak voltunk abban, hogy a rokkantak problémáival kapcsolatos kérdésekre kizárólag morbiditási vizsgálatokkal nem adhatunk kielégítő magyarázatot. De nem adhatunk azért sem, mert a rokkantságot előidéző okok sokrétűek /pszichológiailag, szociálisan, gazdaságilag stb./, és egymással is összefüggnek. Ezért választottuk 1981-ben e téma társadalomtudományi megközelítését.

Előre tudtuk, hogy kutatásunk témája differenciált, hiszen a rokkantak is sokfélék. De számítottunk arra is, hogy az okok halmazával fogunk találkozni, amelynek rendszerezésére és a főbb típusok meghatározására csak további "járványtani" kutatások révén vállalkozhatunk.

Programunk meghatározásánál előre láttuk, hogy lesznek olyan fontos problémák /például az érdekek hálózata/, amelyek megválaszolására e módszerrel /standard interjúk/ nem vállalkozhatunk. Tudtuk továbbá, hogy hazánkban eddig ehhez hasonló vizsgálat még nem volt, ezért bizonyítanunk kellett még azt is, hogy e téma empirikusan kutatható.

Vizsgálatunk eszközeül egy standardizált komplex kérdőív szolgált. A kérdőív nyílt és alternatív válaszokat lehetővé tevő zárt kérdéseket, valamint időmérleg-felvételt tartalmazott.

A kérdések összeállítását, a kérdőív szerkezetét és felépítését sikerült úgy rendezni, hogy a kérdezettek a számukra legfontosabb problémától, betegségeiktől, észrevétlenül jussanak el a lényeges kérdések tárgyalásáig. Feltételezhetően ennek is tulajdonítható, hogy a kérdőív alapján sikerült a teljes felvételt lefolytatni. Az interjúk minden esetben otthoni környezetben készültek. A megkérdezettek csaknem valamennyi kérdésre határozott, őszinte választ adtak.

A mintavételről

Magyarországon a rokkantnyugdíjasokat a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság /NYUFIG/ az összes többi nyugdíjassal együtt /saját jogon, özvegyi alapon nyugdíjas stb./ tartja nyilván. Nem rendelkezünk tehát önálló adatokkal a rokkantnyugdíjasokról. Ezért vizsgálatunkat /a minta kiválasztását/ az adatbázis létrehozásával kellett kezdeni.

A teljes nyugdíjas állományból kivettük életkor, nem, település, valamint rokkantsági kategória szerint a rokkantnyugdíjasok adatait. Ezt követően választottuk ki a vizsgálathoz szükséges mintát, melynek fontos követelménye volt, hogy csak olyan rokkantnyugdíjasok kerüljenek bele, akik a rehabilitáció /elsősorban a komplex rehabilitáció/ szempontjából szóba jöhetnek, és akik társadalmi szempontból is problémát jelentenek. A mintavétel megbízhatóságának növelésére szolgáló módszerek közül a gyakorlatban legáltalánosabbat, a "rétegezést" alkalmaztuk. A kiválasztáshoz nyolc réteget képeztünk: életkor /40 év alatt, 40 év felett/, nem /férfi, nő/ és lakóhely szerint /Budapest, vidék/.

Mintánk nagyságának /1,5 százalék/ meghatározásakor törekedtünk arra, hogy egy-egy problémáról megbízható becslést adhassunk az egész alapsokaságra. Továbbá, hogy ez a nagyság lehetővé tegye az alapvető statisztikai hipotézisek és összefüggések elemzését.

A kiválasztott 1500 személy közül végül 1250 személy adata került gépi feldolgozásra.

A rokkantnyugdíjasok és a mintába kerültek nemek szerinti megoszlása

Nem	Alapsokaság száma	Aránya %	Mintaösszetétel száma	Aránya %
Férfi	67 000	67,8	704	56,3
Nő	31 000	32,2	546	43,7
Összesen	98 000	100,0	1 250	100,0

A rokkantnyugdíjasok és a mintába került személyek életkor szerinti megoszlása

Életkor	Alapsokaság száma	Aránya %	Mintaösszetétel száma	Aránya %
40 év alatt	20 000	20,0	501	40,1
40 év felett	78 000	78,0	749	59,9
Összesen	98 000	100,0	1 250	100,0

A rokkantnyugdíjasok és a mintába kerültek település szerinti megoszlása

Település	Alapsokaság száma	Aránya %	Mintaösszetétel száma	Aránya %
Budapest	20 000	20,0	262	21,0
Vidék	78 000	78,0	988	79,0
Összesen	98 000	100,0	1 250	100,0

Végeredményben a minta összetétele Budapest-vidék tekintetében elég jól megfelel az alapsokaság összetételének, de a kor és nem szerint különbözik attól, amit a feldolgozásnál súlyozással vettünk figyelembe. Mégis hangsúlyoznunk kell: min-tánk alkalmas a téma és a probléma kutatására.

I. Társadalmi és demográfiai jellemzők

A rokkant népesség összetételét nemek, életkor, családi állapot és iskolai végzettség szerint vizsgáltuk. Az egyes csoportok összehasonlításán túl az elemzést - lehetőség szerint - a megfelelő lakossági átlagadatokkal is összevetettük. Az összehasonlításra az 1980-as népszámlálás adatait használtuk.

A nemek megoszlása

A nemek szerinti összetétel erősen eltér a teljes népesség megoszlásától és a férfiak jóval magasabb arányu rokkantositására utal. Hogy ez mennyiben adódik a nagyobb arányu megbetegedésből, azt ezzel a vizsgálattal egyértelműen eldönteni nem lehet. Az, hogy a rokkantak körülbelül kétharmada férfi, /egyharmada nő/ egyrészt abból adódik, hogy a férfiaknál öt évvel magasabb a nyugdíjkorhatár. Mivel a morbiditás az életkorral egyre nagyobb arányban nő, ezért ott az adott korcsoport súlyánál nagyobb arányban várható rokkantak. Ebben az öt évben /50-55 éves korban/ kerül rokkantositásra a férfiak jelentős része. /Az 50 év alatti rokkant férfiak száma valamivel alacsonyabb az 50-55 éves rokkantakénál/. Ötven év alatt 48%, ötven év felett 52% ez az arány. A férfiak magasabb arányára azonban az eltérő nyugdíjkorhatár nem lehet kizárólagos magyarázat. A lakossági átlaghoz képest minden korcsoportban a rokkantaknál viszonylag több a férfi.

A rokkantak nemek szerinti összetétele kor-
csoportonként

Nem	30 év alatt	31-35 évesek	36-40 évesek	41-45 évesek	46-50 évesek
Férfi	60,0	56,3	48,7	55,4	52,4
Nő	40,0	43,7	51,3	44,6	47,6
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A lakossági átlagtól való eltéréseket magyarázza az is, hogy a dolgozó népesség körében a nők aránya csak 43 százalék, ami önmagában csökkent a rokkantosítható nők arányát a férfiakhoz képest. Ehhez hozzá kell tenni, hogy a férfiak esetében évtizedek óta teljes a foglalkoztatottság, míg a nőknél nem, még kevésbé volt az a 70-es évek előtt.

A következő szempont, ami szerepet játszhat a rokkantosság különböző mértékében, az a férfiak és a nők morbiditási viszonyainak eltérése. Ennek pontos értelmezéséhez az országos morbiditási vizsgálat eredményei kellenének. Ennek híján csak a mortalitási adatokra támaszkodhatunk. A mortalitásból közvetlenül ugyan nem, de közvetve, a halálokok révén levonhatók következtetések a morbiditási viszonyokra. A mortalitás a nőknél stagnál, a férfiaknál növekszik. Erről azt lehet biztosan tudni, hogy a szív és érrendszeri megbetegedések jelentősége, elterjedtsége, a rokkantosságban betöltött szerepe megnőtt az utóbbi évtizedben, s ez a férfiakat ötször nagyobb valószínűséggel érintette.

További tényező, hogy a rokkantosság nem pusztán objektív döntés eredménye, mert abban - akarva-akaratlanul - az egészségi állapot, a munkával, a munkahellyel való viszony kérdései is szerepet kapnak. Ezáltal tudatosan vagy kevésbé tudatosan, de a női és a férfi munka eltérő megítélése, kvalifikációs szerkezete is szóhoz jut abban, hogy a rokkantosság mértéke - és jellege - eltér a nemek szerint.

A rokkantak korösszetétele férfiaknál és nőknél egyaránt eltér a lakosság kormegoszlásától, ami természetes. Ugyanakkor fontos odafigyelni a fiatalabb rokkantak arányára. /A rokkantak egyötöde 40 év alatti, ebből 5 százalék 30 évnél fiatalabb, 7 százalék 31-35, 9 százalék 36-40 éves. A 41-45 évesek a rokkantak 14 százalékát, a 46-50 évesek 27 százalékát, az 50 év feletti 39 százalékát teszik ki./

Családi állapot

A rokkant népesség csaknem egyharmada egyedül él, kétharmada házastárssal vagy élettárssal. Az egyedül élők aránya nőknél valamivel magasabb, mint a férfiaknál /21, illetve 25 százalék/.

A rokkantnak az egyedüllét nagy problémát jelent, mert sokszor szinte teljesen elszigetelten él. Az egyedülálló rokkantak aránya alacsonyabb ugyan az egyedülálló teljes népességbeli arányánál, ez azonban nyilván abból adódik, hogy a rokkantak között kevesebb a nem házas fiatal, másrészt a mintában nem szerepelnek 55 év feletti, az egyedülálló aránya pedig az időskorúaknál a legmagasabb.

A rokkantak közt igen sok az elvált /9 százalék/. A nőknél ez az arány 13 százalék, ami a megfelelő lakossági arányszámnak több mint kétszerese. A rokkant férfiak közt az elváltak aránya lényegesen alacsonyabb ugyan /8 százalék/, de a megfelelő országos átlagnak ez is több mint kétszerese.

A lakossági átlagoktól különbözőség részben abból adódik, hogy a rokkantak korösszetétele eltér a teljes népesség kormegoszlásától, s az elváltak magasabb aránya egyes korosztályokra inkább jellemző. Ebből azonban lényeges különbségek nem származhatnak, mivel a teljes népességet vizsgálva az elváltak aránya azokban a korosztályokban sem közelíti meg a rokkantaknál meglévő mértéket, amelyekben ez az arány a legmagasabb. /A nőknél társadalmi átlagban az elváltak aránya a 45-49 éveseknél a legmagasabb: 8 százalék; míg a rokkant nőknél 13 százalék, férfiaknál 6, illetve 8 százalék/.

Az elváltak magas aránya jelzi, hogy a rokkantaknál nincsenek meg az egyébként természetesen adódó integrációs lehetőségek. Szűkek az esélyek értelmes tevékenységek folytatására, társas kapcsolatok teremtésére, a rokkantság jelentős csökkentést eredményez az anyagiak, a pénzkereset terén, csökkenti az egyén társadalmi presztizsét. Ezek ellensúlyozására nincs megfelelő társadalmi támasz, számos különféle eredetű konfliktus a családban csapódik le, és gyakran váláshoz vezet.

A rokkantak családi állapot szerinti megoszlása szinte teljes mértékben függvénye a betegség nemének, ami a betegségek eltérő jellege, következménye miatt természetes is. A BNO alapján képzett betegségcsoportokban a családi állapot szerinti megoszlást a következő táblázatban közöljük. Az adatokat csak a hat leggyakrabban előforduló betegségcsoportra adjuk meg. /Az idetartozó betegségekben szenved a rokkantak csaknem háromnegyede/.

A rokkantak családi állapota, betegségtypusonként

/%/

Betegségfőcsoport	Nőtlen, hajadon	Házás	Elvált	Özvegy	Össze- sen
Elmebaj	35,2	53,3	9,7	1,8	100,0
Idegrendszer és érezkszervek be- tegségei	14,4	69,4	11,8	4,4	100,0
Keringési rendszer betegségei	5,8	83,4	9,2	1,6	100,0
Légzőrendszer	8,1	84,3	5,7	1,9	100,0
Csontváz, izomrend- szer és kötőszövet	6,9	81,8	10,1	1,2	100,0
Baleset, mérgezés	9,2	79,0	8,8	2,0	100,0
Rokkant népesség összesen	13,2	76,5	9,4	1,9	100,0

A főbb betegségcsoportok szerint a családi állapot adatait szemlélve szembetűnő a nőtlenek, illetve hajadonok magas aránya az elmebetegségben, valamint az ideg- és érzékszervi betegségekben szenvedők között. Ennek oka elsősorban az, hogy e betegségek jelentős része öröklött, illetve kora gyermekkor óta meglévő, ami a párválasztásban objektív korlátot jelent. Ehhez képest a házasságbomlás - bár az átlagosnál magasabb -, nem kiugró. A többi betegségnél a számok különösen szembeszökő eltéréseket nem mutatnak.

Az adatok általában arra a tényre utalnak, hogy - különösen az ideg- és elmebetegek között -, sok az egyedülálló. Bár, mint látni fogjuk ezek többnyire nem egyedül élnek, de a leszázalékolt elmebetegekkel kapcsolatos vizsgálat eredményei és az egyéb megfigyelések is azt sejtetik, hogy a rokkantat csak megtűrrik, kizárják a családon belüli társas kapcsolatokból. /Ez a házi utógondozás kérdéseit veti fel./

Háztartási összetétel

A háztartásban élők száma, a kereső-eltartott arány, a gyermekek száma az életminőség és az anyagi létfeltétel egyik leglényegesebb meghatározója. Különösen így van ez a rokkantak esetében, ahol az otthoni, a családi környezet adja meg az életük keretét, a társas kapcsolatok csaknem egyedüli lehetőségét. A gyermekek és más keresettel nem rendelkező családtagok - az alacsony rokkantnyugdíjak miatt - az anyagi létfeltételeket az átlagosnál jobban nehezítik.

A rokkantak adatai, illetve teljes népességi adatok csak fenntartásokkal hasonlíthatók össze egymással, mivel a korösszetétel eltérő. Az, hogy a rokkant mintában csak a nyugdíjkorhatár alatti népesség szerepel, különösen az egytagu háztartások arányában okoz eltéréseket, mivel ezeknek legnagyobb részét az időskorúak teszik ki. /A teljes népességnél az egytagu háztartások több mint felét az öregek - 60 éven felüliek - alkotják./ Bizonyos torzítást jelent ez a kéttagu háztartásoknál is, ahol összarányukat meghaladó - 27 százalék - a csak öregkorúakból álló háztartások részesedése.

Még ezt figyelembe véve is viszonylag kevés az egytagu háztartás a rokkantaknál, amit pozitívként kell értékelnünk. A rokkantaknál legmagasabb a két- és háromtagu háztartások aránya, ezek teszik ki a háztartások 60 százalékát, minden ötödik háztartás pedig négy tagból áll. Ugyanakkor viszonylag sok az öt, sőt az ennél több tagu háztartás is. Ez a zsufoltságot, a több generációs családtagok együttélését jelzi.

A gyerekek száma a háztartásokban

A rokkantak 61 százaléka a gyermekeivel együtt él. A gyerekesek több mint felének /57 százalék/ egy, 32 százalékának két, s 11 százalékának három vagy több gyereke van. A gyermekes és gyermektelen családok részaránya tekintetében a rokkantak és a teljes népesség összehasonlításakor gyakorlatilag nem találunk különbséget. /Országos átlagban a gyermektelen családok részaránya 35 százalék./

Nincs lényeges eltérés az országos átlagtól a gyerekek száma szerint sem. E tekintetben a rokkantak nemek szerinti eltérése se okoz arányeltéréseket. Differenciáló tényező viszont a lakóhely jellege: a településtípusonkénti eltérés a gyerekek számát illetően, rokkantaknál nagyobb, mint a társadalmi átlagnál. Rokkantaknál az átlagos 39 százalékkal szemben Budapesten 45 százalék a gyermek nélkül élők számaránya. Az egy gyerekkel élők aránya Budapesten és vidéken lényegében azonos, feltűnő viszont, hogy a két gyerekkel élő rokkantak számaránya a fővárosban sokkal alacsonyabb a vidékiekéénél.

Betegségi típusonként lényegesebb különbséget az elmebetegknél látunk, ahol - a betegség jellege miatt - az átlagosnál jóval magasabb a gyermektelenek aránya /50 százalék/. A légzőrendszeri betegségekben szenvedőknél éppúgy magas a gyermektelenek, mint a három és annál több gyerekesek aránya.

Aktiv keresők a háztartásban

A rokkantak életszínvonalát, életlehetőségeit nagy mértékben befolyásolja a háztartásban élő aktiv keresők száma. Különösen problematikus a helyzet ott, ahol egyáltalán nincs aktiv kereső. Ilyen háztartásban él a rokkant népesség 23 százaléka. Ezeknek a háztartásoknak az anyagi lehetőségei korlátozottak. /A konkrét jövedelmi viszonyokról más fejezetben részletesen lesz szó./ Ez nemcsak a beteg megélhetését, hanem a gondozás feltételeit, lehetőségét is rontja. A háztartások csaknem felében /48 százalék/ egy, 20 százalékában két aktiv kereső van, és csak minden tizedik rokkant él olyan háztartásban, amelyikben három, vagy ennél több aktiv keresőt tarthatunk számon.

Az aktiv keresőt nélkülöző háztartások aránya rokkantaknál és a teljes népességnél megegyezik. Ez azonban korántsem jelenti azt, hogy az ilyen háztartásban élő rokkant családok helyzete a társadalmi átlag szerinti szintnek megfelelő. A teljes népességen belül ugyanis az aktiv kereső nélküli háztartásokban főként nem aktiv koruak élnek /nyugdíjas házaspárok, vagy olyanok, akik még nem állnak munkaviszonyban/, ezek a korosztályok viszont a rokkant mintában nincsenek jelen.

Mivel a rokkantak korösszetétele az aktiv koruakon belül sem egyezik meg az összes aktiv dolgozó kormegoszlásával, s az aktiv keresők aránya a szűkebb korcsoportokban is eltérő, nem tudjuk teljesen kiszűrni a korösszetétel hatását. Nagy különbségre utal, hogy amíg a mintában csaknem minden negyedik háztartás aktiv kereső nélküli, társadalmi átlagban ez az arány alig három százalék!

A rokkant férfiak és nők háztartásai között csekély a különbség, amit az egyedülállók arányában meglévő eltérés magyaráz.

A rokkantak megoszlása a háztartásban élő aktív keresők száma szerint, nemenként

Nem	aktiv kereső				Összesen
	0	1	2	3 és több	
Férfi	24,4	45,4	20,3	9,9	100,0
Nő	19,8	51,7	19,6	8,9	100,0
Együtt	22,9	47,5	20,1	9,5	100,0

Az aktív kereső nélküli háztartások aránya kiugróan magas az elmebetegeknél. Ez azzal magyarázható, hogy - mint már korábban említettük -, nagy részük szüleivel lakik együtt, akik nyilván nyugdíjasok. Az eltéréseket részben magyarázza az is, hogy az egyes betegségtípusok nem azonos korosztályokra jellemzőek, s az idősebbeknél már valószínűbb, hogy a házastárs nyugdíjas.

A háztartásban élő aktív keresők száma, betegségtypusonként /%/

Betegségtípus	aktiv kereső				Összesen
	0	1	2	3 és több	
Elmebajok	34,6	44,3	15,1	6,1	100,0
Idegrendszer és érzékszervek	23,4	50,1	19,9	6,5	100,0
Keringési rendszer	22,4	43,3	22,4	12,0	100,0
Légzőrendszer	24,6	46,5	21,4	7,5	100,0
Csontváz, izomrendszer és kötőszövet	13,5	59,4	17,6	9,6	100,0
Baleset, mérgezés	26,1	44,4	25,7	3,9	100,0

Iskolai végzettség

A rokkantak iskolai végzettsége a lakossági átlagnál jóval alacsonyabb. Felsőfokú végzettséggel rendelkezik a rokkantak 4 százaléka, a teljes népességen belül a munkaképes koruak 11,4 százaléka. Középiskolát a rokkantak 8 százaléka végzett, az egyharmados társadalmi átlaggal szemben. Valamivel alatta marad a lakossági átlagnak a szakiskolát /vagy befejezetlen középiskolát/ végzetek aránya is /11 százalék/. A rokkantak háromnegyede tehát csak 8 általánost, vagy annál kevesebbet végzett. /Érdemes lenne a rokkantak iskolai végzettségi adatait a gyermekkortól kezdve - az ideg- és elmebetegségben szenvedők adatai nélkül - is vizsgálni. Az átlagosnál kedvezőtlenebb iskolázottság nyilván akkor is fennállna, de a kép nem lenne ennyire kedvezőtlen./

A súlyosan megbetegedett emberek esetében az alacsony iskolázottság komoly problémákat okoz. Nem nyílik ugyanis lehetőség a számukra a munkák közti válogatásra, változtatásra. Amennyiben betegségük nem teszi lehetővé a korábban végzett - a képzetlenségből adódóan nyilván gyakran nehéz fizikai, vagy idegileg terhelő, monoton - munka folytatását, "megoldásként" legtöbb esetben csak a rokkantosság marad.

A rokkantak nem elhanyagolható része - körülbelül egynegyede maga is elégedetlen iskolai végzettségével. /Ez a szám annál is inkább jelentős, mivel itt részben idősebbekről van szó, akik már a tanulásra nem gondolnak./ Az elégedetlenekhez képest elenyésző nemcsak a jelenleg továbbtanulók aránya /2 százalék/, hanem azoké is, akiknek terveiben szerepel a továbbtanulás /5 százalék/. Ez pedig arra utal, hogy a rokkantak egyrészt nem tartják érdemesnek a tanulást, másrészt a meglévő képzési intézmények sem megfelelőek a számukra. Az objektív lehetőségek javulása esetén feltehetően megnőne a magukat tovább-, vagy átképzők aránya, ami egybeesne tényleges, elemi érdekeikkel.

A rokkantak családtagjainak iskolai végzettsége és foglalkozása

A rokkantak társadalmi lehetőségeire, a visszailleszkedés, a társas kapcsolatok kiépítésének esélyeire nagy hatással lehet a háztartás felnőtt tagjainak iskolai végzettsége, illetve foglalkozása is.

A rokkantak háztartásainak több mint felében /52,5 százalék/ nincs nyolc általánosnál magasabb végzettségű személy. Azoknak a háztartásoknak az aránya, amelyekben minden felnőtt közép-, vagy szakiskolát végzett, 15 százalék; ahol pedig legalább egy személy rendelkezik ilyen végzettséggel 39 százalék. E háztartások 6 százalékában van legalább egy felsőfoku végzettségű személy.

Az iskolai végzettség szerinti összetétel betegségcsoportok alapján való bontásának vizsgálatából következtethetünk az egyes betegségeknel szerepet játszó környezeti hatásokra is.

Ilyen tekintetben a légzőszervi megbetegedésekben szenvedőknél a legfeltűnőbb az iskolai végzettség alacsony szintje. Itt, a háztartások csaknem kétharmadában nincs 8 általánosnál magasabb végzettségű. Az átlagosnál rosszabb a helyzet az elmebetegeknél /59 százalék/, ami egyrészt az öröklődés elég magas arányából, másrészt viszont a környezeti hatásokból adódik.

Az átlagosnál magasabb a legfeljebb 8 általánost végzettek aránya a baleset következtében rokkantaknál is, ami megerősíti a feltételezést, hogy az üzemi balesetet szenvedők főként a képzetlen, alacsony általános és szakmai műveltségű rétegekből valók. /Más kérdés, hogy itt milyen szerepet játszik a munka veszélyessége és a képzetlenség./ Viszonylag kedvező az iskolázottsági összetétel az idegrendszer és a keringési rendszer betegségei miatt rokkantosítottaknál. Mindkét esetben a háztartások körülbelül felében van legalább középiskolai végzettségű, viszont a felsőfoku végzettségű itt is kevés.

II. Az életkörülmények fontosabb mutatói

Az életkörülményeknek, az életszinvonalnak egyik legfontosabb mutatója a lakáshelyzet. Különösen így van ez a rokkantak esetében, akik az átlagosnál jóval többet tartózkodnak az otthonukban. A lakás nagysága, komfortfokozata, a laksűrűség talán a jövedelemnél is nagyobb mértékben meghatározza a rokkantak életkörülményeit, a betegség javulásának, vagy romlásának esélyeit.

Lakáshasználati jogcím

A rokkantak 63 százaléka tulajdonosi minőségben él lakásában, 22 százalékuuk főbérlelőként. A társbérlelők és albérlelők aránya alacsony, 0,8 százalék illetve 1,6 százalék. Az albérlelők aránya alacsonyabb az országos 3,1 százalékos aránynál, ez azonban természetes is, hisz egyrészt az albérlet tipikusan egyszemélyes lakásforma, a rokkantaknál viszont mint láttuk, általában nagyobb családotkról van szó, a rokkant többnyire nem is képes egyedüli, önálló életre. A helyzet azért is súlyosabb a statisztika által mutatottnál, mivel a rokkantak jövedelméből aligha futhatja luxus albérletre, tehát a minőségi elemek valószínűleg az albérletek átlagánál is kedvezőtlenebbek.

A rokkantak megoszlása a lakáshasználati jogcím szerint, nemenként /%/

Nem	Tulajdonos	Főbérlelő	Társbérlelő, bérletárs	al-, ágybérlelő	szolgálati és egyéb
Férfi	65,4	19,6	0,9	1,3	12,6
Nő	59,0	25,7	0,6	2,3	11,9
Együtt	63,4	21,6	0,8	1,6	12,4

A rokkantak lakásainak tulajdoni jelleg szerinti megoszlása szinte teljesen megegyezik az ország lakásállományának összetételével. Családi ház jellegű épületben lakik a rokkantak 65 százaléka, s a lakásállomány egészének 63 százaléka ilyen lakásból áll. Társasházi, örök, vagy szövetkezeti lakásban él a rokkantak 8 százaléka /ilyen a lakások 11 százaléka/. Az állami és egyéb tulajdonu lakások aránya rokkantaknál 27 százalék, az országos 26 százalékkal szemben.

A lakások nagysága

A rokkantak által lakott lakások tulajdoni jellege és használati jogcím szerinti megoszlásánál az életfeltételek szempontjából sokkal nagyobb jelentősége van a lakások nagyságának és a laksűrűségnek.

A rokkantak lakásainak szobaszám szerinti megoszlása alig különbözik az országos lakásállomány szobaszám szerinti összetételétől, sőt annál valamivel jobb képet mutat, mivel az egyszobás lakások aránya náluk alacsonyabb. Ez azonban korántsem jelenti, hogy a rokkantak lakásviszonyaival elégedettek lehetnénk, sőt még azt sem jelenti a közel azonos megoszlás, hogy a rokkantak az átlagossal megegyező lakáskörülmények között élnek. A szobaszám önmagában semmiképp sem lehet összehasonlítási alap, mivel a rokkantak családszerkezete, háztartásaik nagysága eltér az átlagostól. Egyrészt a rokkantság természete is indokolhatja az önálló szoba szükségességét, másrészt a család egészének harmonikus életvitele is indokolná, hogy ne legyenek állandóan összezárva egy beteg emberrel. Figyelembe kell venni azt is, hogy egy szinte állandóan otthon tartózkodó embernek a lakás esetleges zsufoltsága sokkal elviselhetetlenebb.

Mindenképpen rossznak kell mondanunk azoknak a körülményeit, akik egyszobás lakásban laknak. Ez ugyanis vagy azt jelenti, hogy a rokkanttal egy szobába van összezsufolva az egész család, vagy pedig azt, hogy a rokkant magára hagyatva él. Ez a helyzet áll fenn a rokkantak több mint egynegyedénél.

Az ország lakásállományának 27,5 százalékát teszik ki az egyszobás lakások, s ennél semmivel sem mutat jobb képet a rokkantak lakásainak megoszlása: közülük 26 százalék él ilyen lakásban. Kétszobás lakásban a rokkantak 52 százaléka lakik /az összlakásállomány 48,5 százaléka ilyen/, s három vagy annál több szobásban pedig 22 százalékuk.

A halmozottan hátrányos helyzet természetesen nem esik teljesen egybe az egyszobás lakásban élők számával, mégis az ennek alapján becsülhető nagyságrend - több tízezer emberről lévén szó - elgondolkodtató.

A lakásnagyság másik fontos mutatója az alapterület. A lakások használhatósága, a lakók elhelyezésének, kényelmének lehetősége ettől ugyanugy függ, mint a szobák számától.

Alapterület szempontjából a rokkantak lakáshelyzete az átlagosnál lényegesen kedvezőtlenebb. Míg az ország lakásállományának mindössze 7 százaléka 30 négyzetméternél kisebb alapterületű, addig a rokkantak csaknem egynegyede ilyen lakásban él. Elviselhetetlen lakáshelyzetre mutat, hogy 10 négyzetméternél kisebb lakásban /amelyek többnyire szűk, vagy toldalék épületek/, lakik minden tizedik rokkant. Az ország lakásállományának felét kitevő 30-60 négyzetméteres lakásban a rokkantak 41 százaléka lakik, ennél nagyobb alapterületen 44 százalékuk él.

A rokkantak lakásainak megoszlása alapterület szerint,
betegségtípusonként

Betegségtípus	10 m ² alatt	11-30 m ² között	31-60 m ² között	61-100 m ² között	100 m ² felett
Elmebaj	17,3	10,2	39,5	24,9	8,0
Idegrendszer és érzékszervek	9,1	16,0	38,6	26,5	9,7
Keringési rendszer	9,7	13,5	40,0	28,0	8,8
Légzőrendszer	10,2	15,0	42,3	20,7	3,8
Csontváz, izomrend- szer, kötőszövet	9,3	5,0	43,3	32,8	9,6
Baleset, mérgezés	12,2	6,6	38,2	36,8	6,2

Betegségtípusonként szemlélve a különbségek főként a szélső lakásméreteknél jelentkeznek. Elsősorban az tűnik szembe, hogy az elmebetegeknél a lo négyzetméter alatti lakások aránya ijesztően magas /17 százalék/. Itt feltétlenül a betegség és a lakásviszonyok szorosabb összefüggésére kell következtetnünk, amit egyébként más vizsgálatok is megerősítenek. Az összefüggés egyértelmű, arról van szó, hogy a leszázalékolt elmebetegek jelentős része a társadalmi élet perifériájára szorult, ez nyilvánul meg a lakáshelyzetben is. Ráadásul ezek az emberhez nem méltó környezetben tengődő rokkantak területileg is koncentrálnak, mintegy jelezve egy-egy városrész, településrész "slumosodását", hanyatlását.

Jövedelmi viszonyok

A rokkantak jövedelmi és vagyoni viszonyainak jellemzéséhez felvételünkben csak néhány különösen meghatározó mutató vizsgálatára tértünk ki. Ismerjük a rokkant nyugdíj mértékét, és információkkal rendelkezünk arról is, hogy a rokkantnak ezen kívül van-e más jövedelme. Miután a rokkant életszínvonal a többi családtag jövedelmétől, a sajátjával legalábbis azonos mértékben függ, az egész család jövedelmére utaló mutatókat is vizsgáltuk. Így adatokkal rendelkezünk a családháztartás egy főre jutó jövedelméről, tartós fogyasztási eszközökkel való ellátottságáról és a lakáson kívüli ingatlantulajdonairól is.

A rokkantak jövedelmi helyzetének vizsgálata fontos. A hagyományos gondolkodásmód a rokkantakat az elesettek kategóriájával azonosítja, ujabban viszont az a gyakorta hangoztatott nézet, hogy a rokkantosság a beteg szándékán mulik, sokan kifejezetten anyagi érdekből szorgalmazzák azt.

A közgazdászok arra hívták fel a figyelmet, hogy különösen a hetvenes évek közepe óta a pénzbeni társadalmi juttatások és ezen belül a rokkantnyugdíjak összegének növekedése alatta maradt az áremelkedések ütemének, vagyis ezek reálértéke lényegesen romlott.

Mindezek függvényében érdemes szemügyre venni, hogy a rokkantak jövedelmi helyzete lényegesen különbözik-e más társadalmi csoportokétól? Vajon a rokkantosság ténye mennyire játszik egységes szerepet a jövedelem alakulásában? S végül: a rokkantokra inkább az elesettség vagy a viszonylagos anyagi jólét a jellemző?

A család-háztartás egy főre jutó jövedelme

Mivel a rokkantak életszínvonalát - különösen egyes csoportjaiknál - elsősorban nem a rokkantnyugdíj összege, hanem esetleges többlet-jövedelmük, illetve az egész család jövedelme határozza meg, ezért legáltalánosabb képet a család-háztartás egy főre jutó jövedelmének vizsgálata alapján kaphatunk.

A felvétel adatai azt mutatják, hogy a rokkantak helyzete nemcsak a háztartások átlagához képest hátrányos, de jóval alatta marad az aktív kereső nélküli háztartások színvonalának is. Ez utóbbi annál is inkább feltűnő, mivel a rokkantak háztartásaiban elég gyakori az aktív kereső. Az összehasonlító adatok kezelésénél figyelembe kell venni azt is, hogy az össznépeségre vonatkozó jövedelmi adataink 1978-ból származnak, tehát a rokkant-vizsgálat időpontjában fennálló alacsonyabb értékekkel hasonlítunk össze.

A lakosság átlagos, egy főre jutó személyes jövedelme 1978-ban 2.340 Ft volt, s az aktív kereső nélküli háztartásoknál is 2.150 Ft. A rokkantaknál viszont az egy főre jutó jövedelem alig 1.300 Ft. A vizsgált rokkantok csaknem fele /45 százaléka/ 1.200 Ft alatti egy főre jutó jövedelemmel rendelkezett, s 2.000 Ft feletttel csupán 13 százaléka. Egy főre jutó 2.400 Ft feletti jövedelme viszont 6,6 százaléka volt.

A rokkantak megoszlása az egy főre jutó jövedelem szerint, nemenként /%/

Nem	Egy főre jutó jövedelem /R/					
	800 R alatt	801- 1200	1201- 1600	1601- 2000	2001- 2400	2400 felett
Férfi	29,5	24,4	18,9	14,1	3,9	3,8
Nő	11,6	16,4	24,4	18,6	12,5	12,7
Együtt	23,7	21,8	20,6	15,6	6,6	6,6

Viszonylag jelentősek az eltérések az egy főre jutó jövedelemben életkor szerint. A magyarázatot a családszerkezet eltérései mellett a fiatalabbak nyugdíj-színvonalának alacsonyabb volta is adhatja.

A rokkantak egy főre jutó jövedelem szerinti megoszlása főbb betegség-típusonként

Betegség-típus	Egy főre jutó jövedelem /R/					
	800 R alatt	800- 1200	1201- 1600	1601- 2000	2001- 2400	2400 felett
Elmebetegségek	23,7	26,9	23,7	9,1	6,1	4,5
Idegrendszer és érzékszervek	24,8	21,6	18,8	12,2	5,1	7,6
Keringési rendszer	22,3	19,4	20,5	19,1	5,1	9,8
Légzőrendszer	31,4	18,8	19,5	16,7	10,2	2,2
Csontváz, izom- rendszer, kötő- szövet	24,7	25,1	15,7	14,1	9,9	6,0
Baleset, mérgezés	32,9	20,8	21,2	6,0	10,5	0,5

A viszonylag legmagasabb jövedelem a keringési rendszer betegségekben szenvedőknél tapasztalható. Ez is igen szerénynek bizonyul azonban, ha a népességi átlagokhoz hasonlítjuk. E rokkantak háztartásainak 42 százalékában 1.200 R alatt marad az egy főre jutó jövedelem, s csak minden tizedik esetben éri el a 2.400 R-ot.

A rokkant-nyugdijak összege

Annak ellenére, hogy mint az előbbieken említettük a család-háztartás egy főre jutó jövedelme jellemzi általában a legjobban a rokkantak tényleges jövedelmi viszonyait, a rokkant-nyugdij összegének több szempontból is meghatározó szerepe van. A rokkantak egy része egyedül él, számukra a nyugdíj a kizárólagos létalap. A rokkantak másik, jelentős, de nehezen körvonalazható csoportjánál van ugyan a családban egy másik, inaktív vagy aktív kereső, de ennek jövedelme alacsony. Így a rokkant-nyugdij összege az egész család életszínvonalát döntően befolyásoló gazdasági tényező.

Általánosabban: még a legalacsonyabb rokkantnyugdij is egyfajta jogcím a tisztas megélhetéshez; továbbá a rokkant függetlenségének, autonómiájának garanciája és záloga.

A rokkant-nyugdijak összege az összes nyugdíj átlagos értékéhez képest is alacsony. Kétezer forint alatt marad a nyugdíja a rokkantak több mint 40 százalékának, és minden tizedik rokkant nyugdíja 1.500 R-nál kevesebb. A 3.000 R-ot 20 százalékuk nyugdíja érte el. Annak ellenére, hogy ez utóbbi még mindig alacsony arány, a két szélső értékhez tartozók összevetése nagy szóródásra enged következtetni. Igen jelentős az eltérés a férfiak és a nők nyugdíja között, ami alapvetően a bérekben meglévő különbségekre vezethető vissza. Kétszer annyi nő kap 2.000 R alatti nyugdíjat, mint férfi. A nők több mint kétharmadának nyugdíja 2.000 R alatt marad, és 16 százalékuké 1.500 R-nál is kevesebb. A 3.000 R-nál több nyugdíjat kapó nők aránya elenyésző.

Komoly problémát okoz az is, hogy a fiatalabb rokkantak nyugdíja - a munkában eltöltött idő rövideége miatt - általában eleve alacsonyabb az átlagnál. Annál inkább problémát jelent ez, mivel közülük sokan még a családalapítás, otthonteljesítés előtt vagy annak kezdetén állnak. Emellett azzal is számolni kell, hogy - feltételezve a nyugdíjemelések változatlan elvét - idővel ennek a reálértéke is lecsökken, s amennyiben más jövedelemforrásuk nincs, ez már létfenntartásukat is kérdésessé teszi.

A rokkantak megoszlása nyugdíjuk szerint,
korcsoportonként

	A nyugdíj összege /R/			
	1.500 alatt	1.500- 2.000	2.001- 3.000	3.000 felett
40 év alatt	15,9	52,3	26,4	5,3
40 év és afelett	9,8	26,5	38,8	24,8

A rokkantságot előidázó betegség típusa és a nyugdíj mértéke között elvileg kevés az összefüggés. Szorosabb kapcsolat mindössze két esetben lehetséges: alacsony nyugdíjösszeg várható ott, ahol a betegség veleszületett, vagy fiatal korban szerzett, illetve meghatározó lehet egy-egy betegségcsoport erős státusz-függése.

Az adatok alapján az első típusu kapcsolatra következtethetünk az elmebetegeknél. Itt az átlagosnál jóval alacsonyabbak a nyugdíjak; kétharmaduk nem haladja meg a 2.000 R-ot, s mindössze 10 százaléknak magasabb 3.000 R-nál. Ugyanakkor a bal eseteknél a viszonylag jobb helyzet épp ennek ellenkezőjével magyarázható. Itt ugyanis a korai rokkantosság nem törvényszerű, és ez a nyugdíjalapot meghatározó munkaviszony hosszát kedvezően befolyásolhatja.

Egyéb kiegészítő jövedelmek

A rokkantak egy része a nyugdíján kívül rendelkezik kisebb-nagyobb mértékű kiegészítő jövedelemmel is. Ez a jövedelemrész, szélsőséges esetektől eltekintve, nem törvénykijátszó nyereskedésből származik. Megszerzését indokolja egyrészt a létfenntartás kényszere és a család anyagi terheinek enyhítése, másrészt ez a munkavégzés népgazdasági méreteken is hasznos. Ami ennél is fontosabb, pótolhatatlan szerepet tölt be a rokkant rehabilitációs folyamatában, fogódzó pontokat jelent egy kedvezőbb, nyitottabb élet szervezéséhez. A munka a jövedelmeken túl ugyanis értelmes tevékenységek, emberi kapcsolatok lehetőségét is jelenti. A jelenlegi jogszabályok egyébként egyes esetekben eleve megnehezítik a munkavégzést. A fő problémát e téren mégis a munkaalkalmak szűkössége, területenként, rétegenként és betegségenként egyenlőtlen eloszlása, valamint a megfelelő munkáltatói érdekeltség hiánya okozza. Adataink szerint a rokkantak igénye a munkavégzésre a meglévő lehetőségeknél sokkal nagyobb.

A mellékjövedelmek mértékéről a fennálló problémák miatt eleve nem számíthattunk pontos, megbízható információkra. Ezért nem vállalkozhatunk a mellékjövedelem, különösen pedig a második gazdaságban való részvétel - egyébként is nehezen számszerűsíthető - szerepének elemzésére a rokkantak életszínvonalában. Figyelmünket inkább a munkavégzés tényének rehabilitációs jelentőségére fordítottuk.

Adataink alapján összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a rokkantak több mint egyharmada /36,4 százalék/ részesül rokkantnyugdíján kívül egyéb jövedelemben, majd kétharmada /63,6 százalék/ viszont nem. Mivel választorzítás csak a "nem" válasz esetében képzelhető el, így a mellékjövedelemmel ténylegesen rendelkezők körét a fenti adathoz némileg magasabbra becsülhetjük. Vizsgálatunk körében teljes munkaképtelenek nem szerepelnek, ezért a megítélésnél abból kell kiindulnunk, hogy a felvételben szereplő rokkantak döntő többsége valamilyen mértékű munkavégzésre mindenképpen alkalmas. Ennek tükrében az egy-harmados arányt a rehabilitáció igényeitől messze elmaradónak kell minősítenünk. Alapmegfigyeléseinket a tapasztalatok, és

egy részvizsgálatok eredményei is alátámasztják. A rokkantosítottak helyzetének elemzése arra a védekező munkáltatói magatartásra enged következtetni, amely elhárítja magától a rokkantak alkalmazásának kockázatát.

Adataink arra is felhívják a figyelmet, hogy a rokkantak körében rendkívül egyenlőtlenek a mellékjövedelem megszerzésének esélyei. Így a férfiak körében 40,4 százalék, a nőknél viszont mindössze 28 százalék az egyéb jövedelemmel rendelkezők aránya. Ennek magyarázata részben a rokkantosított nők, férfiakénál kedvezőtlenebb szakmai összetételében keresendő, de lényeges az is, hogy a nők kevésbé képesek kijárni, kiharcolni a munkaalkalmat. A társadalmi értékrendszer - amely a férfit tekintve családfenntartónak - könnyebben fogadja el, hogy a nő otthon maradjon, és kizárólagos keresete a rokkant-nyugdíj legyen. A problémát talán némileg enyhíti, hogy adataink kevésbé tükrözik a vidéki háztartásokban élő nők háztáji- és kisegítő gazdaságban végzett munkáját. Bonyolítja az értelmezést, hogy a nők egy része, bár produktív munkát nem végez, a családi szerepmegosztásban rendkívül fontos feladatok elvégzését tudja magára vállalni.

A különbségek életkori csoportonként is jelentősek. A negyven éven aluliaknál 44,1 százalék, az ezen felülieknél pedig 34,4 százalék az egyéb jövedelemben részesülők aránya. A viszonylag fiatalabbak magasabb arányát természetesnek tartjuk, azt viszont nem, hogy még a negyven éven aluliak több mint felének /55,9 százalék/ sincs mellékjövedelme. Az összes mellékjövedelemmel nem rendelkező rokkantnak viszont több mint negyötöde negyven éven felüli.

A vizsgálat megerősítette azt a feltételezést is, hogy a rokkantak pótlólagos jövedelemszerzésében, munkavégzési lehetőségeiben az állami szektor szerepe kisebb. A munkalehetőségek zöme spontán módon, a második gazdaságban szerveződik.

Amennyiben a kiegészítő jövedelmek alakulását a betegcsoportok szerint vizsgáljuk, az elmebetegek helye a rangsor végén felhívja a figyelmet a réteg - rokkantakon belül is - halmozottan hátrányos helyzetére. Elgondolkodtató a balesetet

szenvedettek közül pótlólagos jövedelemmel rendelkezők alacsony aránya is, hiszen üzemi baleset esetén rehabilitációs munkalehetőség biztosítására a munkáltatónak elvben komoly kötelezettségei vannak.

Felhalmozás, megtakarítás

A rokkantak életmódja, mindennapi életvezetésének szempontjából alapvető kérdés, hogy anyagi, tárgyi környezetük milyen lehetőségeket kínál számukra. Felhalmozási szintjük egyben életszínvonaluk lényeges jellemzője. Számukra ennek szerepe az átlagosnál lényegesen nagyobb, mivel napi tevékenységük zöme az otthon anyagi-tárgyi keretei között zajlik.

A felhalmozás értékelésénél az összefoglaló adatokra szorítkozunk. A háztartás felhalmozási szintjének becslése a háztartási gépek, az elektromos, kulturális cikkek, a közlekedési eszközök és - a lakást kivéve - az ingatlanok forintértékének összegezésén alapul. Az adatok közvetlenül és egyértelműen azt bizonyítják, hogy a rokkantak életszínvonala a jövedelmi helyzetüknél is lényegesen kedvezőtlenebb. Majdnem kétharmaduk egyetlen komolyabb értékű ingatlannal, vagy tartós fogyasztási cikkel sem rendelkezik. Több mint egynegyedük esetében egészen elemi hiányokkal lehet számolni. Ugyanakkor a rokkantak társadalmán belül egy széles, szegény réteg mellett egy viszonylag szűk, módosabb csoport is feltételezhető. Bizonyos, hogy a rokkantak valós életlehetőségei annál is kedvezőtlenebbek, mint amit a fenti adatok mutatnak. Esettanulmányok igazolják, hogy sokszor a családháztartás rendelkezik ugyan gépkocsival, vagy nyaralóval, de a rokkant ennek használatából ki van zárva.

Komoly problémáról árulkodik az is, hogy a háztartások nem egész egynegyede /23,3 százalék/ képes csak havi rendszerességgel valamilyen - többnyire szerény - összeget megtakarítani. Az adatok közvetlenül azt jelzik tehát, hogy rokkantakkal együtt élő családtagok több mint háromnegyede nem képes megtakarításra, feltehetően a rokkantsággal járó fokozott anyagi gondok miatt. A rokkantság - különösen egyes betegségecsoportoknál a betegség progressziójával együtt jár.

A család különösen egy-egy férfi kereső kiesését sinyli meg. Ezt jelzi a "család helyzete erőteljesen romlott" válasz férfiaknál lényegesen magasabb aránya. A rokkantaknak az anyagi helyzetükről vallott véleménye azt jelzik, hogy egyébként is súlyos gondokkal terhes életükben az anyagiak komoly feszültségforrást jelentenek.

III. A rokkantság és a munka kapcsolata

Kutatásunk folyamán megbízható helyzetképet kívántunk adni a rokkantak életutjáról, a rokkantságot előidéző viszonyokról, és azokról a változásokról, illetve változatlanságokról, amelyek a megbetegedéseket, megrokkánásokat elősegítik. Ezen belül is különös figyelmet szenteltünk a munkakörülményeknek és a munkahelyi ártalmaknak. Érdekelt bennünket továbbá, hogy az emberek tudatában hogyan tükröződik megrokkánásuk története, milyen okokkal magyarázzák megbetegedésüket.

Többségük emberi, társadalmi tényezőket jelölt meg tartós egészségkárosodása, rokkantsága okaként, melyek között feltűnően nagy arányban szerepelnek dramatikus, egyéni sorsfordulók, rossz munkakörülmények, munkahelyi ártalmak.

A munkaerőpiac hatásáról

Vizsgálatunkban szembetűnő tény a munkával, a munkahellyel kapcsolatos sok panasz. Ismeretes, hogy a rokkantosság magyarországi mértékében az egészségügyön kívül a munkaerőpiaci szempontok is lényeges szerepet játszanak. Elvileg igaz, hogy a munkának, a munkahelynek az életut, az életmód szempontjából elsődleges és meghatározó szerepe van. Nyilvánvaló, hogy a rokkantsági okok egy része vitathatatlanul és közvetlenül erre vezethető vissza /munkahelyi balesetek, foglalkozási megbetegedések stb./.

A magyarországi munkaerőhelyzet jelenleg olyan, hogy a társadalmilag szükséges munkamennyiség nagyobb része marxi értelemben vett "társadalmi kényszermunka", azaz megfelelő technika híján emberekkel kell élvégeztetni. Másképpen szólva: e

téren alapvető feszültség van az egyéni képességek és a társadalmi lehetőségek között. Ezt azért is lényeges hangsúlyoznunk, mert a gazdasági-társadalmi növekedés folyamata automatikusan nem kiküszöböli, hanem fokozza ezt a problémát. A munkával és a munkahellyel kapcsolatos okot kiemelkedően magas arányban olyanok említették, akiknek a betegsége ezzel szorosan összefügg.

Jellemző, hogy a listán azok a betegségek vezetnek, amelyek esetében a kiváltó ok világos, egyértelmű és közvetlenül belátható. Az áttételesebb összefüggésekkel jellemezhető betegségek némileg hátrább kerülnek. Ez azonban csak az arányokra igaz. Nagyságrendileg a legjelentősebb a rokkantságukat munkával, munkahelyi problémákkal magyarázók közül a sziv és érrendszeri megbetegedésekben szenvedők csoportja /10 százalék/. A második helyen a csontváz- és izomrendszer megbetegedéseiben szenvedők szerepelnek /6,7 százalék/.

Az életkort tekintve is található különbség, mivel a negyven éven aluliak az átlagnál sokkal magasabb arányban magyarázzák rokkantságukat biológiai, a negyven éven felüliek pedig társadalmi /munka és munkahelyi/ okokkal. /Ez utóbbiról később még részletesen szó lesz./ Nehezen eldönthető a kérdés: az eltérés magyarázata mennyiben tükrözi az egészségi állapot objektív tényeit, illetve a társadalmi tapasztalatot és a gondolkodás elhárítási mechanizmusát?

A társadalmi rétegződést tekintve a rokkantak körében legtöbb a betanított munkás, a segédmunkás, a szakmunkás és a mezőgazdasági dolgozó. Arányuk nyolcvan százalék, ami nagyjából megfelel a hazai stratifikációs arányoknak is. A vezetők és az értelmiségiek aránya tizenhárom százalék. A rokkantak utolsó foglalkozásának megoszlása az iskolázottságnak megfelelő képet mutat, zömük a társadalmi átlagot messze meghaladó, kvalifikálatlan, nem mezőgazdasági munkaerő.

A rokkantak megoszlása az utolsó foglalkozás
szerint, nemenként /%/

	Vezető állásu, értel- miségi	Egyéb szel- lemi	Közvet- len terme- lésirá- nyító	Szak- munkás	Beta- nitott munkás	Segéd- munkás	Mező- gazda- sági fizi- kai
Férfi	3,7	4,3	4,1	27,7	27,7	20,5	9,9
Nő	5,5	17,9	1,4	8,9	35,5	18,6	10,3
Összesen	4,3	8,7	3,3	21,7	30,2	19,9	10,0

A mezőgazdasági foglalkozásuk alacsony aránya több tényezővel is magyarázható. Nem arról van szó, hogy körükben a betegségek kevésbé fordulnak elő, hanem arról, hogy a társadalombiztosításba való bevonásukra sokkal később, és szűkebb körben került sor. Ehhez társul, hogy nekik minden korhatáron túl ragaszkodniuk kellett az aktív munkaviszonyhoz, hogy egyáltalán nyugdíjat kapjanak a tsz-től. Másrészt a falu hagyományos, máig ható erkölcsi szerint a munkaképtelenség bűnnek, erkölcsileg megvetendőnek számított. Normáiba a rokkantosság nem fért bele. Feltételezésünk szerint a mezőgazdasági népesség körében a rokkantosság aránya az indokoltnál alacsonyabb.

A szellemi foglalkozásuk viszonylag alacsony aránya arról is tanuskodik, hogy a rokkantosság mechanizmusa nem csupán valamely objektív betegségi állapotnak a visszatükröződése, hanem erősen összefügg a társadalmi státusszal és a munkaerőpiaccal. Ide tartozik az is, hogy az alacsonyabb státuszuk kevesebbet veszíthetnek, sok válogatási lehetőségük nincs a munkák közt, "Szívesebben" választják a rokkantosságot.

Meglepő, hogy a vezető állásuk, az értelmiségiek aránya a nők között magasabb. Ez valószínűleg nem arra utal, hogy az értelmiségi nők a férfiaknál hajlamosabbak a megbetegedésekre, hanem inkább arra, hogy a nők a dupla teherrel járó megterhelést - család és vezetés - talán kevésbé bírják. /Meg kell je-

gyeznünk, hogy Magyarországon a nők aránya még mindig alacsonyabb a vezetésben, így maga a probléma egyelőre csak jelzésként értelmezhető./ Az egyéb szellemi foglalkozású nők körében a magasabb arány - a népességi átlag alapján - várható volt, bár a majdnem 18 százalékos részesedés tulságosan magasnak mondható.

A fizikai foglalkozásuk esetében a segédmunkások nemek szerinti megoszlása lényeges különbséget nem mutat, ugyanakkor feltűnően kevés a női szakmunkás. A nők alacsonyabb szakképzettségi színvonalát és kevésbé kvalifikált foglalkoztatását általában negatív tényként kell értékelni. Ugyanakkor ismételt elhelyezkedésnél ezek a hátrányok - a jelenlegi munkaerőkeresleti struktúra miatt - sokszor könnyebbséget is jelenthetnek a szakképzett férfiakkal szemben.

A munkával kapcsolatos problémák

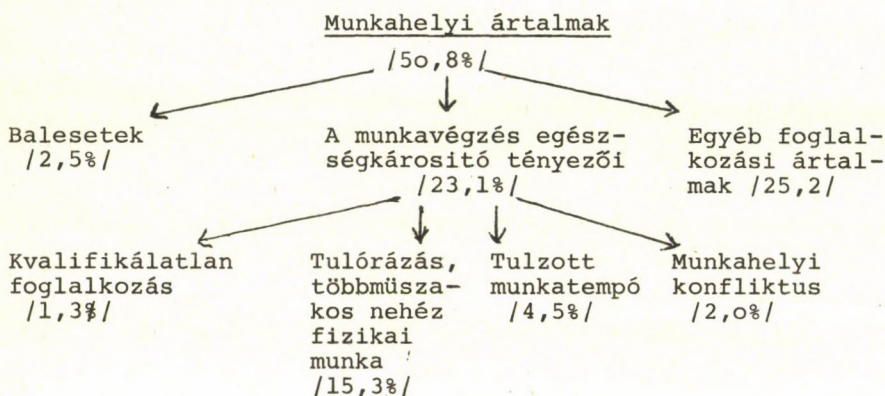
Az utóbbi években csökkent a munkaidő. De vajon a szó valódi értelmében is beszélhetünk-e megnövekedett szabadidőről? Vizsgálatunk adatai nem ezt tükrözik, hiszen a rokkanttá váltak többsége naponta és hetente tulórázott, sőt a hétvégeken is vállalt munkát. Ilyen körülmények között a szabadidő nem örömszerző, önmegvalósító tevékenységgel telt el, hanem hajszolt, idegfeszítő munkával. Jellemző, hogy az utolsó munkahelyén tapasztalt munkatempót a megkérdezettek ötvenkét százaléka hajtósnak, huszonegy százaléka kiegyensúlyozottnak, huszonkét százaléka pedig időnként kiegyensúlyozottnak, illetve hajtósnak ítélte. Ez a szubjektív véleménycsokor tükrözi az egészségi állapot romlása miatt csökkenő teljesítőképességből adódó érzékelést is. De nyugodtan megkockáztathatjuk azt a feltevést is, miszerint a teljesítménybérben vagy az egyéni órabérben dolgozók másként mint hajtós munkatempóval, nem tudták volna a pénzüket megkeresni.

A rokkantsághoz vezető okok magyarázata

Részletesen kell foglalkoznunk a munkahelyi ártalmakkal, mert vizsgáltjaink többsége /50,8 százaléka/ munka közben el-

szenvedett különböző károsodásokkal magyarázta megrokkanasát. A többváltozós elemzések és mélyinterjúk alapján megállapítható, hogy a megbetegedések és megrokkánások társadalmi okai közt döntő jelentősége van a munkahelyen, munka közben elszenvedett károsodásoknak, melyek a legtöbb esetben a munkáltatók felelőtlenségéből, az elavult technológiából, a hiányosan vagy rosszul alkalmazott munkavédelmi berendezésekből, továbbá a munkaerő kiszolgáltatott helyzetéből adódnak. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azonban a személyiségvonásokat sem.

A következőkben részletesen mutatjuk be azokat a munkahelyi ártalmakat, amelyekre a rokkantak hivatkoztak.



A rokkantságot előidéző faktorok a munkáltató és a munkavállaló hibájából egyaránt előállhatnak. Az esettanulmányok szerint azonban a legtöbbször a munkáltató a felelős.

A tartós tulórázás, a több műszak, a nehéz fizikai munka, az erőltetett, hajszolt tempó együttes jelenléte esetén a rokkantság esélye már husz százalékra tehető. A munkahelyi konfliktusok két százalékkal emelik a rokkanttá válás valószínűségét. Ez az arány nem nagy, azonban veszélyessége miatt nem hagyhatjuk figyelmen kívül, és jelzik, hogy a munkahelyi ártalmak mélyebb okainak feltárására nagy szükség lenne.

Munkavállalásra többnyire objektív körülmények kényszerítették az embereket. Társadalmi, gazdasági és réteghelyzetük alapján választottak, illetve a település, ahol éltek, másfajta

munkalehetőséget nem kínál számukra. Sokan kényszerültek erejükön felül dolgozni a munkáltatók helytelen szemlélete, a szervezetlenségből eredő hiányosságok, nemtörődőségek miatt.

A szakemberek széles körben vitatják, hogy az üzemi baleset mennyiben tulajdonítható a tárgyi feltételek hiányának /megfelelő és korszerű védőberendezések/, és mennyiben az emberi tényezőknek /tudatlanság, a felelősség hiánya stb./? Az esetek többségében - ha már megtörtént a baj - a dolgozó rendszerint elismeri a felelősségét. A gond az, hogy gyakran akkor is megteszi ezt, amikor a baleset létrejöttében alig-alig vétkes. A rokkantakkal folytatott beszélgetések arról győztek meg bennünket, hogy a munkáltató felelősségét gyakrabban kell első helyre tennünk. Többek között azért is, mert a legtöbb balesetnél vagy a technikai védőberendezések vagy a törődés, az odafigyelés hiányzott.

Kutatásunkkal egyértelműen bizonyítottuk, hogy a balesetek elsősorban bizonyos társadalmi réteghez tartozókat sújtanak. Többségükben alacsony iskolai végzettségű, kulturálatlan segédmunkás vagy betanított munkás. A balesetet szenvedett vizsgáltjaink 52 százaléka a bányaiiparból, 26 százaléka a gépiparból és 11 százaléka az építőiparból került ki. A munkahelyi balesetet szenvedettek között sokan kétlaki életet élnek. Ők, noha gyökereikben megmaradtak a mezőgazdaságnál, a biztosabb jövedelmet jelentő iparban helyezkedtek el. Elsősorban a rövidebb vagy hosszabb távra ingázók szenvednek munkahelyi balesetet.

Az elmúlt években egyre több olyan statisztika, publikáció látott napvilágot, mely a munkahelyi balesetek terén bekövetkezett javulásról adott hírt. E statisztikák igazát nem vonhatjuk kétségbe, viszont azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, amiről beszámoltak a rokkantak. Például azokat az egészségkárosító állapotokat, amelyek feltételezésünk szerint is törhetetlenek. /Lehet, hogy a statisztikák javultak, de a körülmények alig./ Többségük még évek múlva is megrendítően és elítélően nyilatkozott arról, hogyan próbálta a munkáltató elutasolni a munkahelyi balesetet. Legtöbb esetben "meggyőzik" a

a dolgozót, tudva azt, hogy az illető tájékozatlansága, alacsony intellektusa miatt elfogadja a munkaadó ajánlatát.

Utoljára hagytuk a gondok sorában a munkahelyi ártalmak közül az ugynevezett "egyéb" foglalkozási megbetegedéseket. Vizsgálatunkban 25,2 százalék az arányuk. Az egyéb foglalkozási megbetegedések között elsősorban a mérgező anyagokat, a nedvességet, a zajt, a port, a tulságosan nagy meleget említették a rokkantak. E károsodások szinte kizárólag a társadalmi munkamegosztás alacsony szintjén levőket, főként a segéd-, és betanított munkásokat érintik, tekintet nélkül nemükre. Megbetegedésük, megrokkánásuk okának vegyszeres, mérgezett levegőt jelölt meg 32 százalékuk, állandó nyirkos hideget 15 százalékuk, zajártalmat 10 százalékuk.

Ellentmondásos gyarapodás

Fontos tény, hogy a populáció fele nem biológiai elváltozásokra, nem veleszületett betegségekre hivatkozott, hanem konkrétan megfogalmazta azokat a munkahelyi ártalmakat, amelyek a tartós egészségkárosodást, a rokkantositást kiváltották. Az objektív esélykülönbségek tükröződnek a látszólag szubjektív válaszokban. Ezek a prevenció szempontjából további vizsgálatokat érdemelnének.

A rokkantak zöme jól körülírható munkahelyi ártalmat jelölt meg betegségének okaként. Nem véletlenül. Az ember életútjában döntő szerepe van a munkának, a munkahelynek. Hazánkban - évszázadok óta először - a hatvanas-hetvenes években nyílt meg a javak fölhalmozásának lehetősége a tömegek előtt, ideértve a hátrányos helyzetűeket is. Gyarapodásuk akkor szinte kizárólag a munka, a munkahely megválasztásán keresztül valósulhatott meg. /Mára tágultak a lehetőségek./ Anyagi helyzetükön, életszínvonalukon leggyorsabban a legnehezebb munkától, a több és jobban fizető munka vállalásával változtathattak az emberek. Így léphettek a felemelkedés útjára. Ilyen munka mindenekelőtt a fővárosban és a nagyobb városokban, az iparban kínálkozott, ezért hazánkban hihetetlenül gyorsan szakadt meg a hagyományos falusi életforma és lépett helyébe egy új, sokak

számára teljesen idegen városi lét. A rövid idő, az emberek kiszolgáltatottsága nem tette lehetővé a gyors alkalmazkodást az ipari társadalom életformájához. Hiányzott és ma is hiányzik az ipari munkakultúra, mely megakadályozná, hogy az emberek tömegei tartósan egészségkárosodottakká, rokkantakká váljanak. Tisztában vagyunk azzal, hogy hagyományosan agrárjellegű népességünk ma is a paraszti világhoz áll közelebb, gyökereibe ivódott a mezőgazdasági munka kulturája. Megválni tőle sokak számára képtelenség. Bizonyíték erre az is, hogy sokan - olykor kényszerből - ingáznak, kétlaki életet élnek. E kétlakiság, a be nem fogadott ipari kultúra, a tulhajzsoltság gyakran oka megrokkánásnak.

Ma már nem hiszünk a feltevéseknek, hogy az emberek többsége azért megy rokkantnyugdíjba, mert így jobban megtalálja a számítását. A rokkantosítást választja akkor is, amikor az egészségi állapota ezt nem teszi szükségessé. Az, hogy az emberek többsége eltulozza a megbetegedéséhez vezető okokat, vizsgálatunk során nem igazolódott be.

A rokkantsági nyugdíjasok foglalkoztatása

A rokkantsági nyugdíjasok gazdasági aktivitása - munkavégzése - a gazdaságban három formában jelentkezik:

- a nyugdíj folyósítása mellett, társadalmilag szervezeten;
- a lakosság egymás közötti gazdasági kapcsolataiban;
- saját felhasználásra kerülő munkavégzésben.

Annak ellenére, hogy a megkérdezettek többsége hosszabb ideig dolgozott az utolsó munkahelyén, csupán 46 százalékuknak van legalább formális kapcsolata egykori munkáltatójával. Rokkantnyugdíjasként mindössze 8 százalékuk dolgozik a volt munkahelyén, legtöbbször olyan munkakörben, amelyekben roppant nehéz pótolni őket. Ez egyoldalú érdekütköződést jelez, hiszen a vizsgálatok közel egyharmada ismételten, társadalmilag szervezett formában és rendszeresen dolgozik, de új munkahelyen. Nincs tehát tartalmas kapcsolat a volt munkahely és a rokkant-

nyugdíjas között, mert a szakszervezeti tagdíj befizetése, az évi egyszeri nyugdíjas találkozó aligha nevezhető annak. Jellemző, hogy 54 százalékuk teljesen megszakította a kapcsolatot régi munkaadójával. /Igaz, javarészüik ingázott korábban./ Sokuknál viszont egykori munkahelyük minden közeledés előtt elzárkózott.

A munkát nem vállalók között feltűnő két különbség. Az egyik, hogy sokuk egészségi állapota annyira romlott, hogy már képtelen bármilyen jövedelmet biztosító munkát végezni, legfeljebb a háztartásban segédkeznek. A másik, hogy vannak akik a lehetőségek híján kényszerülnek téttlenségre. A lehetőségeket elsősorban a település és a munkaerőpiac határozza meg. A megszokott életritmus, a pszichológiai, fiziológiai egyensúly fölbojlása az egyén és a társadalom normális kapcsolatában változást hoz. Ez - az egészségi problémákon túl - a családot és a társadalmat egyaránt érzékenyen érinti. A nem dolgozó rokkantak sorsának rendezése csak átfogó szociálpolitikai intézkedéssel képzelhető el.

IV. Összefoglalás

A kutatás adataiból világos, hogy a rokkantsághoz vezető utat döntően ugyanazok a társadalmi tényezők befolyásolják, amelyek a társadalmi struktúra működését általában. Ezért a rokkantak esélyeit döntően befolyásoló tényezők: a nem, az életkor, a lakóhely, a társadalmi munkamegosztásban elfoglalt hely, az iskolai végzettség és az életszinvonal.

Ugy véljük meglehetősen részletes elemzéssel mutattuk be a rokkantak életmódját-életvitelét, lehetőségeik jellemzőit. A megkérdezettek élete jól tükrözi a rokkantak sajátos ökológiai helyzetét. Arasznyi mozgásterük, zárt világuk, megromlott egészségi állapotuk miatt a szociális elszigeteltség állapotában élnek. Cselekvési körük meghatározott, és főleg beszűkült, amelyben nem kis szerepe van a település jellegének. Többségük számára kevés, vagy teljesen hiányzik, a megfelelő és elfogadható munkaalkalom. Kutatási eredményeink azonban arra is felhívják a figyelmet, hogy még az objektív feltételek meglétekor

sem csupán mentálhigiénés, hanem jelentős társadalmi probléma a rokkantak foglalkozási rehabilitációja. Tudjuk, hogy a munkaerőpiac "észérvei" szerint vitathatónak tűnhet fel a rokkantak foglalkoztatása és rehabilitációja, de egy magát emberközpontunak hirdető társadalomban nemcsak piaci törvények diktálhatnak. Az rintettek jelentős száma szakképzetlen munkás. Ez a réteg nagyon rövid idő alatt kénytelen volt az ugynevezett "gyalogmunkásból" ipari munkássá válni. Ilyen gyors és nagyléptékű váltásra egyetlen társadalmi réteg sem képes anélkül, hogy nagy árat fizessen.

Sikerült a rokkant népesség két jellemző típusát meghatározni. Az egyiknél halmozódnak a hátrányok. Meghatározó hátrány maga a település, mert többnyire ebből fakadnak a kulturális, anyagi és egészségügyi gondok, s a település határolja be a változtatás lehetőségeit is. Az ebbe a körbe tartozóknak kevés a választási lehetőségük, napjaikat a minimális cselekvés jellemzi. Nem dolgoznak. Társadalmi méretű rehabilitációjukkal senki sem törődött, önmaguk rehabilitálására pedig képtelenek. Tevékenységük a vegetatív teendőkre szorítkozik /esznek, alsznak/. Kitekintésük a világra nincs. Alapvető szükségleteik kielégítése és a betegségük lekötő kevéske energiájukat. Föl sem mérik sorsukat, életüket. A társadalom - sokuknál a családi élet - építésére, alakítására már semmi lehetőségük.

A másik típusba tartozók több alternatívával rendelkeznek. Cselekvési körük nem annyira kötött. Lehetőségük van munkavégzésre, igaz gyakran nem a végzettségüknek, képzettségüknek megfelelően. Ők anyagi és vagyoni szempontból is kedvezőbb helyzetben vannak. Ritkán magányosak, mivel a munkahelyen közösségekben vannak, meleg emberi kapcsolatokra, barátokra is szert tehetnek. A munka és a munkahelyi társaskapcsolatok elfelejtetik velük másságukat, rokkant állapotukat, és ráébreszthetik őket arra, hogy nem feleslegesek.

Az első típusba tartozóknál azok is jobb helyzetben vannak, akik önmaguk rehabilitálását a második gazdaságban oldották meg. Ezeknél kialakulhat a kapcsolatoknak egy olyan új rendje, amely képessé teszi őket arra, hogy a későbbiekben a társadalmi munkamegosztásban is megtalálják a helyüket. /Pél-

dául új munkát, vagy munkahelyet keressenek./ Ezért is soroltuk őket a második típusba tartozóknak. Nekik energiájuk, s főként lehetőségeik, gondolataik, ötleteik, javaslataik vannak önmaguk és a hozzájuk hasonló tartós egészségkárosodásban szenvedők életének, sorsának megkönnyítésére, betegségük elvisselésére.

GARBACZ TERÉZ

TAPASZTALATOK, TANULSÁGOK A PESTHIDEGKUTI
LAKÓTELEPEN

A mozgáskorlátozott emberek életutjának, társadalmi beilleszkedésének jellemzőit vizsgálva érthető módon megkülönböztetett érdeklődéssel fordultam a pesthidegkuti lakótelep felé.

A lakótelepen élők egy-egy kivételtől eltekintve valamennyien hosszabb ideig voltak a Marcibányi téri, illetve a Május 1. uti Állami Szociális Intézetben. /A kivételek házastársként kerültek a lakótelepre, de ők is mozgásukban korlátozott emberek./

A tervek

A telepen élő emberek emlékezete a lényegre vonatkozóan azonos módon őrzi a telep létrehozatalának előzményeit.

A Marcibányi téri intézetből indult el az ötlet az 1983-as megvalósításig. Vannak akik úgy tudják, hogy az intézet volt igazgatónöje pályafutása méltó befejezéseként tervezgette növendékei önálló, szuverén életének elindítását, mások szerint a fiatalok fogalmazták meg először a saját otthon iránti igényüket.

Az "anyaintézet" melletti szabad telken szerettek volna felépíteni egy többszintes garzonlakásos házat, melyben legalább 2 lift lett volna és megtartotta volna közvetlen kapcsolatát az intézettel.

A megvalósítás első lépései nehézségekbe ütköztek, amikor is az intézet KISZ-instruktora átvette az ötletet; jelentősen módosította, majd mindent elkövetett a realizálás érdekében.

Az új terv a teljes önállósulást tűzte ki célul, távol az intézettől, egyszintes, speciálisan kiképzett házakban, lakásszövetkezeti formában, munkaalkalmat is adó foglalkoztató felépítésével együtt.

A lakásszövetkezeti tagság feltétele 50 ezer forint - tehát előteremthető összeg - befizetése, valamint a lakásnagyságtól függően 400-450 ezer forintos OTP-hitel törlesztésének vállalása volt.

Az előzetes tervek szerint a fiatalok rokkantsági nyugdíja elegendő a törlesztésekre és a fenntartási költségekre, fizetésük pedig a megélhetésre. A minimális szükségletek fedezhetők az önállóságra vágyó emberek jövedelméből. A terv akár racionálisnak is mondható. A jelek szerint minden adott volt, amire egy önfenntartó közösségnek szüksége lehet.

A megvalósulás

Rengeteg energiával, különböző intézmények, valamint a KISZ-szel, s egy széles profilu szövetkezettel együttműködve 1983 nyarára felépültek a házak, kompletté lett a foglalkoztató.

Az egész komplexum a II. kerület ritkábban lakott területén épült, hangulatos környezetben. Egészséges lábú ember számára valóban ideális hely ez az enyhén emelkedő domboldal.

Eredetileg fűszerüzletet is terveztek a lakótelep közelébe, de ez nem készült el. Közéért kb. 1 1/2-2 km-re található, a lejtő aljában.

A lakások 2 és 3 szobásak, küszöb nélküliek, az ajtók a fal síkjában nyílnak. A lakáson belüli közlekedés kereskeskocsival is zavartalan. A mellékhelyiségek tágasak, megfelelő mozgást tesznek lehetővé. A kereskeskocsi számára tárolót készítettek ki, amit mindenki arra használ, amire éppen szüksége van. A konyha beépített, jól kezelhető, a mosogató és a vízcsap kivételével. /A csapok nyitása, zárása nehézséget okoz azok számára, akiknek a keze nem működik elég jól, nem tudja a karját, kézfejét több irányba mozditani, erőt kifejteni. A mosogató magassága nem megfelelő minden szobai kocsitípus esetében./ Éléskamrát nem terveztek a lakásokhoz. Parányi kertek tartoznak a házakhoz, melyeket a legváltozatosabb módon hasznosítanak a tulajdonosok.

A telep lakóit a gazdasági társulásként szerveződött foglalkoztató /Rodáta/ hivatott munkával ellátni. A foglalkoztató gesztora a termelőszövetkezet. A gazdasági társulás közös tőkealapjába a lakásszövetkezet beadta azt az autóbust, melyet korábban jutányos áron közösen vásároltak, és amit egy szocialista brigád állított helyre. A busszal kapcsolatos tulajdonjog meglehetősen tisztázatlan, mivel nem minden lakó tagja a Rodátának és a Rodáta nem minden dolgozója lakik a telepen, illetve nem tagja a lakásszövetkezetnek. A buszt mindenesetre mint a foglalkoztató tulajdonát működtetik, ami azzal jár, hogy aki máshol dolgozik, az nem veheti igénybe a buszhoz kapcsolódó szolgáltatásokat.

A lakók csökkentett munkaidőben dolgoznak, napi bevásárlásaikat a busz vezetője intézi, a nagyobb vásárlásokhoz rendelkezésükre áll a busz, és a telepen kapott lakást az intézet gyógytornásznoje, aki segíthet annak, akinek szüksége van rá. Valójában azonban a segítség különböző formái feltételekhez kötöttek, a gyógytornászno ténykedéséről pedig csak kevesen hallottak, főleg a közvetlen szomszédai.

A telep lakói

A telepre két szociális intézetből költöztek ki a fiatal felnőttkor végén, a középkor elején lévő emberek, akiknek mozgáskorlátozottsága eléri a súlyos fokozatot. /El lehet tekinteni az 1-2 kevésbé károsodott ember kiemelésétől, mert szinte egyáltalán nem módosítják az összképet./

A lakók többségének Heine-Medin következtében, néhányuknak izomsorvadás miatt, míg 2 személynek baleset miatt korlátozott a mozgása. Közös vonásuk, hogy állapotukban nem lehet javulásra számítani; romlásra viszont annál inkább. /Ezzel ők maguk is tisztában vannak, ezért minden erejükkel jelenlegi állapotuk megőrzésére törekednek./ A telep arculatát meghatározó többségük kerekescocsival képes közlekedni mind a lakásban, mind azon kívül.

A telep lakóinál a kamaszkori intézetbe kerülés tekinthető tipikusnak. Gyerekkorukra a hosszabb-rövidebb ideig tartó kör-

házi ápolások, műtétek jellemzőek, de életüknek ebben a szakaszában legalább családban éltek. Néhányan közülük - akik kisgyermekkorban elszakadtak szüleiktől - még fájdalmasabb élmények "birtokosai". Intézetbe kerülésüket mindegyikük tudatos döntésként, saját elhatározásukból bekövetkezett változásként mondta el. Az itt töltött időt szükségesnek, elkerülhetetlennek tekintik, bár bírálják az intézeti nevelést.

Ezek a fiatalok az intézeti évek alatt végezték el a középiskolát; foglalkoztak valamilyen szakma betanulásával. A szakmai képzés a rehabilitációs átképzéshez hasonló formában valósult meg, vagyis valamelyik vállalattal munkaviszonyba léptek, és mint a vállalat dolgozói kapták meg az oktatást meghatározott szakmában. /Mármint a vállalat által meghatározott szakmában./ A Marcibányi tériek között olyan is van, aki több szakmát tanult meg ily módon, attól függően, hogy az évek során miként változtak a szerződő vállalatok és ennek függvényében a "szükséges" szakmák. A több szakma tanulása természetesen előnyt is jelenthetne, ha dokumentálható szakképzettséget jelentene a fiataloknak.

A szakmai betanításnak azonban csak egyik feltétele a munkaviszony, a másik meghatározó az intézet/ek/ tárgyi felszereltsége, valójában a felszereltség hiánya. A kényszerből kialakult gyakorlat viszont azzal a vitathatatlan haszonnal járt, hogy lehetőséget biztosított a rokkantsági nyugdíjhoz szükséges munkaviszony megszerzéséhez.

A Pesthidegkútra kiköltözők mintegy háromnegyede a gépi adatrögzítést kezdte megtanulni az építkezések beindulásával párhuzamosan, vagyis a lakáshoz, otthonhoz jutás hozzárendelődtt egy meghatározott foglalkozás ismereteinek elsajátításához, pontosan úgy, ahogy az intézeti évek alatt történt a szakmai képzés.

Lakni természetesen mindenkinek kell, de nem biztos, hogy mindenkinek megfelelő munka az adatrögzítés; akár az egyéni adottságait, képességeit, akár jelenlegi mozgásképességét vagy annak várható alakulását vesszük alapul.

A Marcibányi téri intézet pszichológusa végzett ugyan különféle

alkalmassági vizsgálatokat, de ennek eredményeit sem a telep szervezői, sem az érintett fiatalok nem voltak hajlandók figyelembe venni. A fiatalok részéről teljesen érthető volt az ellenállás, hiszen egy kedvezőtlen vizsgálati eredmény a szabad életbe való kijutásukat veszélyeztethette volna.

A Rodáta és a lakásszövetkezet vezetésével megbízott fiatal ember pedig /azonos a KISZ-instruktorral, bár lakásszövetkezeti tisztjét hivatalosan később leadta/ még az első problémák jelentkezése után is úgy nyilatkozott, hogy őt nem érdeklik az ilyen "tudományos" vizsgálatok.

Szervezeti felépítés

Pesthidegkuton előállt egy modell, mely ha jól működik, igazolhatja az intézeti rehabilitáció sikerességét, a mozgáskorlátozott emberek alkalmasságát a teljes önállóságra, továbbá azt, hogy a szociálpolitika megvalósítható nyereséges vállalkozás formájában is. A gazdasági társulás nyereségorientált, a lakásszövetkezet önfenntartó, a korábban intézeti ellátást igénylő emberek önellátóak.

A struktúra mellérendelődő szervezetek rendszereként működhetne, de a lakásszövetkezet és a gazdasági társulás vezetője több mint egy évig ugyanaz az ember volt, aki a termelőszövetkezet egyik igazgatójaként a szövetkezet vezetőségének is tagja. Valójában tehát hierarchiába rendeződött; egyszemélyi vezetéssel. /A szervezetek összetartozásának szorossága 1985 tavaszán mintha kezdett volna fellazulni - legalábbis formai szempontból -, de ennek kedvező hatása a felvételek és interjúk idején még nem volt érzékelhető, sőt újabb konfliktusok jelentkeztek./

Kettősségek, ellentmondások jellemzik a 3 szervezeti egység szabályait, működését. Nehezíti a tisztánlátást, hogy a lakásszövetkezet és a foglalkoztató működésére vonatkozó dokumentációhoz nem lehetett hozzájutni. Szóbeli tájékoztatások és a telep lakóinál meglevő első, tehát a lakásépítő és fenntartó szövetkezet részére összeállított szabályzat alapján kísérelhető meg az értelmezés.

A lakásépítő- és fenntartó szövetkezet szabályzata

A szövetkezet testületi összetétele a két szakaszban folyó építkezés ideje alatt két lényeges ponton tért el a szokásosan alkalmazott szabályoktól. Részben a testületi szervek kialakításában, részben azok személyi összetételében.

Az általános gyakorlattól eltérően szövetkezeten kívüli tagokkal hozták létre a Jogi és Gazdasági Intéző Bizottságot, melynek jogai lehetővé teszik a szövetkezeti tagok életébe való beleszólást is. Az sem felel meg az előírásoknak, hogy az igazgatóság élére olyan ember kerüljön, aki nem tagja a lakásszövetkezetnek.

Magyarázható az eljárás a szövetkezeti tagok mozgásképeségének korlátozottságával, ami akadályozta őket az építkezés, költözés körüli tennivalók elintézésében, ezért olyan embereknek kellett jogokkal rendelkezniök, akik képesek voltak eljárni a különféle ügyekben. Ez az érvelés elfogadhatónak látszik, valamiért azonban mégsem hiteles.

Ha minden fontos kérdésben kívülállók intézkedtek, miként érvényesült az érdekeltek közös akarata, milyen módon tájékoztattak az őket érintő események alakulásáról, hogyan tudták kontrollálni az ügyek lebonyolítását?

Ha viszont meg volt a folyamatos tájékoztatás, beleszólási és kontroll lehetőség, miért nincs jóval több írásos nyoma az eltelt időszak történéseinek? Ha mindenről tudtak, miért fogadták el a nem teljesen egyértelmű Alapszabályt? A módosítás miért nincs mindenkinek a kezében?

Néhány pont az Alapszabályból, mely nem igazán érthető:

- A fenntartó tevékenységek között szerepel a karbantartáshoz szükséges szervezet létrehozása és működtetése. Kár, hogy magáról a szervezetről nincs részletesebb leírás.

Az eredeti tervben 90 lakás szerepelt, ami nagyjából megfelel egy panelháznak. Teljes képtelenség folyamatosan ellátni munkával akár csak 2-3 szakembert is ennyi lakás esetében. Milyen feladatra szánták a szervezetet, miből akarták fizetni a munkásokat? Szerencsére a "szervezet" még nem jött létre.

- A közgyűlés hatáskörét leíró pontok között szerepel "a lakásszövetkezet munkaszervezetében dolgozó magasabb vezetőállásuk díjazásának megállapítása". Bárkit kérdeztünk, nem tudott a díjazásról, de arról sem, hogy ez egyáltalán létezik, ugyanis az évi kiadásokról nem kapnak részletes, írásos elszámolást.

- Nem szerepel az igazgatóság feladatai és jogai között a munkáltatói jogkör gyakorlása, így nem világos, milyen alapon vette fel az udvarost/házfelügyelőt a közgyűlés megkérdezése nélkül.

- A szövetkezet zavartalan működéséhez szükséges személyi feltételekre vonatkozó elképzelések és azok részleges megvalósítása már inkább fellelő, de semmiképp sem racionális.

Az Alapszabály módosítása még bonyolultabbá, áttekinthetlenebbé tette a helyzetet, illetve növelte az igazgatóság jogkörét, ami egyben a lakásszövetkezeti tagsággal járó jogok gyakorlását korlátozta.

Az Alapszabály szerint új tagok felvétele a szövetkezet joga, az Egészségügyi Minisztériummal szemben vállalt kötelezettségek teljesítése után. A módosítás szerint az igazgatóság jogosult "az új tagok felvételéről dönteni", majd a következő pontban az szerepel, hogy "állástfoglal a közgyűlés elé terjesztendő felvételi javaslatról." Dönt vagy javasol az igazgatóság? Nem derül ki a szövegből, de az sem, hogy mikor dönt és mikor csak javasol.

Legkritikusabb a tagsági viszony megszüntetését /megszűnését/ szabályozó részt kibővítő h./ pont, melynek két bekezdését idézni kell.

"A saját lakásában élő lakásszövetkezeti tag, aki valamilyen oknál fogva alkalmatlan az önálló életvitelre, értekesítés esetén köteles a lakást a szövetkezetnek visszavételre felajánlani, azzal a feltétellel, hogy a Gazdasági- Jogi Intéző Bizottság /GJIB/ biztosítja részére az állapotának megfelelő intézeti elhelyezést."

"Az önálló életvitelre való alkalmasságot a GJIB által felkért szakértői bizottság dönti el, melynek alapján a lakásszövetkezet igazgatósága jogosult intézkedni."

Az Alapszabály még csak fizetéseképtelenség esetén beszél a szövetkezeti tagság megszűnéséről, az önálló életvitelre való alkalmatlanságot nem említi. Érthetetlen miért szabályoz egy kérdést a lakásszövetkezet, amikor érvényes rendelkezések írják elő az intézeti elhelyezés lebonyolítási módját valamennyi állampolgárra vonatkozóan. /Kivétel a kényszer intézeti elhelyezés, elsődlegesen elmebetegek esetében./ Ugyanakkor az általános előírás jóval egyszerűbb, mint a fent idézett eljárás, mely bonyolultsága ellenére is hiányos.

Nem tér ki pl. arra, honnét tudja meg a GJIB - melynek a KISZ KB-tól és a Szociális Intézetek Központjától delegált emberek a tagjai - hogy kinél kétséges az önálló életvitelre való alkalmasság? /A kifejezés egyébként döntéseképtelenséget is magába foglal, így az elmebetegekre vonatkoztatva szokásos a használata./

Milyen szakértői bizottságot kér fel? Honnét kapta a felhatalmazást a körzeti orvosi feladat- és jogkör átvételére?

A tisztázatlan kérdések csak újabb feltevést sugallnak. Lehetséges, hogy a GJIB saját maga, netán a szövetkezet vezetőinek javaslata alapján, a lakástulajdonos szándékától függetlenül is kezdeményezheti az intézeti visszahelyezést? És milyen kritériumok alapján? Honnét származik a GJIB törvények feletti hatalma?

A vezetők és a lakók kapcsolata

Érdekes jelenség, hogy a telepen felmerült problémák megoldásához a lakók többször is a sajtó segítségét kérték. Így történt ez a legutóbbi konfliktus esetében is.

A telep lakóinak jelentős hányada egy év tapasztalatainak birtokában úgy gondolta, szükségük lenne időnként szociális gondozónő segítségére. Különösen a kisgyermekes családok érezték fontosnak, hogy legyen kihez fordulniuk. Kérésük teljesítéséhez a II. kerületi tanács gondozói létszámát bővíteni kellett volna, ezért a kérés tovább került a Fővárosi Tanács Egészségügyi Osztályához, melynek joga van biztosítani a hiányzó stá-

tuszt. A létszám bővítéshez szükséges volt az Egészségügyi Minisztérium hozzájárulása is.

A telepen élők kérését hallva mind a Minisztérium, mind a Tanács illetékes munkatársa elmondta, hogy ők már induláskor felajánlották a 2 gondozói státuszt, de akkor visszautasították a lakásszövetkezet vezetői. A szövetkezet vezetősége kintartott álláspontja mellett.

Jó lett volna megtudni, miért ellenezte a gondozói támogatást a lakásszövetkezet vezetősége épp úgy, mint a Marcibányi téri intézet vezetője, de érdembeli választ nem sikerült kapni. Mondandójuk lényege: a telepre kiköltöző emberek önálló, segítség nélküli életvitelre vállalkoztak, azt ígérték meg, erre képesek is, semmi szükség gondozónőre. Aki beteg, menjen vissza az intézetbe.

Amikor az ügy elért a megvalósulás stádiumába, a lakásszövetkezet volt vezetője /kb. ebben az időszakban már a korábbi gondnoknő volt a szövetkezet elnöke/ 3-4 ember aláírásával tiltakozó levelet juttatott el a Fővárosi Tanácshoz - szerencsére eredménytelenül. A lakókat pedig közgyűlésre hivatta, ahol arra a bizonyos h./ pontra^{x/} hivatkozva kemény szemrehányásokkal illette az embereket.

A gondozónői státuszokat betöltötték, lenne, aki kimenjen a telepre, de az ott élők nem merik a segítséget kérni.

Miközben a tanácsi támogatás ilyen vehemens tiltakozást váltott ki, a foglalkoztató felvett egy gyógytornászt, és orvos foglalkoztatását tervezi, de az ő szolgáltatásaik csak azoknak járnak, akik a foglalkoztatóban dolgoznak. Hasonló a helyzet a telefonnal, bevásárlással, buszhasználattal is.

Formailag teljesen szabályos a Rodáta vezetőinek eljárása. Kedvezményeket biztosítanak a dolgozóiknak. A kérdés csak az, miért akarják megfosztani a segítségtől a többieket?

x/ Az Alapszabály módosításának az a pontja, amely előírta a Gazdasági- és Jogi Intéző Bizottság megalakítását.

A választ a volt KISZ-instruktorral készült interju néhány részlete adja meg. A telep munkahely hangulatáról, légköréről beszélgetve megfogalmazódott a helyzetkép. /1984-es interju/

Vannak furkálások, piszkálódások, néhány embert "kiléptettek" /az ellenzék/ a tsz-ből. Alapvető gondot a rossz intézeti nevelés okoz és az ellenzék ténykedése - hangzott a jellemzés, majd így folytatódott "Nem érzik az emberek, hogy mit kaptak. Nem érzik." "Az intézetben minden járt. Itt nem jár, a fizetés az nem jár. Ott járt az ebéd, ha rossz volt, ha nem volt rossz. Ott nem kellett dolgozni."

A bajok forrása: a "kevert szemlélet". Előidézői azok a vállalatok, melyek munkát adtak a telepen élőknek, de nem várnak el teljesítményt és nem járulnak hozzá a szolgáltatásokhoz - szólt a további fejtegetés. A folytatás pedig így hangzott:

Kérdés: "El tud-e képzelni olyan konstrukciót, mely választási lehetőségeket is biztosít?"

Válasz: Szó sincs róla. Sőt! A lakótelepről, amennyire lehet, ki fogom irtani az összes olyan munkahelyet, amelyik ide befészkelődött. Meg lesznek az eszközeim.

Kérdés: Mi történik, ha ezek a vállalatok nem adnak munkát?"

Válasz: Az emberek vissza fognak jönni dolgozni a tsz-be. De dolgozni kell azért a pénzért. Mert az a legnagyobb disznóság, hogy emberek azért kapnak fizetést, hogy vakarják a hasukat, sétáltatják a kuttyájukat. Ha én itt fenn akarom tartani a munkafegyelmet, munkatempót, akkor ilyet nem lehet megengedni. És az önálló életvitel, rehabilitáció alapvető célja az, hogy megtermeljék az emberek, amiből élnek. És ez a politikai vezetők elvárása is ezekhez az emberekhez. Biztosítottuk a körülményeket, hasznos tevékenységet végezzenek, és igenis illeszkedjenek be a társadalomba. És a társadalomba való beilleszkedés alapvető dolga a becsületes munka."

Sok igazság van ezekben a megállapításokban. A mozgáskorlátozott emberek maguk is úgy gondolják, akkor teljes értékű tagjai a társadalomnak, ha munkával képesek biztosítani önfenn-

tartásukat. Ennek persze feltétele a jól működő szakmai habilitáció és rehabilitáció, amihez viszont jelenleg nagyon korlátozottak a feltételek.

A lakók passzivitása, érdekérvényesítési nehézségei

Az is elgondolkodtató, hogy a telep lakói miért fogadtak el egy sor - számukra egyértelműen kedvezőtlen - előírást? Miért szavazta meg a közgyűlés a tagság érdekeivel ellentétes Alapszabály-módosítást? Miként működik egy önellátó, önszabályozó csoport, ha tagjai nem figyelnek fel arra, ami sértheti a pillanatnyi vagy távolabbi érdekeiket? Miért nem tiltakoztak?

Több válaszvariáció elképzelhető és valószínűleg nincs egyetlen és kizárólagosan érvényes magyarázat.

A kritikátlanág gyakran gyanutlanágból fakad, a gyanutlanág pedig az élettapasztalatok hiányosságáiból, esetleg egyoldalúságából vezethető le.

A kérdezettek mindegyike gyakran és elég hosszú ideig volt kórházban gyermek- és kamaszkorában. Többen 3 éves koruk előtt, megbetegedésük kezdetekor álltak hosszabb ideig kezelés alatt. A kórházi ápolások közötti periódusokban - a betegség, károsodás jellegéből következően is - korlátozott mértékben volt módjuk környezetük, a "világ" megismerésére. A közvetlen tapasztalás hiánya az évek során kompenzálódhat, de az ismeretek alkalmazási körének korlátozottsága miatt elmaradt vagy hiányosan valósult meg a begyakorlás, illetve éppen a kipróbálás által biztosított kontroll hiányában nem nyílt alkalom az ismeretek igazságtartalmának bemérésére. A valóságról alkotott eszmei kép érvényességi köre a gyakorlati megbizonyosodások nélkül valószínűleg eltér a ténylegestől. Annál szűkebb és jóval tágabb, merevebb vagy éppen tulságosan is viszonylagos egyaránt lehet. Kivételek természetesen vannak. Az is igaz, hogy a gyerek mozgásigénye, kíváncsisága komoly mértékben közömbösítheti a korlátokat jelentő fájdalmat, fogyatékossgot, de ennek ellenére sem lehet figyelmen kívül hagyni a tevékenységi korlátok következményeit a megismerési folyamatban.

Közös vonásuk a telepen élőknek a több éves intézeti nevelés, mely szándékai szerint a hátrányok mérséklésére törekedett, de lévén maga is zárt világ, nem teremthetett tényleges gyakorló terepet a világban, az emberek közötti eligazodáshoz. A gyerekkori hospitalizáció, a speciális intézeti nevelés konzerválta a védelmet, biztonságot kereső beállítódást, ami a valóságismeret hiányosságaiból adódó naivitással azonos irányban hatva kedvezett a kételkedés nélküli magatartás, valamint az egészségesekbe vetett naiv hit kialakulásának.

Természetesen a konfliktushelyzetek tudatos elkerülésére törekvés is érzékelhető a telep lakói között. Világosan felismerhető ez a szándék azoknál a lakóknál, akik viszonylag későn veszítették el mozgásképességük egy részét, akik több intézetben voltak már életük során és tapasztalataikból azt a következtetést, tanulságot szűrték le a maguk számára, hogy nem szabad ellentétbe kerülni senkivel, de legkevésbé azokkal, akiknek valamennyi hatalom van a kezükben. Ők felismerik a kevésbé tisztázott helyzeteket, de a nyílt fellépés helyett igyekeznek kiváltságos helyzetet teremteni önmaguknak.

A felismerés ellenére számítás, önzés nélkül is tétlen maradhat valaki például azért, mert a veszélyt távolinak, önmagára nézve érvénytelennek tartja. Ők azok, akik előbb vagy utóbb, de mégis megszólalnak, keresik a védekezés aktív módjait. Közöttük főleg azok lehetnek, akik a kórházak-intézet utat járták be, intellektuálisan érettebbek, de akaraterejük kevésbé fejlődött ki. Amíg lehet, a rossz előjelek bagatellizálásával védekeznek.

Ha a kritikai érzék, a távlatokban gondolkodás, a félreérthető helyzetek tisztázásának igénye együtt van, még mindig hiányozhat a jogok vagy a jogok érvényesítéséhez szükséges ismeret, illetve gyakorlat.

Nem lehet véletlen, hogy az ellenvéleményüknek nyíltan hangot adó fiatalok többnyire nem kisgyerekként váltak mozgáskorlátozottá, hanem inkább a kamaszkor végén, az ifjukur elején; kevesebb időt töltöttek intézetben; állapotuk viszonylag jobb, vagyis nem szorulnak feltétlenül a kereskeskocsi használatára. A

kevés esetszám miatt akár véletlen is lehet, de mindenesetre figyelmet érdemel, hogy az érdekvédelmet érvényesíteni igyekvő emberek törekvő parasztcsaládból származnak, a saját erő állandó megpróbálását építették be mintaként a személyiségükbe és a gyerekkor utáni megbetegedésig már maguknak is volt módjuk kipróbálni mire képesek.

A lakásszövetkezeti élet gyakorlatában nagyjából ezek a viselkedéstípusok figyelhetőek meg. A felvétel korlátozottsága mellett is annyit meg lehet állapítani, hogy a lakásszövetkezeti közgyűléseken határozatot hozó többség nem jelent tényleges kontrollt a vezetőségi javaslatok kidolgozóira számára.

A pesthidegkuti modell tanulságai

Az az ember, aki mozgásképeségét valamilyen mértékben elveszti, nem válik bármilyen munkára betaníthatóvá. Nem tervezhető az emberi képességek, adottságok, és kényszerrel nem is módosíthatók. Az igaz törekvések is pusztíthatnak, ha erőszakkal, a reális feltételek figyelmen kívül hagyásával akarják megvalósítani, ha felcserélődnek a célok és az eszközök, ha politikai kérdésként lehet feltüntetni valamit, ami elsősorban egészségügyi probléma, azon túl pedig emberség és tisztesség kérdése.

Ha a lakótelep és a foglalkoztató a mozgáskorlátozott emberekért jött létre, érthetetlenek a kényszerítés direkt és indirekt módjai. Politikai kérdésnek azt lehet tekinteni, hogy mit tart természetesnek az embert elemi jogként megillető bánásmódnak a társadalom és a politikai vezetés.

Ha a tsz munkaerőszükségletének kielégítéséért jött létre a lakótelep, akkor miért terheli a lakókat ennyi költség, miért mondjuk rehabilitációs kísérletnek, modellnek, miért nem nevezük nevén: munkáskolóniák, mozgáskorlátozottak számára.

A szociálpolitikai szolgáltatások feltételekhez kötése, akadályozása, majd meghatározott munkahelyen végzett munkához kapcsolása a fejlődési tendenciákkal ellentétes, az eredeti célok visszajára fordítását jelenti. A hidegkuti újabb törekvések

/orvos, gyógytornász/ nem azonosak azzal, amit egy vállalat az egészséges dolgozói érdekében bevezethet.

Azok az emberek, akik mozgásukban korlátozottak, ugyanolyanok, mint bárki más - ez így igaz, de embertelenség nem méltányolni azt, amiben mégiscsak eltérnek másoktól, az egészségesektől. Ráadásul az eltérések is különbözőek, még akkor is, ha ugyanazokat a mozgásokat nem képesek megvalósítani. Aki nem tud járni, mert a lábát levágta a vonat, a kezével bármilyen munkát el tud végezni, amihez meg vannak a képességei. Az izomsorvadás miatt járóképtelennél a kiváltó ok miatt másképp kell a kéz terhelhetőségét is meghatározni.

Az egészségkárosodott emberek életvitelét ténylegesen akadályoztató okokat nem létezőnek tekinteni, ugyanolyan önzés, antihumanitás, mint a negatív diszkrimináció érvényesítése velük szemben. Az is valószínű, hogy mindkét eljárás ugyanarra az okra vezethető vissza, vagyis az egészségesek, az erősebbek érdekérvényesítésére, saját érdekvédelmére.

KÜLFÖLDI SZAKIRODALOM

MIT JELENT A ROKKANTSÁG?

/Szociológiai tanulmány a csökkent képességről/x/

1. A rokkantság definíciói /Definitions of Disability/

A rokkantaknak nyújtott jelenlegi jóléti/gondozási intézkedések még mindig szembetűnően tele vannak a rokkantság korábbi definíciójának örökségével. A vonatkozó törvénykezés története Angliában - hasonlóan a legtöbb iparosodott nyugati országhoz - világosan rámutat két, nem mindig összeegyeztethető társadalmi irányzat: a humanitárius szempont és a gazdasági nyomás kölcsönhatására. A legelső részvét-megnyilvánulások, amelyeket kezdetben önkéntes jótékonyági tevékenység fejezett ki, a legszembetűnőbben és "ártatlanul" megrokkantak felé irányultak. Különösen azokkal szemben érvényesült az együttérzés, akiknek szükségleteit az akkori idők jóléti ideológiája keretében világosan meg lehetett határozni, és akiket úgy lehetett bemutatni, mint potenciális reményteli jövő várományosait, a nyomorék gyermekek, vakok és siketek. Ezek a csoportok közvetlenül hatottak a közvéleményre, amelynek szeretet-adományaira vártak; és ugyanakkor ezeknek a csoportoknak szociális jólétét az adott társadalom fejlettségének fokmérőjeként tekintették.

Ezek voltak tehát az első csoportok, amelyekkel kapcsolatban valamilyen általános jóléti intézkedést törvénybe iktattak. Olyan jelentős önkéntes társaságok, mint a vakok intézete, komoly nyomást kezdtek gyakorolni és inkább a jog, mint a jótékonyosság alapján igényelték a gondoskodást; eközben azonban óvták saját érdekköreiket is. Manapság határozottan kialakult a jóléti intézkedések kettős - alkotmányos és önkéntes - rendszere, ami formailag partnerek együttműködéseként jelenik meg. Könnyen előfordulhat azonban, hogy még mindig éreztetik hatásukat a kezdetben tapasztalt konfliktusok.

x/ Mildred Blaxter: The meaning of disability A Sociological Study of Impairment. Heinemann, London, 1976.

A törvényes intézkedéseket átszövő második szempont, aminek komoly lökést adott a két háború alatt a munkaező maximális kihasználásának szükségessége és a kiszolgált, rokkanttá vált hadviseltek érdekei. Az első brit törvénykezések /hasonlóan a legtöbb fejlett országhoz/ különválasztották a háborús - és az ipari rokkantakat, mint azt a két csoportot, ahol speciális ellátásra van szükség. Igényeik hasonlóak voltak /főleg a mozgás- és cselekvőkészségben nyújtandó segítség és a képzés, valamint a foglalkoztatás iránt/, és úgy tűnt, hogy a kompenzációban ugyanazok az elvek érvényesíthetők. Így a hivatalos rehabilitációs segítségnyújtás első gyakorlati intézkedése az volt, hogy Állami Instrukciós Gyárat létesítettek az első világháborús rokkantak számára; ezt a programot a későbbiekben az ipari bal esetet szenvedettekre is kiterjesztették.

A Szegénység Törvényének életbelépése óta a szociálpolitikának ez a két elve valamelyest szétvált: a gazdasági rendszeren "kivüliek", akik a jótékonyaságból részesültek, elkülönültek a gazdaságilag aktívak és potenciálisan értékesebbek csoportjától, akiket a társadalomnak saját érdekében és a társadalmi igazságnak megfelelően támogatnia kell. Amikor 1942-ben a Beveridge Report ismertette átfogó tervét, amely biztosítja, hogy a közösség egyetlen tagja se szenvedjen sohasem hiányt - függetlenül attól, hogy mi a rokkantságának oka - a rehabilitációs szolgálat döntő érveként még mindig gazdasági tényezőket sorolt fel. A rehabilitációt olyan folyamatként definiálták, melynek következményeként a rokkantak "termelővé és kenyérkeresővé" válnak. És amikor a Nemzeti Biztosítási Törvény 1946-ban a Beveridge-ajánlások megvalósításának részévé vált, az "ipari" megbetegedés vagy sérülések, valamint az egyéb okra visszavezethető betegségek közötti különbség állandósult és határozottan rögzítetté vált.

A rokkant "termelők és kenyérkeresők" a Rokkantak Foglalkoztatásának Törvényei /1944-1958/ szerint olyan egyének, akik "sérülés, betegség vagy születési rendellenesség folytán hátrányos helyzetben vannak a munkavállalás vagy a munkavégzés szempontjából, annak ellenére, hogy azt a munkát vagy állást egyébként koránál, gyakorlatánál és képzettségénél fogva el tudná

láttni." Az is elő van írva, hogy "szándékában álljon valamiféle, térítés ellenében végzett tevékenység vállalása" és hogy "értelemszerű kilátása legyen ilyen álláshoz vagy munkához jutásra és annak megtartására".

Az olyan rokkantakról való gondoskodásról, akik esetében a szakmai rehabilitációtól nem várható eredmény, először a Nemzeti Segélyezési Törvény intézkedett 1948-ban. A definíciók itt már átfogóbbak: rokkantak "a siketek, a némák és más olyan személyek, akik alapvetően és tartósan hátrányos helyzetben vannak betegségük, sérülésük vagy születési rendellenességük, továbbá más alkalmatlanságuk következtében".

A rokkantakról való kezdeti gondoskodás tehát arra irányult, hogy az adott specifikus visszamaradottság illetve annak oka szerinti definíciókat alkosson - különbséget téve a munkaerő-piacon lévők és az azon kívülesők között. A jelenlegi jóléti ideológiák ellenére, amelyek az igények jellegére helyezik a hangsúlyt és nem az okokra, talán ez is örökségként jelentkezik a szolgáltatások hivatalos strukturájában.

A rokkantakra vonatkozó törvénykezés legújabb története ismét két társadalmi irányzat befolyását tükrözi. Az egyik a szociális ellátásnak egyfajta holisztikus megközelítése, felismerve, hogy az élet különböző területei kölcsönhatásban vannak egymással, és azt, hogy a jóléti intézkedések közelről érintik egymást. Ez természetesen aligha új elgondolás: a múlt század vége óta - amikor Booth és Rowntree felmérései rámutattak arra, hogy a betegség, az idős kor és a rokkantság a szegénység legfőbb okai - a szociálpolitikai irányzatok legtöbbször /az 1906-os liberális törvényhozástól és az 1944-es "jóléti állam" kiépítésétől kezdve/ szorosabb kapcsolatra törekedett az egészségügyi és jóléti ellátás között. Az utóbbi években új lendületet adott az "integrált ellátás"-nak az a sok tanulmány, ami kimutatta, hogy hiábavaló lehet az átfogó egészségügyi ellátás, ha nincs összehangolva a szociális és szakmai segítségnyújtással, és azt, hogy a szegénység és munkanélküliség még mindig összefüggésben van a krónikus megbetegedéssel és rokkantsággal /hátrányos helyzettel/.

Ezért Nagy-Britanniában, mint a legtöbb fejlett országban, a betegekre és rokkantakra vonatkozó törvénykezés kerete kiszélesedett. Míg a korábbi intézkedések izolált problémákkal - a mozgásképeség vagy a szakma segítségnyújtás kérdésével - vagy specifikus rokkantsági formákkal foglalkoztak, jelenleg az a tendencia, hogy a törvénykezés terjedjen ki a rokkantak /hátrányos helyzetűek/ valamennyi szempontjára és lehetőleg az élet minél több területét öleljék fel. A negyvenes évek óta sok-sok hivatalos jelentés látott napvilágot; ezek mind a rokkantak hatékonyabb rehabilitációját célzó szolgáltatások integrációját sürgették.

A másik, ezzel párhuzamos irányzat a rokkantság definíciójának kiszélesítését szorgalmazta. Míg a korábbi intézkedések alapjául olyan kategóriákat alkalmaztak, amelyek az adott rokkantságot /vakság/ vagy annak okát /háborús sérülés/ vették alapul, ma már elvben elismerik, hogy a rokkantságnak számos formája és számos oka lehet, és nem fér merev osztályozási kategóriákba. A legújabb átfogó brit törvényt ezért úgy alakítják ki, hogy előmozdítsa a "rokkantak" és a "krónikus betegségben szenvedők" ellátását anélkül, hogy különbséget tenne igényeik, ill. szükségleteik között. Bevezettek egy "rokkantsági" nyugdíjat, amivel elismerik, hogy a "permanens rokkantság" és az "ideiglenesen beteg" állapot között előfordul más is. Ezen kívül sok önkéntes társaság és más független szervezet is bővítette a klienseire vonatkozó definíció körét, így érdeklődési körük sokkal többet magába foglalhat, mint a hivatalos jogcím és a célkitűzések rögzítése alapján.

Ez az irányzat is részben korábbi osztályozás felé mutat és humanitárius, miután úgy tervezték, hogy egységesebb, egyenletesebb és átfogó szolgáltatásokat biztosítson; másrészt gazdasági és közigazgatási /adminisztratív/ megfontolások is erre ösztönöznek. A rokkantság improduktív és költséges. Tudatában vagyunk annak, hogy a fizikai fogyatékoság döntően progresszív vagy fluktuáló krónikus állapotok következménye - tudóbetegségnek, szív- és keringési zavaroknak, izületi gyulladásnak, szellemi fogyatékoságnak és az időskori nagyfokú leromlásnak, nem pedig azok a stabil állapotok, amelyeket a múltban "rokkantság-

nak" neveztünk. Az intézményes gondoskodás helyett a közösségre helyezett hangsúly - ami megintcsak részben humanisztikus, részben gazdasági jellegű - ismét kibővíti a potenciális kliensek ellátásának koncepcióját.

A rokkantak definíciójának ez a kiszélesedése nyilvánvalóan megfelel a reális életnek az egyének tapasztalatai alapján: szemmel láthatóan másként viselkednek ezek az emberek, mint akik a hagyományos leírás szerint rokkantak /fogyatékosok/. Ugyanakkor azonban a definíciók bővülése létre hoz új szerepeket is, és felveti a fizikailag hátrányos helyzetűek szerepének kérdését a társadalomban. Egy krónikus vagy fluktuális betegség folytán rokkant személy szerepének /helyének/ mértéke talán a legfontosabb kérdés, amit a társadalom tisztán, világosan, egyértelműen definiálni kíván /és ezek az esetek, amelyekkel az orvosi szociológia nem foglalkozott/.

Adminisztratív fogalmak és a rokkantság mérése

Az imént felvázolt fejlődési minta magán viseli speciális problémáit. Az érdeklődés növekedésével és a szolgáltatások bővülésével egyre több intézményes rendszer foglalkozik a kérdéssel. Belefolynak a témán mindeddig kívülmaradó nemzeti és helyi kormányok, és új, rokkantság-specifikus csoportosulások /pl. önkéntes társaságok/ alakulnak. Egyazon időpontban észlelhető mind az integráció, mind a specializálódás irányába terelő nyomás. Így, miközben a kategorizálás lazítását célzó irányzat érvényesül, paradox módon az adminisztratív definíciók egyre fontosabbá válnak. Ugyanakkor a törvénykezésben továbbélhetnek idejétmúlt és megszorító maradványok, amelyek nem tudnak illeszkedni az igényekkel kapcsolatos új ideológiákhoz.

A rendszerben az egyik szélsőséget azok a definíciók képviselik, amelyek szükségszerűen merevek és kettős tagolásuk, miután úgy különböztetik meg a csoportokat, hogy jogosultak-e vagy sem nemzeti szinten bevezetett pénz- vagy egyéb segélyre: beteg vagy egészséges; a foglalkoztatás szempontjából rokkant-e vagy sem; nyugdíjkoránál fiatalabb vagy idősebb; ipari rokkant-e vagy sem. Az ilyen megkülönböztetés önkényes lehet, de ugyan-

akkor elvárható, hogy világos és átfogó legyen; az ilyen alapvető definíciók azonban gyakran anomáliákat tartalmaznak. Példaként szolgálhat a legegyszerűbb definíció, amely egy embert munkaképesnek, vagy "alkalmatlansági bizonyítvánnyal" munkaképtelennek nyilvánít. E bizonyítvány mindössze azt tanúsítja, hogy az orvos véleménye szerint a páciens alkalmatlan egy adott munkakör betöltésére. Maga a kategorizálás nem egyértelmű és vita tárgya lehet.

A rokkantak társadalombiztosításában is elvárhatnánk, hogy világos legyen a kategorizálás. Az alapvető, történelmi anomália azonban megmarad. Éspedig abban, hogy ha a beteg munkavégzés közben vagy honvédelmi szolgálat teljesítésekor sérült meg, jövedelme élete hátralévő részében három tényezőtől függ; úgy itélik-e meg, hogy sérülésekor "szolgálatban" volt-e vagy sem, továbbá a rekompenzáció nem csak a baleset okától, hanem annak következményeitől is függ. A szociális rendszerbe mélyen beágyazódott kompenzáció elvének szüksége van a rokkantsági fok valamilyen mennyiségi mérésére is. A multban elfogadott, meglehetősen durva, megítélési mércék nem igazságosak és egyre több bírálatnak vannak kitéve.

A szolgáltatásoknak a rokkantak szélesebb körére való kiterjesztése is egyre több olyan "szükséglet" azonosítása, amelyeket a társadalom ki óhajt elégíteni. A gyakorlatban ehhez mind több adminisztratív definícióra van szükség. Különösen ott van szükség egyértelmű kategóriákra, ahol bárminemű anyagi juttatás szóba jöhet. Az ebből következő egyik probléma az, hogy a rokkantakat segélyező rendszerek nem működhetnek egymástól elszigetelten; "a rokkantak" definíciót befolyásolja és egyben vissza is hat rá az olyan fogalom, mint a "munkanélküli" vagy "szegény". A második probléma a visszamaradottság /hátrányos helyzet/ alapvetően relativ volta. Ha le akarjuk küzdeni a rokkantak különböző kategóriáinak kezelésében a különbségtételt, akkor meg kell találnunk valamilyen egységes módszert a visszamaradottság fokának és típusának összehasonlítására, ill. becslésére.

Ez oda vezetett, hogy számos kísérlet történt az olyan jellegű rokkantság funkcionális becslésének kimunkálására, ami nem kizárólag az egyén keresőképtelenségét vette alapul. Egyes kísérletek a motorikus kapacitás mérését vizsgálták, míg mások az önellátás fizikai képességét mérlegelték és azt, hogy a rokkant hogyan tudja ellátni mindennapos feladatait. Mindezeknek az elbírálásoknak nyilvánvaló korlátai, ill. határai vannak: a motorikus kapacitás méréséből többek között kiesik számos szellemileg visszamaradt, mivel a rokkantság nem csak azt jelenti, hogy valaki nem tud mozogni; és a függőség /ellátásra szorulás/, ill. a mindennapi funkciók ellátásának kérdése abból a feltételezésből indul ki, hogy a függőségnek és a mindennapi élet leírásának van egy bizonyos "normája", minden korra és mindkét nemre vonatkozóan, bármely környezetben.

Orvosi fogalmak

A társadalomban az orvosoknak és az orvosi igazolásoknak tulajdonított autoritás következtében a klinikai lelet az egyik legfontosabb kategorizáló. Végigkíséri a beteget az egyik szervezettől a másikig. A klinikai lelet ugyanakkor adminisztratív kategóriát /ezzel a betegséggel erre a klinikára kell menni; ez a kérdés műtéti indikációt jelent; ez a betegség általában 6 hónap alatt gyógyul/ és leíró kategóriát is tartalmaz, amennyiben magában hordozza a "normál" prognózisra vonatkozó tartalmat. /Az állapot rendszerint gyógyítható; ez "súlyos" és rossz a kilátások; ez motorikus visszamaradottsággal jár; ezzel a betegséggel valószínűleg három hónapig munkaképtelen lesz./

E kategóriák némelyike önkényes, éppugy mint az adminisztratív rendszer. A beteg vállalja-e a műtétet, hogy megszabaduljon krónikus hátrányos helyzetétől, vagy a műtét után marad fenn a visszamaradottság állapota? Akut vagy krónikus-e a beteg állapota? Ha több betegség áll fenn egyidejűleg, melyik alapján kategorizálják és melyik szakorvoshoz "utalják be"? A lelet egy adott időpillanatra vonatkozik és általában a kórház, s nem az állandó kezelőorvos állítja ki, adminisztratív szempontból valószínűleg helytálló, de igen könnyen csak időszaki

lehet, nem biztos, hogy kapcsolódik ahhoz az "igazi" problémához, amittől a páciens szenved.

Ha megpróbáljuk nyomonkövetni, hogy az orvosi kategorizálás milyen hatással van a páciensek karrierjére, itt nem csak a vonatkozó klinikai állapot kategorizálása érvényesül, hanem az orvosi ellátási "igény" is. Olyan helyzetek állhatnak elő, amikor nyilvánvalóvá válik, hogy a betegnek segítségre van szüksége, és ugyanakkor kétségek merülnek fel azzal kapcsolatban, hogy milyen jellegű legyen ez a segítség. Az alkoholizmus például orvosi, társadalmi vagy pszichiátriai probléma? Ha a betegség közvetlenül kapcsolódik egy elhanyagolt nyomoruságos életkörünyezethez, kinek kell törődnie e helyzet "javításával"? Mi az orvos valós funkciója abban, hogy segít felismerni, igazolni a lakásváltoztatás, a háztartási alkalmazott vagy egy új foglalkozás szükségességét? Ezekre a kérdésekre a nyilvánvaló választ talán az egészségügyi ellátási politika döntéshozótól lehet megkapni, de az orvosnak a saját körében mégis probléma marad betegével foglalkozni ilyen helyzetben. Az orvos javaslata arra vonatkozóan, hogy a betegnek milyen segítségre van szüksége, nagyban befolyásolni fogja, hogy végülis milyen segítségben részesül.

Amint azonban az orvos kimozdul a szigorúan vett klinikai szférából, arra kéri fel, hogy működjék együtt a társadalom más fontos területeivel: az oktatással, a foglalkoztatással és a szociális jólét ügyeivel. A társadalmi szervezetek egyre összetettebbé válásával és a hivatalos intézmények sokszorozódásával egyidejűleg nő az az igény, hogy valamilyen szakértő bíráljon el, értékeljen és kézjegyével lásson el egy nyomtatványt; az erre kiválasztott szakértők egyre több esetben az orvosok közül kerülnek ki.

Ennek az irányzatnak két következménye van, amire különös gondot kell fordítani a tanulmányban szereplő betegek életpályájának elemzésénél. Az egyik az alkalmazott kategorizálási rendszerre vonatkozik. Leszögezhetjük, hogy elkerülhetetlen összeférhetetlenség lesz az orvosi definíciós rendszer - amely ideális esetben individuális, minőségi és provizórikus - és az

adminisztratív kategóriák között, amely utóbbiak szükségszerűen merevek, kettős jelentésűek és emberek nagyobb csoportjának jelölésére készültek. És ha így van, hogyan lehet egyeztetni a kettőt? A második szempont az orvosok /egészségügyiek/ relatív pozíciója a komplex szociális rendszerben tevékenyekedőkkel szemben.

Öndiagnózis

A fentiek ismeretében sem szabad abból a feltételezésből kiindulnunk, hogy az egyén, a páciens passzív szereplő. A klinikai igazolás és az adminisztratív kategorizálás bizonyos értelemben tényeket jelent; az orvosi zárójelentés és a pénzbeni juttatások igénybevételére feljogosító papirok valóságosak és reálisak. De a szóban forgó egyén tényleges helyzete másfajta igazságot képvisel - a hivatalos ténymegállapítások és az egyedi realitás, az érzelmek és törekvések, a benyomások és vélemények összetett érzékelését. A beteg szempontjából az egyetlen reális tény a saját helyzetéről kialakított véleménye.

Magatartása attól függ, hogy miként határozza meg önmagát. Egészséges vagy beteg? Tartósan visszamaradott /hátrányos helyzetű/ vagy felgyógyul mire visszatér normális munkájához? Lehet, hogy mások rokkantnak tekintik; ez esetben mit jelent számára az orvosi jelentés? Szomszédaihoz vagy fiatalabb éveikhez képest hátrányos helyzetben van-e olyan szempontból, hogy mi volt korábbi szerepe a társadalomban? Hogyan értelmezi ő saját maga fizikai állapotát és milyen elképzelései vannak jövőjéről?

Még akkor is, ha csak azok a rokkantak, akik a statikus károsodás folytán csökkent képességűek - akikre a multban általánosan alkalmazott leírás ráillik - nyilvánvalónak látszik, hogy a "rokkantság" megállapítása tulzottan le volt egyszerűsítve. Ha elfogadjuk - amint azt napjainkban a törvénykezés és a jóléti intézkedések elfogadják -, hogy bármely fizikai visszamaradottság hátrányos helyzetet jelent, és hogy a leggyakoribb rokkantságok, amelyek munkaképtelenséget jelentenek, fluktuáló jellegűek akár krónikus, akár végleges "megrokkulás" formájában, akkor a rokkantak szerepe valószínűleg igen összetett képet fog mutatni.

Az idő itt alapvető tényező. Az egyén szempontjából a múlt, a jelen és a jövő nem különíthető el egymástól, miután a beteg a múltat folyamatosan a jelen ismeretében éli újra, és jelenét az elképzelt jövővel összefüggésben értelmezi. Ha magyarázatot keresünk a páciensnek a saját állapotával és magatartásával kapcsolatos definíciójára, meg kell próbálnunk számításba venni nem csak azt, ami valójában megtörtént, hanem azt is, hogy ő maga utólag milyen jelentőséget tulajdonított az egyes eseményeknek, amelyek azóta bekövetkeztek, és azt is, hogy milyen jövőt lát maga előtt.

Ennek a tanulmánynak a középpontjában az áll, hogy ezek a folyamatok és a folytonosan újjáalakított definíciók hogyan befolyásolják az emberek elképzeléseit saját problémáikról és azok megoldási lehetőségeiről - és hogy ez miként befolyásolja segítségkérő magatartásukat. Saját definícióik és az a mód ahogyan azt a szervezet előtt ismertetik, befolyással lesz arra, hogy miként fogják definiálni őket. A beteg például úgy jelentkezhethet az orvosnál, hogy olyasvalamitől szenved, amit súlyos és komoly betegségnek tart, vagy olyan tünetekről számol be, ami szerinte a részére nyújtott gyógykezelés ellenszere; a döntés nem csak a tünet súlyossági fokától, hanem a saját érzékelésétől is függ. Valószínűsíthető, hogy az orvos válasza nem csak a lemérhető klinikai tényektől, hanem a betegnek a saját állapotáról adott jelentéséről is függ. Itt újra felmerül az, hogy a Munkaügyi Hivatal hogyan minősíti a páciens, hogy az úgy jelentkezik, mint aki pillanatnyilag beteg, vagy idő előtt nyugdíjaztatni kívánja magát, vagy rokkantsága ellenére újra munkába kíván állni.

Ugyanakkor a segélyszervezetek magatartása is befolyásolja a kliensnek saját magáról alkotott képét. Ez a folyamat minden bizonnyal folyamatos megerősítést vagy ellenállást, támogatást vagy ellenkezést vált ki.

A rokkantság mint deviancia

Ezt a megközelítést, amely az igazolások és kategorizálások jelentőségét hangsúlyozza, nyilvánvalóan befolyásolják a

deviancia szociológiájában kialakult koncepciók, amelyek inkább a deviáns cselekvés társadalmi fogadtatására, mint az individuális etiológiára hívják fel a figyelmet.

A deviancia nem az egyén által elkövetett tett minőségét, hanem sokkal inkább a mások által a szabályok és szankciók "megsértésének" tulajdonított következményét jelenti. Deviáns az, akit a többiek annak minősítenek.

A rokkantságnak devianciaként való kezelésével foglalkozó irodalom azzal érvel, hogy más megbélyegzett csoportokhoz hasonlóan, a rokkantakat is inkább kategóriák, mint egyének szerint értékeli. A fizikai jellemzők döntő egyéni sajátossággá válnak, elmosva az egyes személyek közötti különbségeket. Általában kettő, alapvetően negatív sztereotípiával találkozunk: az egyik a szóban forgó rokkantságot /vak, béna, nyomorék/ írja le, a másik azt, amit a "rokkantak" általános kategóriájának tulajdonítanak.

Néhány szociológus arra mutatott rá, hogy probléma van a rokkantaknak mint stigmatizált kisebbségi csoportoknak való koncepciója körül. Mindenkinél fennáll annak a veszélye, vagy lehetősége, hogy egyszer egy ilyen csoporthoz kell majd tartoznia, és nehéz meghuzni az éles határvonalat az egyes csoportok tagjai és a kívülállók között. A rokkantak nem képeznek homogén csoportot; hátrányos helyzetük látványa és súlyossági foka - aminek alapján diszkriminálják - tág határok közötti jellemzőket foglal magába. Sőt, annak ellenére, hogy a rokkantakkal szembeni negatív megnyilvánulások egyre szélesebb körben észlelhetők mind az időben, mind a térben, létezik az ugyanolyan erőteljes kulturális norma is napjaink társadalmában, hogy az ilyen megnyilvánulások elítélendők és le kell küzdeni ezeket.

Ebből nyilvánvalóan dilemmák származnak. A negatív megnyilvánulásokat lehet leplezni és szempontként racionalizálni. Minél inkább elkülönítünk/megkülönböztetünk egy csoportot bizonyos megfontolások szerint, annál nyilvánvalóbb megbélyegzetésük. A társadalom erőfeszítései annak érdekében, hogy eltüntesse a stigmatizációt azáltal, hogy felkutatja és segíti a rokkantakat, és olyan lehetőségeket biztosít számukra, amely-

lyel "normálisan" el tudják látni feladatukat, gyakorlatilag méginkább kihangsúlyozzák azokat a jellemzőket, amelyek miatt a rokkant "más" mint a "többi".

A FOGYATÉKOSOK ÉS A MUNKA^{x/}

A munka gazdasági értéke, hogy az egyén jövedelmének forrása; társadalmi értéke, hogy az egyén egy társadalmi csoporttal kialakult kölcsönhatásban szerephez és státuszhoz jut; pszichológiai értéke, hogy hozzájárul az egyén oktatásához, önképzéséhez vagy az önismeret kiépitéséhez.

Amennyiben az egyén munkaigényét úgy értelmezzük, mint az egyenlő lehetőségek jogának elismerését, akkor az egyén nem csak foglalkoztatáshoz jut, hanem a fenti három értékhez is. Különösen igaz ez a fogyatékosok esetében, akiknek a körülményei önmagukban pszichológiai, társadalmi és anyagi hátrányt jelentenek számukra.

1. Szakképzés

1.1. A szakképzés hozzáférhetősége

A fogyatékosok szakképzésének speciális korlátai vannak. A számukra nyitott életpályák esélye ritkán esik egybe a vágyaikkal. Választásuk szabadsága legalább két helyütt korlátozott: a képzési csatornákon és a fogyatékosok által elérhető képzés típusában.

Elméletben minden érintett országban nyitottak a fogyatékosok számára a rendes szakképző létesítmények. A gyakorlatban azonban egy szelekciós folyamat megy végbe, az eszközök fizikai alkalmatlansága miatt /például az építészeti korlátok/; a munkahelyek alkalmatlansága, a szó fizikai értelmében; az oktatók támogatására és képzésére vonatkozó nem kielégítő intézkedések, avagy az érintett személyek egyéni képességei miatt.

x/ The economic integration of the disabled: An analysis of measures and trends in member states. Part two: The law in the service of disabled. C. A common method: the integration of the disabled in employment. Belgium, 1984.

A nyilvánvaló belső nehézségek mellett az álláslehetőségeket is számításba kell vennünk ahhoz, hogy felbecsülhessük a képzés eredményét. A kereslet-kinálat törvény ebben az esetben túl szigorúnak tűnik. Nevezetesen, hogy csak akkor vehessen részt valaki képzésben, ha bizonyos, hogy a képzés befejeztével talál munkát.

Az Egyesült Királyságban a "képezhető" és a "nem képezhető" emberek közötti megkülönböztetés, úgy tűnik, hátrányos a szellemi fogyatékosok számára. Kizárja őket a szakmai képzés szokásos csatornáiból. Sok esetben az ilyen "operacionális fogalmak" elszegényítéshez vezetnek. Hangsúlyozni kell, hogy ezek orvosi állásfoglalások, ami azt jelenti, hogy az illető "potenciális teljesítményét" orvos, egészségügyi szakember vagy a fogyatékosokkal foglalkozó társadalmi munkás méri fel.

A fogyatékoság definiálása és értékelése a foglalkoztatás szempontjából sokkal inkább magának a fogyatékoságnak a természetével van kapcsolatba, mint annak a mértékével, mennyire van összhangban a fogyatékoság a szakképzés és a foglalkoztatás követelményeivel. A kritika, melyet - többek között - a szellemi fogyatékosok érdekeit védő szervezetek hangoztatnak az Egyesült Királyságban, azzal van összefüggésben, hogy a válogatási eljárások a gyakorlatban szubjektívek és önkényesek. A szervezetek azt javasolják, hogy ne sorolják a fogyatékosokat két merev csoportra ha a szakképzés vagy állás forog kockán. Ugyanakkor elismerik, hogy bizonyos védő jogszabályok céljából esetenként különbséget kell tenni a testi fogyatékos, az enyhe és súlyos szellemi fogyatékos valamint a halmozottan sérült emberek között.

A fókuszban az embernek kell állnia. Bármilyen becslésnek személyreszólóan és az adott pillanatnak megfelelően kell jeleznie a munkaképesség megváltozását vagy a munkaképtelenséget. Ez a rugalmasabb közelítés megkönnyíti azt, hogy a fogyatékos a társadalmi beilleszkedés irányába mozduljon és személyes szükségleteit jobban kielégítse.

1.2. Szakképzési rendszerek

A fogyatékosok szakképzési csatornáit lehetnek speciálisak és általánosak.

- Általános képzési rendszer: a szakképző létesítményeket és módszereket úgy kell átszervezni, hogy a fogyatékosok nagyobb tömegeit kielégítse.
- Speciális képzési rendszer: gyakran elavultak azok a szakmák, amelyekre a sérült embereket képezik, és hasonló képpen az alkalmazott technológia is. Felmerül ezen kívül a szegregáció problémája is, ami bármilyen zárt intézmény esetében létrejön.

A legtöbb országban folynak kísérletek, melyek a képzés újbóli meghatározásához és irányváltoztatáshoz vezetnek.

A képzési folyamat három szakaszból áll:

1. Megfigyelési időszak. Egy vagy két hónapig tart, melynek során a képzésben résztvevő személyt felméri, bárholnan érkezzék is /iskolából, kórházból, speciális intézetből, családi környezetből./ Ennek célja a sérült szellemi képességének és kezűgyességének megállapítása. A felmérés után többcélu tevékenységek sorozatát javasolják, ami segít a képzésben résztvevő fogyatékosnak, hogy saját szakértelmét és előnyös adottságait megismerje és fejlessze. A vizsgálatok tükrében eldönthető, hogy milyen irányba kell utnak indulni. Ennek az előzetes tanácsadásnak a célja minden egyén számára az optimális megoldás megtalálása. Egyes esetekben például maga a megfigyelési időszak része lehet a tanulási folyamatnak, melynek során bizonyos társadalmi jártasságot sajátíthat el az érintett.
2. Képzési időszak. A képzési programok egyénileg kidolgozottak, a lehető legváltozatosabb utat és eszközöket javasolják a rászorulóknak. A képzés rugalmas, mert a végső teljesítéshez különböző célokat sugalmaz; valamint változó a képzési idő hossza. Ezen időszak alatt fejlesztik a résztvevők képességét arra, hogy saját környezetét alakítsa.

3. A befejező szakasz. A képzést követően segítik a fogyatékos beilleszkedését az adott munkahelyen. Ez országonként eltérő mértékben azt is jelenti, hogy a képző központokban létrehozott munkaközvetítő/elhelyező team-ek keresnek a fogyatékos számára minden szempontból megfelelő munkahelyet.

Ez a szakképzési rendszer - ahogyan ezt számos országban megfigyeltük - megtalálható a képzés speciális és általános rendszerében. Célja, hogy a fogyatékosok hatékonyan illeszkedjenek be a munka világába, akár a nyílt munkaerő-piacon, akár más környezetben, mint például szövetkezetekben vagy egyes kisvállalatokban.

A képzési formák között jelentős szerepe van az un. váltakozó képzésnek, melynek során a résztvevő váltakozva vesz részt a központban folyó képzésen és szerez a vállalaton belül munkatapasztalatot. Ezt a módszert az utóbbi időben minden országban a fiatalok szakképzésére alakították, noha kielégítő megoldást kínálna a fogyatékosok képzésére is.

A képzés magasabb szintjét jelzi a váltakozó és integrált képzési forma. Ennek lényege, hogy a képzés egyéni programból áll, melyet a fogyatékosokat elhelyező hatóság hagy jóvá, és mely közvetlenül kapcsolódik egy szolgáltató vállalat kereskedelmi tevékenységéhez. Ez a vállalat egyben a képzés színhelye is és egy önálló vállalkozás is, amely a szolgáltatások széles skáláját kínálja kis- és középvállalatokból álló ügyfeleinek. Ugymint: számítógépesített könyvelés; készlet- és raktárgazdálkodás; hozzáadott értékadó számítás; számlafizetés; bérelszámolás; szövetszerkesztés; rajzmásolás; ügyviteltechnika. A résztvevők az új technológiát szakmai tanfolyamokon tanulják meg és a helyszínen szereznek tapasztalatot. Ebben a képzési formában erősíti a képességeikbe és szakértelmükbe vetett önbizalmukat az, hogy versenyképesek a nyílt munkaerőpiacon és kevésbé elszigeteltek. A programot azoknak ajánlják, akik védett műhelyekben dolgoznak és a munkák többsége inkább alacsony szakértelmet igénylő kézi munka, és ahol az ilyen jellegű képzési létesítmények nem elérhetőek. A szándék az, hogy a védett műhelyekben dolgozók számára ujszerű képzési lehetőséget kínál-

janak, támogatva a szolgáltató szektorban a nyílt munkaerőpiacon a munkahelyválasztást. Ez nyilvánvalóan együtt jár azzal, hogy a védett műhelyeket kiszabadítják elszigeteltségükből azáltal, hogy az embereknek felajánlják a felnőtt-képzés folytatásához szükséges létesítményeket, amelyhez korábban nem juthattak hozzá. Ez a képzési forma segíthet abban is, hogy lerombolja a funkciók hierarchiáját, melyet a védett műhelyekben gyakran megfigyeltek. Nevezetesen azt, hogy itt a felelős posztokat általában egészséges /nem fogyatékos/ emberek töltik be.

Gyakori vélemény, hogy a fogyatékosoknak tulképzetteknek kell lenniük, mert ezzel ellensúlyozhatják társadalmi és kulturális hiányosságait. Egy másik cél az, hogy a fogyatékosok szakmai mobilitását javítsuk. Ez a képzési lehetőség elvezet oda, hogy a speciális központokat kinyissuk más - társadalmilag hátrányos helyzetű - csoportok számára.

Hasonlóképpen fontos a terápiás szakképzés. A munkavégzés terápiás célja hagyományosan az elemi társadalmi ismeretek megszerzése volt. A központok gondoskodnak a zömében súlyos szellemi fogyatékosok csoportjáról, azokról akik elmebetegségben szenvednek. Ez a mindennapi társadalmi viselkedések elsajátítására terjed ki. Ugyanakkor a kézi jellegű alkotó tevékenység arra szolgál, hogy fejlessze az érzékszervi- és mozgásképességet, kiépítse a személyiségtudatot. A cél az, hogy a lehetséges mértékig a kezelés foglalkoztatást eredményezzen, elvezessen a nyílt környezetben végzett napi néhány órás munkához.

A képzési rendszerek egyik modelljének alapvető célja, hogy a fogyatékosok a munkaerőpiacon egyenlő esélyeket élvezzenek. Ez a megközelítés szükségszerűen egyéni és szétválasztható. /A fogyatékoság természete és eredete szerint összetett az érintett népesség, noha nem foglalja magában a súlyos és közepes szellemi fogyatékosokat./ Ebben a rendszerben:

- az uralkodó érték a munka gazdasági értéke;
- a munkának társadalmi értéke van, amikor lehetőséget nyújt az egyén és egy társadalmi csoport közötti kapcsolatra, éppen úgy mint az egészségesek esetében;

- a pszichológiai értéke, hogy kielégíti az egyén igényét, hogy létfenntartásának költségeit megkeresse.

Egy másik modell azon alapul, hogy elérjék az egyének és társadalmi csoportjának optimális összhangját, úgy hogy az egyén szükségleteit személyi alapon kezelik. A cél az, hogy az egyén által elérhető szakképzettség közel álljon elképzeléseihez. Ezért képességeihez differenciáltan kell közelíteni a lehetőségeket. Az előző modellhez képest ebben az esetben sokkal szélesebb a skálája azoknak, akikre vonatkozik. Ebben a rendszerben:

- a munka társadalmi értéke a meghatározó;
- a munka gazdasági értéke jobban függ más összetevőktől, például a szolidaritás ideológiai értékétől, vagy a munkaszervezetben elérhető rugalmasságtól;
- pszichológiailag a fogyatékosok szellemi és fizikai képességei nagyobb összhangban vannak.

2. Beépülés a foglalkoztatásba

2.1. Nyílt foglalkoztatás

Az események logikai sorozatát követve - attól a perctől, melyben a fogyatékos kifejezésre juttatja munkavágyát, addig, amíg e vágy nem teljesül - megmutatjuk azokat az akadályokat, melyekkel akkor találkozunk, amikor munkát vállal /belépés/ fogyatékosága jellegétől és mértékétől függően /sokaság/, majd pályája során /szemmel-tartás és mobilitás/.

2.1.1. Belépés

Az állás-ajánlás kötelezettsége - úgy látszik - egyik formájában sem bizonyult olyan megoldásnak, melyben az országok törvényhozói reménykedtek /kvótarendszer, fenntartott állások, elsőbbség a munkaerőtoborzásban/. A ténylegesen foglalkoztatott fogyatékosok száma csaknem minden országban kisebb a törvényben előírt aránynál, melyet egyedül az NSZK-ban értek el /a súlyosan fogyatékosoknál 6 százalék./

Ez a helyzet nemcsak a gazdasági válság miatt alakult ki; a jelek szerint a fokozott támogatás elvesztette lendületét. A mélypontot Olaszországban érték el, ahol a legutóbbi törvénykezés a kivételeknek olyan széles tartományát engedélyezte, hogy a foglalkoztatási kötelezettség minden tartalmát elvesztette, a jogszabályi kivételek még a Nagy-Britanniában engedélyezett mértékét is meghaladták. A fenntartott állások és az elsőbbség a munkaerőtoborzásban olyan módszerek, melyek alighanem kudarcra ítéltettek, bár a francia közszolgálat tett néhány reményteljes lépést ezen a területen az elmúlt években /különösen a francia posta/.

A formális intézményrendszer segítségével történő munkába állítás nyilvánvalóan zökkenőmentesebben működik az érzékszervi fogyatékosok esetében, például Nagy-Britanniában.

E kedvezőtlen jelenségekkel szemben az általunk nem-formálisnak nevezett intézményrendszert kell létrehozni a különböző országokban. Ezeket két alapelv szabályozza. Az első a humanizálás: a fogyatékosok és az elhelyezésükkel foglalkozó intézmények közötti kapcsolatot személyesebbé kell tenni. A második alapelv azoknak az utaknak és eszközöknek a fejlesztése /tanácsadó testületek, beszámolók, találkozók/, melyek öszközlik a különböző társadalmi csoportok /kis és közepes vállalatok vezetőit, szakszervezeteket, a fogyatékosok szervezeteit, a helyi hatóságokat/ közvetlen részvételét ebben a munkában.

Az alapelvek helyességét két példa illusztrálhatja:

Franciaországban a fogyatékosok szakmai képzésével foglalkozó néhány magán központ megszervezte saját álláskereső és elhelyező hálózatát. A központok - számolva az Agence Nationale pour l'Emploi /ANPE/ monopóliumával, valamint azzal, hogy az ANPE tisztviselői kevesen vannak és gyengén képzettek - munkához láttak és pótolták a hézagot, bár folytatták az együttműködést az ANPE hivatalnokaival is. Ehhez hasonló magán-kezdemenykezéssel találkozhatunk Belgiumban, a Braille Szövetség erőfeszítéseit látva.

Olaszországban néhány körzet olyan törvényprogramot dolgozott ki, mely a helyhatóságokban, a társadalmi erővel aktiv kap-

csolatot tartó bizottságokat állítana föl azért, hogy a helyi erőforrások figyelembevételével megvitassák a fogyatékosok elhelyezkedésének lehetőségeit. A bizottsági tagok az általuk összegyűjtött információkat közlik saját intézményeikkel, és bizonyos esetekben nyomást is gyakorolhatnak rájuk.

Ugyanilyen módon, a két alapelv szellemében holland és dán szakképzési központok is felállítottak nem hivatalos rendszereket a közvetítés hatásossága érdekében.

A hivatalos munkaközvetítő gépezet hiányosságainak felszámolásáért tett informális erőfeszítések megvilágítják az alapvető problémát.

A hatóságok különböző módszereket tanácsolnak, hogy ösztönözzék a fogyatékosok elhelyezkedését: teszik ezt kulturális, anyagi és technikai ösztönzőkkel. Ez az "ostor és mézesmadzag" /büntető és javadalmazó/ politika, és az ezzel párhuzamos alkalmazási kötelezettség sem meggyőzéssel, sem kényszerítéssel nem hozott sikert.

A tehetetlenségnek az a fala, mellyel a fogyatékosok szembe kerülnek amikor kísérletet tesznek az elhelyezkedésre, a fogyatékosokról alkotott kulturális előítéletekből és a társadalom szellemi lomhaságából épül fel. Ezért a pusztán anyagi megközelítés kevés eredménnyel jár.

Az NSZK-ban, ha a munkáltató elmulasztja a fogyatékosok alkalmazási kötelezettségét teljesíteni, jelenleg 100 DM adót fizet. A munkáltatók tekintélyes része /34%/ inkább fizeti ezt az adót, minthogy eleget tenni kötelezettségének, mert egy fogyatékos betanítási költsége nagyobb mint a büntetés. Hozzá kell tennünk, hogy a Szövetségi Kormányhoz ily módon befolyó pénz nem csekély része a szakképzési és rehabilitációs költségvetésnek.

A meggyőzés és kötelezés folyamatát előre lehetne lendíteni, ha az adókat vagy büntetéseket logikus határig fölemelnék úgy, hogy a büntetés költsége nagyobb legyen, mint a fogyatékos felvétele. Ez az eljárás - bár logikus - nyilvánvaló kockázatot rejt magában.

A kormányzati szervek és a közvélemény felrázását szolgáló egy alapos kampány a "nem-formális intézmények" elterjesztéséért.

Fontos és feltétlenül tisztázandó elvi kérdés, hogy az elfogadható eséllyel induló enyhén fogyatékosok taborát valószínűleg csak úgy szélesíthetnék ki, ha hozzájuk sorolnánk a közepesen fogyatékos szakképzett embereket is.

2.1.2. Foglalkozás

Ezen a területen hasznos lenne az integráció minőségét meghatározó tényezőkre irányítani a figyelmünket. Ezek: a szemmeltartás, a mobilitás és az előrelépés. Hangsúlyoznunk kell e tényezők fontosságát, mert nemcsak a munkaközvetítés folyamatosságát és állandóságát határozzák meg, hanem annak a - néha katasztrófális következményekkel járó - visszaesésnek a kockázatát is, amelynek az érintettek ki vannak téve.

a/ Szemmeltartás

Szemmeltartó csoportok több országban működnek. Észak-Európában a helyi vagy a szövetségi hivatalok állítanak fel ad hoc csoportokat /lévén a szövetségi kormányok felelősek a rendelkezések alkalmazásáért/. Olaszország néhány körzetében a törvény kifejezetten említi ezeket a csoportokat.

Dániában a többszörösen hátrányos helyzetű személyek támogatására létrehozott, több foglalkozást képviselő, legalább három fős csoportok /egyszerűbb esetekben egyetlen ember/ utmutatást, tanácsot, orvosi és technikai támogatást és tanítást/képzést, valamint pszichológiai segítséget nyújtanak.

Az NSZK-ban ugyanezt az ellenőrző tevékenységet - bár a társadalmi beilleszkedésre korlátozva - egyetlen személy /pártfogó vagy nevelő/ végzi.

Észak-Olaszországban egy pártfogó három hónaptól egy évig tartó időszakban támogatja a fogyatékos munkást. Ha más területeken is szükség van segítségre, a pártfogó a megfelelő specialistához fordul. Ezt a tevékenységet olyan erőfeszítések kísé-

rik, melyek arra irányulnak, hogy munkatársai elfogadják a fogyatékos /hasonló rendszer működik Közép-Olaszországban is/. Livornóban a szakszervezeti testület tagjai a munkahelyen végzik ezt a tevékenységet.

b/ Előrelépés

Akár fogyatékos a munkás, akár egészséges, a fejlődés lényeges ahhoz, hogy feljebb lépjen a társadalmi ranglétrán és megőrizze munkateljesítményét. Az emberek - megfigyeléseink szerint sok helyütt - minden érdeklődésüket elveszítették a fogyatékos pályája és előmenetele iránt.

c/ Mobilitás

Ha összeállítanánk egy listát azokról a problémákról melyekkel a fogyatékosok találkozhatnak, a mobilitás kérdése bizonyosan a sor vége felé foglalna helyet. Az életben azonban erős hatással van a társadalmi beilleszkedés egészére. A mobilitás lehet az az eszköz, mely a munkateljesítményt lépésről lépésre növeli /nem is szólva a szakmai előrelépés kilátásairól/. A mobilitás hiánya viszont fék, olyan elszigetelő tényező, mely a fogyatékos egy "termelési enkláve-ba" szorítja a munkahelyen belül vagy kívül.

2.2. Foglalkoztatás védett környezetben

Beszéltünk már arról a hivatalos nézetről, hogy a védett környezetben végzett munkának lényeges szerepe van. Azt az érvünket, hogy az alkalmazásnak ez a fajtája tulzott védelmet nyújt, különböző országokból származó megfigyelések támasztják alá és igazolják.

Ha egy fogyatékos személyt a nyitott környezet elutasít, nem marad más választása mint a védett üzem /erre összpontosítjuk figyelmünket, bár kutatás tárgyai lehetnek a hagyományos zárt intézetek, elmeógyógyintézetek vagy börtönök is/.

2.2.1. Belépés

Ez az elutasítás önmagában eldönti a fogyatékosok egy részének sorsát, akik számára a védett üzem menedékhely. A védett munkahelyre való belépés az országok eltérő gyakorlatától függ /igy többek között a hivatalos megbecsülés határai, kórházak és védett műhelyek közötti kapcsolatok, a szakmai képzéssel foglalkozó központok és egy védett környezet viszonya is/. A fogyatékosokkal kapcsolatos politika és a költségvetési megfontolások irányítják a védett műhelyek sorsát. Különösen az NSZK-ban. Más országokban a törvényhozói választás világos, ugyanis nincsenek védett műhelyek. Ez a hivatalos álláspont Olaszországban, bár a valóság ettől némiképp különbözik.

A védett helyeken dolgozók összetétele országonként különböző. Lehetnek elsősorban szellemileg visszamaradottak /Nagy-Britannia és Görögország/, viszonylag fiatal, többszörösen hátrányos helyzetűek /Irország/ vagy előfordul, hogy még változatosabb a kép /Luxemburg/.

2.2.2. Tevékenységek

A védett műhelyek ugyanannak a gazdasági nyomásnak vannak kitéve mint a piac. A legtöbb műhely olyan magáncégek alvállalkozója, melyek kompetitív gazdasági elvek alapján működnek. Szigorú gazdaságossági szempontok szerint. Ebből kényes helyzet következik. A tőkét a védett műhelybe a "közös pénztárcából" kell adni. Ez a hozzájárulás - mely gyakorta tekintélyes része a fogyatékosokra szánt költségvetésnek - életben tartja a védett műhelyeket, de ellenszenvet ébreszt néhány nem támogatott magánvállalatban, melyek ezt a tisztességtelen verseny forrásának tekintik /például Nagybritanniában/.

Néhányan úgy érzik, hogy a védett műhelyek jogtalanul bitorolják kedvezményes pozícióikat, mert sok műhely korántsem kifizető.

A védett műhelyek sajnos sokszor zsákutcák az érintettek számára. A fogyatékos munkás, aki úgy tekint a védett műhelyekre, hogy ezáltal beilleszkedhet a dolgozók világába, gyakran rádöbben, hogy mindez hiu remény. Nemcsak azért mert a védett műhelyek céljai megváltoztak időközben - s ezen a gazdasági válság csak rontott -, hanem azért is mert sok esetben az általuk nyújtott szakmai képzés nem átgondolt vagy nem segíti a fogyatékosot, hogy a piacra bátran kiléphessen. S a piacon tapasztaltak nem is hasonlítanak a védett műhelyben látottakra.

2.3. Alternatív foglalkoztatási rendelkezések

Az újabb kísérletek a szövetkezeti mozgalomhoz és a kisvállalkozások beindításához kapcsolódnak. Ez utóbbi mintája Heidelbergben már működik.

Olaszországnak különösen szoros a kapcsolata a fogyatékosokkal foglalkozók és a szövetkezeti mozgalom között. Más európai országokban azonban az ilyen jellegű vállalkozások még mindig elég elszórtak. Nem általánosak, de legalább léteznek, mint például a "Honvol" Belgiumban.

Az olasz szövetkezeti mozgalom sok hátrányos helyzetű foglalkoztat /különösen szellemi fogyatékosokat és elmebetegeket/. A szövetkezet keretei között munkalehetőségeik rugalmasak. Erre a rugalmasságra nagy szükségük van /részmunkaidő, kis termelékenységet igénylő munka/. A fogyatékosok és egészségesek vegyes szövetkezetei a mezőgazdaságban, a kisiparban vagy a szolgáltató szektorban gyakran épülnek be nagyobb "életközösségekbe". Ezzel a lakáshelyzet, a szakmai képzés és a tanulói idő problémáinak tartósabb megoldására törekednek.

A kisvállalkozások megteremtése pozitív eredményekhez vezetett. Az NSZK-ban a foglalkoztatási hivatal a mozgalmat támogatásával és együttműködésével kiemelte az ismeretlenségből.

A vállalkozásnak e két fajtája mutatja azt az utat, melyen az emberek eljuthatnak a valódi integrációhoz, s szilárdan megvethetik lábukat egy nem védett környezetben is.

VÁLOGATÁS NÉHÁNY ORSZÁG REHABILITÁCIÓS
GYAKORLATÁBÓL^{x/}

BELGIUM

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Csökkent munkaképességűeknek Belgiumban azokat a belga állampolgárokat tekintik, akiknek a fizikai munkaképessége legalább 30 százalékban, vagy szellemi munkaképessége legalább 20 százalékban megromlott, és emiatt foglalkoztatási kilátásaik jelentősen csökkentek.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

Az 1980. évi census alapján, amelyet a foglalkoztatást elősegítő általános tanács végzett, a 0 és 65 év közötti korosztályban 668.200 főnyi a fogyatékosok létszáma, ami az összlakosság 8,6 százaléka.

3. A foglalkoztatás elősegítéséért tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

Azokra a csökkent munkaképességűekre, akiket a Fogyatékosok Társadalmi Rehabilitációjának Nemzeti Alapja /FNRS/ nem tart nyilván, a munkanélküliekre érvényes általános jogszabályok vonatkoznak.

Az FNRS által nyilvántartott csökkent munkaképességűek számára az ONEM /Nemzeti Foglalkoztatási Hivatal/ nyújt segítséget. Az ONEM közös irányítás alatt álló közintézmény, amelynek egyik

x/ The economic integration of the disabled: an analysis of measures and trends in member states.

Annex 3: Selected national legal references. Belgium, 1984.

alapvető feladata a munkások toborzásának és elhelyezésének támogatása és szervezése. Felelős azoknak a nyilvántartott fogyatékosoknak az elhelyezéséért, akiknek képzését társadalmi vagy szakmai rehabilitációját befejezték, és alkalmasak arra, hogy magánvállalatnál munkát vállaljanak.

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Magánszektor

Az ipari, kereskedelmi és mezőgazdasági vállalatok közül azok, amelyek legalább 20 főt foglalkoztatnak, kötelesek csökkent munkaképességű munkást felvenni. A gazdaság minden szektorára bizonyos kvótát állapítanak meg /a megfelelő intézményekkel egyeztetve/, s az ONEM részletezi, hogy egy adott munkáltató hány fogyatékos munkást köteles foglalkoztatni. A kézművesek és a szellemi foglalkozások esetében nincsen kötelező foglalkoztatás. Az FNRSH a fogyatékosok foglalkoztatásához szükséges felszerelések és berendezések beszerzéséhez és felállításához pénzügyi támogatást nyújthat.

3.2.2. Állami szektor

Bizottságot hoztak létre azzal a feladattal, hogy segítsék elő a csökkent munkaképességűek kormányhivatalok útján történő elhelyezkedését. Az FNRSH közli a bizottsággal azoknak a fogyatékosoknak a listáját, akik kormányhivatalok segítségével kívánnak munkát vállalni.

A bizottság - a hivatalokból beérkező igények alapján - kiválasztja azokat a pályázókat, akik szóba jöhetnek. Amint az állami munkaerőtoborzó titkárság megállapítja, hogy a jelöltnek meg van a megfelelő szakképzettsége, és a feltételeknek is megfelel, a bizottság a jöltet alkalmasnak nyilvánítja, s begyakorlásra elhelyezik.

Állami szervek és közszolgáltatások esetében kívánatos bizonyos számú csökkent munkaképességű munkás foglalkoztatása. 1976-ban 1.200 munkahelyet tartottak fenn kormányhivatalokban

az FNRSH által nyilvántartott fogyatékos munkások számára, míg bizonyos közszolgáltatásoknál 90 fogyatékos munkást kötelesek foglalkoztatni. Amennyiben nincsenek ilyen kvóták, az érintett minisztériumokat és szerveket arra kérik, hogy létszámbővítés vagy pótlás útján a személyzet 3 százalékát csökkent munkaképességűekkel töltsse fel. A területi, helyi és városi hatóságok és társaságok, valamint a közjóléti központok minden 55 teljes munkaidős munkás után egy csökkent munkaképességűt kötelesek foglalkoztatni.

3.3. Különleges intézkedések

Azon fogyatékosok számára, akiknek testi fogyatékosága - annak természete vagy súlyossága miatt - akadályt jelent abban, hogy időszakosan vagy állandóan rendes munkafeltételek mellett dolgozzanak, védett műhelyeket hoznak létre, amelyet az FNRSH alapít vagy támogat. Az FNRSH azonban nem él azzal a lehetőségével, hogy ilyen védett műhelyeket alapítson, inkább az egyéni vagy hivatalos kezdeményezésre létrehozott védett műhelyeket támogatja. Ezeknek a műhelyeknek biztosítaniuk kell, hogy orvosi és szakmai irányítás mellett a csökkent munkaképességű dolgozók fizetés ellenében hasznos munkát végezzenek. Lehetőséget kell nyújtani számukra a szakmai rehabilitációhoz és az előrejutáshoz, s elő kell segíteni átlépésüket a nyílt foglalkoztatásba. A dolgozókkal rendes munkaszerződést, különleges tanoncszerződést vagy otthoni munkára szóló szerződést kötnek.

Azok számára, akik nem képesek a mindennapi életben ellátni önmagukat, egy külön alapot hoztak létre, amely egészségügyi, társadalmi és képzési szempontból gondjukat viseli, és amelyből fedezik szállásukat, ellátásukat és ápolásukat. Ezt bentlakásos vagy részben bentlakásos otthonokban valósítják meg, amelyet az egészségügyi miniszter hagy jóvá.

3.4. Egyéni támogatás

A kormányhivatalokban alkalmazott csökkent munkaképességű gyakornokot alkalmatlanság indokával nem lehet elbocsátani, csak akkor, ha a fogyatékosok elhelyezéséért felelős bizottság szakvéleményét kikérték. Amennyiben a feltételekben előre nem állapódtak meg, a fogyatékos a begyakorlási időt követően nem lehet elbocsátani, ha a begyakorlás nem volt tökéletes. A magánszektor esetében az FNRSH pénzügyi támogatást nyújt a munkáltatóknak, hogy a csökkent munkaképességű munkásnak csak akkor fizessen a normál bérnél kevesebbet, ha a teljesítménye elmarad a szokásostól.

3.5. Pénzsegély

A fogyatékos személy a munkaeszközök és munkaruha költségére, valamint bérgaranciára kérhet segílyt. A csökkent munkaképességű munkást foglalkoztató munkáltató segílyt kérhet a munkahely átalakításának költségeihez /a támogatás a munkahely átalakítás felmerült költségeinek egészét fedezi; 1981-ben összesen 16 ilyen volt, zömében telefonközponttal kapcsolatos/ a munkabérhez és az adózáshoz kiegészítésként /egészen addig míg a fogyatékos munkás el nem éri a normális teljesítményt; 1981-ben 76 kérelem volt/.

Az ONEM támogatást nyújthat olyan munkanélküliek foglalkoztatásához akik "nehezen eladhatóak". Ennek a támogatásnak a célja, hogy ellensúlyozza a teljesítménynek azt a csökkenését, amely a fogyatékos munkás lassabb betanulásából fakad. Az tekinthető "nehezen eladható" munkanélkülinek, aki a munkába lépését megelőző kilenc hónapból hatot munkanélküli segílyen töltött, s akinek munkaképessége munkába lépésekor jelentősen csökkent /fizikai munkaképessége legalább 30 százalékkal, vagy szellemi munkaképessége legalább 20 százalékkal/.

A Nemzeti Foglalkoztatási Hivatal alkalmazási támogatást nyújt /62.500 BF negyedévre, illetve 250.000 BF egy évre/ a munkáltató számára, amely 38 órásnál nem hosszabb munkahetet vezet be, illetve ha 1982 óta növelte a fogyatékos munkások számát.

4. Csökkent munkaképességű munkások képvisellete

A vállalati testületekben a fogyatékos munkásoknak nincsen külön képvisellete.

Az FNRSH adminisztratív testületeiben szervezetek révén képviseltetik magukat.

Egyéb testületek: a csökkent munkaképességűek képzésével, rehabilitációjával vagy társadalmi integrálódásával foglalkozó szervezetek; betegségbiztosító testületek; magánvállalkozó munkások szervezete; munkásképviselői szervezetek.

DÁNIA

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Átfogó definíció nincsen.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

Becslések szerint mintegy 350.000 csökkent munkaképességű van, a teljes népesség 6 százaléka.

3. A foglalkoztatás elősegítéséért tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

A szakmai rehabilitációért, a Munkaügyi Minisztériummal egyeztetve a helyi jóléti bizottságok felelősek. Ezek védett műhelyekben biztosítanak munkalehetőséget.

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Magánszektor

A csökkent munkaképességűek előnyt élveznek, ha ujság-, üdítőital- vagy édességárusítási engedélyt kérnek.

3.2.2. Állami szektor

A helyi és központi kormányhivatalok, közszolgáltatások, minden központi alapból finanszírozott intézet új munkaerő keresésekor előnyben kell, hogy részesítse azt a jelentkezőt, aki fogyatékosága miatt a rendes munkaerőpiacon nehezen talál munkát.

3.3. Speciális intézkedések

A foglalkoztatás védelme három módon valósul meg: támogatott műhelyekkel; védett állásokkal és egyéni védett állásokkal.

A támogatott műhelyek mindenek előtt a súlyosan fogyatékosok foglalkoztatására hivatottak. Azokéira, akik még képesek szellemi vagy fizikai tevékenységre. Az egyéni védett állások lehetőségét szintén azért ösztönözték, hogy a munkaképes fogyatékosok munkanélküliségét visszaszorítsák.

1980-ban 253 fogyatékosnak jutott egyéni védett munkahely, 1981-ben a támogatott műhelyekben 7.447 munkahely volt.

3.4. Pénzsegély

A fogyatékos számára pénzügyi támogatás nyújtható szerzők, gépek és járművek beszerzésére. Aki betegsége vagy idős kora miatt munkaképtelen, pénzügyi segílyt kaphat, amely lehetővé teszi számára korábbi életének fenntartását. Pénzügyi segílyt kaphat az is, aki a kereskedelemben vagy az üzleti életben vállalkozni kíván.

A kormány a magánszektor azon munkáltatóinak, akik fogyatékosokat foglalkoztatnak, egyéni védett munkahely létrehozásáért a fogyatékos munkás bérének 40 százaléka erejéig nyújtanak támogatást.

4. Csökkent munkaképességű munkások képvisellete

A nemzeti, területi és helyi tanácsadó testületek /utóbbi szabadon választható, de a helyhatóságok több mint felénél működik - mintegy 150 helyen/ figyelik a törvények alkalmazását, és javasolják a jogszabályváltozásokat.

FRANCIAORSZÁG

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Akinek esélye a munkaalkalom megszerzésére és megtartására szellemi vagy fizikai képességeinek romlása avagy hiánya miatt lényegesen csökkent, fogyatékos munkásnak tekintendő. A fogyatékoságot a COTOREP /Szakmai Tanácsadás és Rehabilitáció Technikai Bizottsága/ tartja nyilván. A fogyatékoságnak három kategóriáját különböztetik meg: A=enyhe /1/2 egység/; B=közepes /1 egység/; C=súlyos /2 egység/.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

Néhány becslés szerint a dolgozó népességben mintegy 1,200.000 fogyatékos van.

3. A foglalkoztatás elősegítése érdekében tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

A Nemzeti Foglalkoztatási Iroda felelős a fogyatékosok elhelyezéséért, az előzetes tanácsadó központokkal, a rehabilitációt előkészítő és nyomonkövető teamekkel valamint a COTOREP-pe1 együttműködve.

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Állami szektor

A fogyatékosok számára 10 százalék körüliek a fenntartott munkahelyek. A fenntartott munkahelyek listáját rendelet rögzíti, mely minden egység adminisztratív állományára vonatkozik, a katonai rokkantsági nyugdíjról szóló Munka Törvénykönyve megfelelő cikkelyével összhangban. A foglalkoztatás hozzáférhetősége nyílt verseny kérdése, azzal a fenntartással, hogy a COTOREP igazolja: a jelentkező fogyatékosága mellett az adott munkahely kivánalmaiban versenyképes. Amennyiben a COTOREP kiadta az igazolást, a fogyatékosat fogyatékosága miatt nem lehet kirekeszteni a versenyből.

3.2.2. Magánszektor

A Munka Törvénykönyve bizonyos munkáltatókat arra kötelez, hogy megadott arányban fogyatékos munkást foglalkoztassanak. Ez az állandóan 10 főnél /a mezőgazdaságban 15 főnél/ több munkást foglalkoztató munkahelyekre érvényes. A kvóta általában nem haladja meg a 10 százalékot. A munkaügyi miniszter a súlyos fogyatékosok számára rendeletileg fenntartott teljes- vagy részmunkaidős állásokat biztosít mesterségekben, foglalkozásokban vagy egyéni munkahelyeken. A Munka Törvénykönyve alapján bizonyos munkáltatók arra kötelezettek, hogy ennek érdekében osszanak el meghatározott /listán felsorolt/ munkahelyeket.

3.3. Speciális intézkedések

A külső munkásvilágba integrálódni képtelen csökkent munkaképességűek számára háromféle foglalkoztatási lehetőség van védett környezetben. Könnyű részmunkaidős foglalkoztatási lehetősége van - a COTOREP-pel történt konzultáció után - annak a fogyatékosnak, akinek fizikai vagy szellemi állapota nem teszi lehetővé, hogy teljes munkaidőben vagy normális munkatempóban dolgozzon. Amennyiben egy fogyatékos foglalkoztatására

normál körülmények között nincs lehetőség, védett műhelyben foglalkoztatják, ha munkaképessége a határozatban rögzített mértéket /a normál munkaképesség adott %-át/ eléri vagy meghaladja; avagy bedolgozói rendszerben is dolgozhat.

Azok számára, akik időszakosan vagy állandóan alkalmatlanok arra, hogy a külső foglalkoztatásban, a védett műhelyekben vagy a bedolgozói hálózatban dolgozzanak, avagy önállóként tevékenykedjenek, a CAT-ok /Szociális Ellátási Központok/ állnak rendelkezésre. Ezeket a központokat úgy jellemezhetjük, mint olyan fogadóegységek sorozatát, amelyek lehetőséget nyújtanak szakmai jellegű tevékenységre, társadalmi oktatási és egészségügyi támogatással egyesítve. Egyben lakókörnyezetet is jelentenek, amely az önmegvalósítást és a társadalmi beilleszkedést segíti elő.

3.4. Egyéni támogatás

A munkahelyeken a fogyatékos dolgozók speciális támogatásban részesülnek, melynek alapján a próbaidőn belül, amelyet a kollektív szerződés avagy annak hiányában a szokás vagy gyakorlat szabályoz, fizetésük nem lehet alacsonyabb mint az adott munkáért azon a területen mértékadó átlagos fizetés. A próbaidőt követően a fogyatékos dolgozónak fizethető bér nem lehet alacsonyabb, mint amelyet szabályzatban vagy a vállalatra érvényes kollektív szerződésben rögzítettek. Azoknak a fogyatékos munkásoknak, akik számottevően gyengébben teljesítenek, alacsonyabb bért fizethet a munkáltató. A csökkenés mértéke azonban nem lehet több mint 10 százalék /közepes fogyatékoság esetén/, vagy 20 százalék /súlyos fogyatékoságnál/. A Munka Törvénykönyve értelmében az elbocsátás bejelentésének időpontja a fogyatékosok és a súlyos csökkent munkaképességűek esetében a szokásosnak kétszerese. Az elbocsátással szemben garanciát jelent, hogy az állami szektorban a munkához szükséges képességek csak fizikai munkaképtelenség esetén lehetnek az elbocsátás okai, s ez nem érinti azokat a fogyatékos dolgozókat, akik több mint hat hónapja dolgoznak államosított közhivatalokban vagy vállalatoknál.

3.5. Pénzsegély

A fogyatékos segélyben részesülhet ismételt munkakezdesi díjként, amikor egy szakmai rehabilitációs tanfolyamot befejezett, feltéve, hogy bizonyos feltételeket kielégít. Indulási támogatást kaphat a tanfolyam befejeztével olyan berendezések beszerzéséhez, amelyekre - azon a területen, ahová a COTOREP irányította - szüksége lesz.

Ezen kívül a munka költségeivel kapcsolatos kiegészítő járadék is adható.

A fogyatékosokat foglalkoztató munkáltatók számára lehetőség van bércsökkenésre. Amennyiben ugyanis a fogyatékos munkás munkaképessége csökken és teljesítménye számottevően gyengül, a munkáltatónak lehetősége van kevesebb bért fizetni számára. Kaphatnak a cégek munkahelyátalakító segélyt, melynek során a kormány az átalakítás költségeinek maximum 80 százalékát nyújtja támogatásként. A fogyatékos munkások beilleszkedését segítő támogatás célja olyan költségek ellensúlyozása, amelyek a fogyatékosok alkalmazásával merülnek fel. A kormány ilyen költségek 50 százaléka erejéig ad támogatást. Fogyatékos munkások foglalkoztatása esetén a tanoncok mestereinek fizetett támogatás azoknak a vállalatoknak a vezetőit illeti, ahol fogyatékos munkásokat képeznek, s a támogatás a mester tiszteletdíját minden tanonc után adott összeggel egységesen megemeli.

4. Csökkent munkaképességű munkások képvisellete

A fogyatékos munkásoknak vállalaton belül nincsen önálló képvisellete. A vállalaton kívüli képviselletei: a COTOREP, amelynek tagjai sorába olyan emberek tartoznak, akik a felnőtt fogyatékos munkásokat képviselő szervezetek tagjai. Az ONAC /Nemzetközi Veteránszervezet/, amelyhez a fogyatékosok úgy tartoznak, hogy a veteránok ügyeit intéző bizottságban képviselik magukat, amely az állami szektorbeli foglalkoztatással kapcsolatos besorolásokkal és meghatározásokkal foglalkozik. A Fogyatékos Munkások Szakmai és Társadalmi Rehabilitációjának Legfelsőbb Tanácsa, ahol csökkent munkaképességűeket képviselő

szervezetek delegálják magukat, s amelynek feladata, hogy előmozdítsa az állami- és magánvállalkozást a rehabilitáció, átképzés és elhelyezés területén, valamint hogy tanácsot adjon az illetékeseknek a fogyatékosokkal kapcsolatos törvénykezésben. S végül a GIRPEH /Területi Szakmaközi Csoportok a Fogyatékosok Helyzetének Előmozdítására/, amely csoportok munkáltatókból, bérből élőkől ugyanugy állnak, mint fogyatékosokból. Alapvető céljuk, hogy segítsenek a munkáltatóknak csökkent munkaképességű munkaerők integrálásában és irányításában, elősegítsék a fogyatékos munkakeresők beilleszkedését, erősítsék a hétköznapi munkásvilág és a védett foglalkoztatás közötti kapcsolatokat.

GÖRÖGORSZÁG

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Csökkent munkaképes az a személy, aki fizikai, szellemi vagy társadalmi okból visszamaradt olyan általános illetve részleges fogyatékoságban szenved, ami az egészségesek számára létező oktatásban és szakképzésben való részvételt nehezíti, esetleg lehetetlenné teszi a számára. A fogyatékoság 11 kategóriáját különböztetik meg.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

A fogyatékosok száma ismeretlen, nemzetközi normákat alkalmazva azonban a népesség 8-10 százalékára tehető, azaz 700.000-1.000.000 ember.

3. A foglalkoztatás elősegítéséért tett intézkedések

3.1. Elnhelyezés

Az OAED /Munkaerőtanács/ és a foglalkoztatási hivatalok felelősek az egész országban a fogyatékosok elhelyezéséért. A szakképzett fogyatékos munkást a foglalkoztatási hivatal tart-

ja nyilván és speciális igazolvánnyal látja el. A szokásos formásokat követően a fogyatékos az OAED által megállapított háromféle elsőbbség egyikének alapján kerül a munkaerőpiacra. "A" típusu prioritással azok rendelkeznek, akik sem állami, sem magánszférából nem kapnak nyugdíjat vagy segélyt. "B" típusu prioritása azoknak van, akik munkaképességük 33-50 százalékos elvesztésének megfelelő nyugdíjat kapnak, "C" típusu a prioritása azoknak, akik 51-66 százalékos munkaképesség elvesztésnek megfelelő rokkantnyugdíjat kapnak.

3.2. Általános intézkedések

Fogyatékos felvehetnek a közhivatalok, államosított közös vállalatok, helyi szervek és az állami szektor vállalatai. A foglalkoztatási kvóta a szakképzettségtől függően változik. A magánszektor munkáltatói számára nincsen semmiféle foglalkoztatási kötelezettség.

3.3. Különleges intézkedések

Számos fogyatékos dolgozik zártan nevezhető műhelyekben, melyeket magántársaságok és az ortodox egyház tartanak fenn. Minden védett műhely tehát magánkezdeményezés eredménye.

3.4. Pénzsegély

Az 1982-ben hozott területfejlesztési törvény számottevő pénzügyi támogatást biztosít azoknak a fogyatékosoknak, akik a kereskedelemben önállóként akarnak dolgozni. A munkáltató támogatást kaphat a fogyatékosok foglalkoztatásához szükséges technikai átalakításhoz; megkaphatja a fogyatékos munkás bérének egy részét; "ex gratia" díjat kaphat, ha a törvény által előírt számnál több fogyatékos foglalkoztat. Az 1982-es törvény lényeges összegeket nyújt a fogyatékos munkások rehabilitációjának felgyorsítását szolgáló központok és műhelyek létesítéséhez, valamint olyan új vállalatok létrehozásához, amelyek döntően fogyatékosokat foglalkoztatnak.

HOLLANDIA

1. A csökkent munkaképesség fogalma

A fogyatékosokat úgy definiálják, mint akik képesek dolgozni, de személyes okok miatt nem találtak normális foglalkoztatást. Csökkent munkaképességű az a személy, akinek kilátásai a létfenntartáshoz szükséges kereset megszerzésében lényegesen korlátozottabbak fizikai vagy szellemi gyengeség, betegség miatt.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

A teljes népesség 14,247.000; egyes becslések alapján a népesség 10,4 százaléka csökkent munkaképességű.

3. A foglalkoztatás elősegítéséért tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

Az a személy, aki önmagát csökkent munkaképességű munkát keresőnek tekinti, kérheti a területi foglalkoztatási hivatalt, hogy mint illet tartsa nyilván, erről igazolványt kap. A területi foglalkoztatási hivatalokon belül felállított tanácsadó bizottságok döntenek az érdekelt felek /csökkent munkaképességűek, munkáltatók vagy a területi foglalkoztatási hivatalbeliek/ kérelmeiről.

A szociális foglalkoztatás a helyi hatóságok feladata, melyhez támogatást kapnak egy ugyancsak helyi tanácsadó testülettől, a területi foglalkoztatási hivataltól, a kiegészítő társadalmi juttatások országos tanácsadóitól, a három fő szakszervezeti szövetség képviselőitől és a hivatalos munkáltatók országos szervezetétől. Az egyes helyi hatóságok kötelezettségüket többféleképpen teljesíthetik: közvetlenül alkalmaznak fogyatékosokat; közvetetten egy magáncégen keresztül; közvetetten egy másik helyi hatóságon keresztül vagy más helyi szervekkel közösen létrehozott testület révén. A fogyatékos személy minden olyan döntés ellen fellebbezhet, amely őt károsan érinti.

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Állami szektor

Az állami szektorban 21 és 50 fő közötti létszám esetén egy csökkent munkaképességű munkást kell foglalkoztatni, és minden további 50 fő után ismételten egy főt. Ezek alapján a kötelező kvóta kb. 2 százalékos. A fogyatékos munkaerő alkalmazásának kötelezettsége csak akkortól érvényes, amikor új létszámot alkalmaznak. Az álláshoz szükséges feltételeknek meg nem felelő fogyatékos nem kell alkalmazni.

3.2.2. Magánszektor

A kötelezettségek megegyeznek az állami szektoréval. Mindkét esetben a munkáltató kötelezettsége a munkahely és a munkaeszközök alkalmassá tétele.

3.3. Különleges intézkedések

A holland jog és egyéb szabályozás alapján a védett műhelyekben történő foglalkoztatás koncepciója divatjamultnak tűnik. Ezért a törvény által szabályozott munkaviszony létesítése az elfogadott gyakorlat az, amely a lehető legközelebb van munkáltató és a munkavállaló közötti normális kapcsolathoz. Az állam pénzügyi segítséget nyújt a helyi hatóságnak törvényes kötelezettségeik teljesítéséhez.

A helyi hatóságok minden munkahely vagy intézmény számára kijelölik a megfelelő munkákat. Ezek a munkák egyrészt olyanok, melyek nyereséget hoznak, másrészt bizonyos esetekben a szervezet számára nem profit-termelőek.

A szociális foglalkoztatásra jelentkezőnek eleget kell tennie a következő feltételeknek: a foglalkoztatási hivatalnál mint munkát keresőt nyilván kell tartani őt; a foglalkoztatási hivatal véleménye szerint a nyílt munkaerőpiacon képtelen munkát vállalni; egyet kell értenie munkaképessége kiértékelésével.

Az 1982-86 közötti pénzügyi években a kormány 100 százaléig támogathatja a szociális foglalkoztatással járó kiadásokat. 1982-ben 80.000 munkást foglalkoztattak szociálisan.

3.4. Egyéni támogatás

A csökkent munkaképességű munkás és a szociális foglalkoztatást nyújtó szervezet közötti munkakapcsolat nem a megszokott munkáltató-munkavállaló viszony. A munkakapcsolat akkor kezdődik, amikortól meghatározzák a tevékenység kezdetét, s ezáltal a munkás kötelezettsége, hogy képességeihez mérten dolgozzon /a kijelölt személy irányítása alatt/, vagy munkaképessége ápolásában, rehabilitációjában, fejlesztésében részt vegyen. A helyi hatóság felmondhatja a munkaviszonyt, ha a munkás

- egymás követő 12 hónapon keresztül munkaképtelenség miatt nem dolgozott;
- alkalmazható a rendes munkaerőpiacon vagy megfelelő képzésre vállalkozhat;
- elérte a 65. életévét;
- jelét adja /ön maga vagy képviselőjén keresztül/, hogy nem kívánja a munkakapcsolatot folytatni;
- elveszti holland állampolgárságát vagy tartósan elhagyja hollandiai lakhelyét;
- fegyelmezetlen a munkavégzés során;
- komolyan megtagadja foglalkoztatási kötelezettségeit;
- a törvényesen biztosított munkahely megszűnik.

Az elbocsájtásról ki kell kérni a tanácsadó bizottság véleményét. A munkásnak minden lehetőséget meg kell adni, hogy a kérdéstről ő is nyilatkozhasson, mielőtt a munkaviszonyt felmondanák. A felmondás menetét törvény rögzíti.

3.5. Pénzsegély

A helyi hatóság pénzügyi támogatást nyújthat a munkás vagy vele élő családtagja költségeinek fedezésére. Általános szabályok rögzítik a munkásoknak fizethető béreket és egyéb pénzügyi juttatásokat. Ezeknek a szabályoknak a lehetséges mértékig hasonlítani kell a rendes munkakörülményekére. Pénzügyi és technikai támogatást kaphatnak a fogyatékos munkások és bizonyos körülmények között munkáltatóik is. Ilyen lehet a szakmai képzés, a munkahely alkalmassá tételé valamint a helyváltóztatási eszközök beszerzésének költségeihez való hozzájárulás.

IRORSZÁG

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Pontos meghatározás nincs, noha a törvényekből, a szabályozásból és a rendszerből nyilvánvaló, hogy a fogyatékosokra orvosilag komoly figyelmet fordítanak.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

Nincsen használható statisztikai adat, de az Ir Köztársaságban élő fogyatékosok számát 110.000-re becsülik.

3. A foglalkoztatás elősegítéséért tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

Az NRB /Nemzeti Rehabilitációs Tanács/ felelős a fizikai sérülés vagy állapotromlás miatt csökkent munkaképességűek, fogyatékosok és szellemi fogyatékosok egészségügyi szolgáltatásainak intézéséért, szervezéséért. Feladatai közé tartozik a fogyatékosok egészségi állapotának megfelelő szakképzés, valamint a munkaközvetítő szolgálat ellátása is. Az Ifjúsági Foglalkoztatási Szolgálattal együtt ez a fogyatékosok szakképzésének és elhelyezésének fő csatornája. A munkaközvetítő szolgál-

lat 29 főt foglalkoztat és 7 területi hivatalt működtet. A rehabilitációs folyamat kulcsemberei a munkaközvetítő hivatalnokok. Munkájuk során kapcsolatot teremtenek az összes olyan jó-tékonyági intézménnyel és törvényes testülettel, amely a fogyatékosokkal foglalkozik. Egyik legfőbb feladatuk, hogy hasznosítsák azokat az információkat, amelyek a megfelelő képzési lehetőségekre vonatkoznak,

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Állami szektor

1977-ben a kormány - az állami szektorban - a fogyatékosok foglalkoztatására 3 százalékos kvóta-rendszer bevezetését határozta el. A jelentések szerint 1981-re 1,5 százalékos részarányt sikerült elérni, s 1986-ra remélik, hogy a fogyatékosok 3 százalékát valóban foglalkoztatják.

3.2.2. Magánszektor

A kvóta-elv csak az állami szektorra vonatkozik. A magánvállalatok ösztönzésére történtek kísérletek, ami a fogyatékosok foglalkoztatásának lassu de állandó emelkedésében érzékelhető.

3.3. Speciális intézkedések

Védett műhelyeknek olyan magánkézben lévő műhelyek tekinthetők, melyeket jótékony szervezetek, mindenekelőtt az egyház tart fenn. Tevékenységüket az NRB hangolja össze.

Közösségi műhelyeket alakítottak ki, melyek egyrészt segítséget nyújtanak a fogyatékos munkásnak a szakma-tanulásban és a munkaszerezésben, másrészt védett foglalkozást biztosítanak azoknak akiknek a munka megszerzésében vagy megtartásában különös nehézségeik vannak. E közösségi műhelyek sajátossága, hogy nem választják szét fogyatékoságuk jellege alapján a csökkent munkaképességűeket, hanem különböző fogyatékoságú emberek dolgoznak egy csoportban.

Az egészségügyi miniszter külön tanácsot hozott létre, amely a vakok képzésére és foglalkoztatására speciális műhelyeket működtet. Szellemi fogyatékosok számára minden velük foglalkozó egészségügyi intézményben ipari jellegű szakmai nevelést tartanak. Jótekonysági szervezetek is tartanak fenn a fogyatékosok szakmai nevelésével és felkészítésével foglalkozó központokat.

3.4. Pénzsegély

A NRB a fogyatékosok számára pénzsegélyt adhat /például szerszámok beszerzésére/.

4. Csökkent munkaképességű munkások képvisellete

Ilyennel csak a vakok rendelkeznek, a vakok foglalkoztatásának tanácsán keresztül, mely részt vesz az ir szakszervezeti kongresszuson.

LUXEMBURG

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Minden munkás, aki munkaképességének legalább 30 százalékát elveszti, a megfelelő intézkedések szempontjából csökkent munkaképességű. Súlyosan csökkent munkaképességű az akinek fizikai vagy szellemi képességei annyira megromlottak, hogy külső segítség nélkül nem tudja magát fenntartani a megfelelő kezelés, képzés, rehabilitáció vagy berendezések biztosítása esetén sem.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

A teljes lakosságot 365 ezerre becsülik, a munkaképes lakosság 245.380 fő. Az 1981-ben dolgozók számát 159.800-ra becsülték, míg a munkát kereső munkanélkülieket 1.451-re. Amikor 1979-ben speciális járadékot vezettek be a súlyosan fogyatékosok számára 1981 közepéig a Nemzeti Szolidaritási Alap 2.126

kérelmet kapott, ezekből 502 kérelmet elutasítottak. Az OTH /Fogyatékosok Elhelyezésének és Szakmai Átképzésének Irodája/ 1981-ben 366 új esettel foglalkozott.

3. A foglalkoztatás elősegítése érdekében tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

Az OTH, a munkaügyi miniszternek és a társadalombiztosításnak felelős iroda, mely tevékenységét két bizottságban végzi. A Tanácsadó Bizottság döntéshozó szerv, mely a fogyatékoság mértékének és a korábbi foglalkozási aktivitás összevetésével felbecsüli a munkavégző képesség csökkenését. Mentális betegség csak akkor vehető figyelembe, ha az a munkavégző képesség legalább 30 százalékos csökkenését vonja maga után.

A Munkabizottság a végrehajtó testület. Az OTH a vállalat vezetőivel konzultálva fenntartott állásokat biztosít a fogyatékosok számára.

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Állami szektor

A kormányhivatalok, helyi hatóságok, a nemzeti vasutak és a közhivatalok munkahelyeinek 2 százaléka a fogyatékosokat illeti, akik tisztviselőként, irodistaként és kétékezi munkásként dolgoznak, amennyiben a törvény vagy más jogszabályok által előírt szakképzettségi és alkalmazási feltételeknek megfelelnek.

3.2.2. Magánszektor

A legalább 50 főt foglalkoztató magánvállalatok kötelesek irodai és fizikai munkahelyeik 2 százalékát fogyatékos munkásoknak fenntartani. A 25 és 50 fő közötti létszámot foglalkoztató vállalatok bármely olyan munkára amelyre a fogyatékos munkás különösen alkalmas, számára elsőbbséget kötelesek biztosítani.

Az állami szektor intézményeiben vagy magánvállalatnál üzemi balesetet szenvedett személyt bármely megüresedő munkahelyre előnyben kell részesíteni ott, ahol korábban is dolgozott. 1981-ben az OTH 118 fogyatékos munkást helyezett el.

3.3. Különleges intézkedések

Védett műhelyeket a témával foglalkozó társaságok és szövetségek erőfeszítéseinek eredményeként hoztak létre. Ebben a munkában legnagyobb szerepet a HMC /Szellemi Fogyatékos Gyermekek, Fiatalok és Felnőttek Segélyező Szövetsége/ vállalt. A HMC - a legjelentősebb, fogyatékosokkal foglalkozó szervezet - feladata a súlyosan fogyatékosok rehabilitációs központjának létrehozása; a fiatalok oktatási központjának megszervezése; a szakmai és társadalmi rehabilitációval foglalkozó szervezetekkel való együttműködés és a szakmai képzési lehetőségek fejlesztése.

A legjelentősebb ipari konszernnek - pl. az ARBED Acélmű - saját orvosi szolgálattal rendelkezik, s már hosszú ideje foglalkozik az üzemi balesetekkel, foglalkozási ártalmakkal és azok megelőzésével. Baleset esetén az ARBED nyomon követi a sérült sorsát és igyekszik őt saját keretein belül ismét munkába állítani. Egy főállású team felelős a csökkent munkaképességű dolgozók ismételt foglalkoztatásáért és irányításáért. Az ismételt munkába állításnál az ergonómiai tényezőket és az illető munkás állás- és karrier kilátásait is figyelembe vevő tudományos munkahely-elemzést végeznek.

3.4. Pénzsegély

Amennyiben a fogyatékos munkás a munkakörének tökéletesen megfelel, teljes fizetésre jogosult. Abban az esetben azonban, ha teljesítménye részleges, a fizetése is arányosan alacsonyabb. A bér megállapításakor nem vehető figyelembe, ha üzemi baleset következtében bármilyen járadékban részesül. Az átképzés idejére a fogyatékos az üzemi baleseti nyugdíj mellett ösztöndíjat is kap. A Társadalombiztosítási Minisztériumhoz tartozó Nemzeti

Szolidaritási Alapból fizetik az öregségi nyugdíjat és a rászoruló munkaképtelenek járadékát is. A segélyezetteknek a létminimumhoz szükséges jövedelmet garantálják.

NAGY-BRITANNIA

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Bármely személy, aki bizonyos feltételeknek eleget tesz a Munkaerőbizottságnál, fogyatékosként nyilvántartható. A nyilvántartásba vétel önkéntes, s a nyilvántartott személyt "fogyatékoság miatt csökkent munkaképességűnek" tekintik. A nyilvántartásba vétel feltételei: a 18. életév elérése; az illető olyan fogyatékosága amely sebesülés, betegség vagy születési rendellenesség következménye, s ez a fő akadályja annak, hogy egy állást megszerezzen, megtartson vagy olyan munkát vállaljon, ami korának, szakismeretének és tapasztalatának egyébként megfelelő lenne; a fogyatékoság időtartama előre láthatólag legalább 12 hónap; az illető jövedelmező foglalkozást keressen; megfelelő kilátásai legyenek egy állás megszerzésére vagy megtartására; állandó lakhelye Nagy-Britannia; nem tagadta meg a szakmai átképző tanfolyamon való részvételt s azt nem is mulasztotta el.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

A fogyatékosok száma Nagy-Britannia dolgozó népességén belül 1.200 ezerre becsülhető. 1981-ben a nyilvántartottak száma 460.000 fő volt.

3. A foglalkoztatás elősegítéséért tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

A fogyatékosok foglalkoztatásának elősegítéséért a Munkaerőbizottság felelős, hozzá tartozik minden elhelyezéssel, képzéssel és szakmai rehabilitációval kapcsolatos kérdés.

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Magánszektor

A kvóta-rendszernek megfelelően az a munkáltató, aki legalább 20 főt foglalkoztat, köteles a nyilvántartott fogyatékosokat foglalkoztatni olyan százalékban, ahogyan azt törvényesen megszabták. Amennyiben ezt a százalékot nem éri el, köteles a megüresedő helyeket a nyilvántartott fogyatékosoknak felkínálni. Kétféle kvóta létezik: általános és speciális. Az általános kvóta 3 százalék, jelenleg egyetlen speciális kvóta van, a brit hajózás legénységének 0,1 százalék a kvótája.

1978-ban a munkáltatók 36,8 százaléka teljesítette kvóta-kötelezettségét, s ezzel a nyilvántartott fogyatékosok 1,7 százaléka számára nyújtottak munkalehetőségeket.

3.2.2. Állami szektor

Nincs törvényes kvóta megállapítva.

3.3. Speciális intézkedések

A Munkaerőbizottság, a szakszervezetekkel és a munkáltatók szervezeteivel konzultálva olyan munkakategóriákat állapíthat meg, melyeket kizárólag fogyatékosok tölthetnek be. Két ilyen foglalkozás van /1946 óta/: a liftkezelő /kivéve a hajókon/ és a parkolóőr.

A védett műhelyek a nyilvántartott fogyatékosok számára vannak fenntartva. 1980-ban közel 14.000 súlyosan csökkent munkaképességű munkást foglalkoztattak 216 műhelyben és vállalatnál. Létrehozta egy állami, nem-profitorientált vállalatot 1945-ben, a Remploy Ltd.-t, hogy azoknak a fogyatékosoknak, akik a munkaerőpiacon nem képesek munkát találni, foglalkoztatást biztosítsanak. Az eredmény bőr- és textiltermékekben, butorokban, csomagolásban és szerelőmunkákban mutatkozott meg. 1980-ban 92 műhelyben és telephelyen mintegy 8.300 súlyos fogyatékosot foglalkoztattak.

Helyi hatóságok és jótékonyági szervezetek szintén működtetnek védett műhelyeket.

A védett foglalkoztatás egy másik módja, hogy súlyosan fogyatékos munkások kis csoportját egy vállalatnál, üzletben vagy keréteszetben speciális körülmények között foglalkoztatnak, un. védett ipari csoportokban /"SIG"/. 1982 elején 293 fogyatékos munkás 74 ilyen csoportban dolgozott.

Az otthon dolgozók száma 580 körül van, többségében vakok. Észak-Irországbán a Munkaerőbizottság pénzügyi támogatást ad jótékonyági intézményeknek, melyek védett foglalkoztatási lehetőségről gondoskodnak. Létrehozta továbbá az Ulster Védett Foglalkoztatás Rt-t /USEL/, amely a Remploy Ltd-hez hasonló alapon működik az Egyesült Királyság többi részében. Így több mint 200 nyilvántartott fogyatékos munkás dolgozik védett körülmények között.

3.4. Egyéni támogatás

Ami az alkalmazást illeti, a munkáltatók addig, míg a fogyatékosok foglalkoztatására megállapított kvótát el nem érik, nem alkalmazhatnak új, egészséges munkaerőt, csak a külön erre hivatott tisztviselő engedélyével.

Az elbocsátással kapcsolatosan pedig az az érvényes, hogy a munkáltató alapos ok nélkül nem bocsátható el fogyatékos munkást, ha ezzel a kvóta-követelményt már nem teljesítené. Ez a védelem egyébként gyengébb, mint az 1944 óta minden munkásra érvényes általános jog védelme! Védelmet jelent az ellenőrzés is, amennyiben a munkáltató köteles foglalkoztatási nyilvántartását a hivatalos ellenőrnek bemutatni.

3.5. Pénzsegély

A fogyatékosok számára lehetőség van technikai támogatásra. Ezt a segélyfajtát szerszámok és berendezések formájában nyújtják, amelyek a Munkaerőbizottság tulajdonában vannak, s ellenszolgáltatás nélkül kölcsönzik a fogyatékos munkásoknak.

1980-81-ben 775 ilyen eszközt kölcsönöztek, 21.000 font értékben, melynek 70 százalékát vakok és csökkentlátók kapták.

Azok a nyilvántartott fogyatékosok, akik a munkahelyre jutáshoz a tömegközlekedési eszközöket nem tudják igénybe venni, egyéni /személyautó, stb./ közlekedési költségeikhez hozzájárulásra jogosultak. Több mint 400 fő részesül ezen a címen rendszeres támogatásban. A maximális összeg heti 49,50 font, az ilymódon kifizetett kiadások nagysága 1980-81-ben 202.000 font volt.

A munkáltatónak a munkahely és a berendezések alkalmassá tételéért támogatás nyújtható. Ez az összeg a kiadásoknak csak egy részét fedezi, ha a munkáltató vagy cége számára az átalakítás jövedelmező. 1980-80-ben 81 ilyen támogatást nyújtottak, 64.000 font összegben.

Amennyiben egy megüresedett hely betöltésére az illetékes hivatalnok a fogyatékos munkást alkalmasnak találja, ám a munkáltatónak jogos kétségei vannak képességeit illetően, 6 hetes próbaidőre 45 font állami támogatás fizethető részére. Speciális körülmények között ez az időszak 13 hétig terjedhet. 1980-81-ben 1.100 embert helyeztek így el, 270.000 font költség fejében.

NÉMET SZÖVETSÉGI KÖZTÁRSASÁG

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Súlyosan fogyatékos az a személy, aki fizikailag vagy mentálisan annyira beteg, hogy állandó jelleggel több mint 50 százalékkal csökkent a keresőképessége, és állandó lakóhelye az NSZK, vagy annak lakhatási engedélye, illetve munkaviszonya az NSZK-ban. A súlyosan fogyatékosokhoz hasonlóan kezelhető az a személy, akinek keresőképessége legalább 30 százalékkal csökkent s fogyatékosága miatt nem tud munkát szerezni vagy azt megtartani.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

1981-ben a fogyatékosok számát az NSZK-ban 5 és fél millióra becsülték, ez a népesség 8,8 százalékának felel meg.

3. A foglalkoztatás elősegítéséért tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

A súlyosan fogyatékosok foglalkoztatását különböző testületeken keresztül valósítják meg. Ilyen például a Jóléti Hivatal vagy az Általános Foglalkoztatási Iroda. Minden ilyen testületet egy tanácsadó bizottság támogat, melyben a munkáltatók, a munkavállalók, a fogyatékosok egyesületei és a területi szövetségi hatóságok képviseltetik magukat. Hasonlóképpen egy tanácsadó bizottságot hoztak létre a Szövetségi Minisztériumon belül a fogyatékosok rehabilitációjának segítésére.

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Állami szektor

Minden minimum 16 dolgozóval rendelkező vállalatnak legalább 6 százalékban súlyosan fogyatékos munkást kell foglalkoztatnia. A munkaerő-toborzáskor az állami szektor munkáltatóinak maximálisan figyelembe kell venniük a súlyosan fogyatékosok foglalkoztatásának lehetőségeit és eszközeit. Az ilyen személyek pályázatát a súlyosan fogyatékosok képviselőivel közösen kell megvizsgálni és továbbítani az alkalmazottak titkárságára vagy a dolgozók szövetségéhez, a képviselők véleményével együtt.

3.2.2. Magánszektor

Az állami szektorra érvényes rendelkezések a magánszektorra is érvényesek. A munkáltató kötelessége, hogy a súlyosan fogyatékosok számára megfelelő elfoglaltságról gondoskodjék. A vállalaton belül a szakmai képzésben a fogyatékosok elsőbbség

illeti meg. A vállalaton kívül szervezett tanfolyamon a lehetséges mértékig meg kell könnyíteni részvételüket. A munkáltatónak kötelessége tovább, hogy a munkahelyet, a munkakört és a gépeket alkalmassá tegye a fogyatékos foglalkoztatására.

3.3. Különleges intézkedések

Azok a vállalatok, melyek a fogyatékosok számára fenntartott műhelyektől rendelnek, az úgynevezett kompenzációs adóból 30 százalékot levonhatnak. /A kompenzációs adót azokra a munkáltatókra róják ki, akik nem teljesítik a kötelező kvóta-követelményeket. A súlyosan fogyatékosok számára létrehozott de gyakorlatilag be nem töltött munkakörönként 100 DM összeget./

3.4. Egyéni támogatás

A megüresedett helyek betöltésekor a munkáltatóknak figyelembe kell venniük, hogy van-e mód a súlyosan fogyatékosok foglalkoztatására. Nem lehet súlyosan fogyatékos a Jóléti Hivatal előzetes jóváhagyása nélkül elbocsátani. Legalább négy hét felmondási időt kell adni. Az eljárás ideje alatt ügyével a fogyatékos különböző intézményekhez /Foglalkoztatási Bizottság, Alkalmazottak Egyesülete, Munkástanács/ és a súlyosan fogyatékos személyek képviselőihez fordulhat. Ezt az eljárást akkor is követni kell ha a felmondás alapja a kérdéses személy munkaképtelensége.

3.5. Pénzsegély

A fogyatékosok szakmai integrációjának támogatására kölcsön adható. További támogatás adható a foglalkoztatásukra alkalmas munkahely megteremtéséhez és a fogyatékos dolgozó életviteléhez pótlólagos segítségnyújtás címén.

4. Csökkent munkaképességű munkások képvisellete

Azoknál a vállalatoknál és intézményeknél, ahol legalább 5 súlyos fogyatékos foglalkoztatnak állandó jelleggel, képviselőt választanak. Az ő feladata a vállalaton belül a súlyosan fogyatékos munkások érdekeinek képvisellete. Feladatai közé tartozik továbbá annak ellenőrzése, hogy a súlyosan fogyatékos emberek kötelező támogatását előíró jogszabályokat, helyhatósági rendeleteket a vállalatok betartsák.

A fogyatékosok nevében megfogalmazza és megfontolja a panaszokat, amennyiben jogosnak bizonyulnak tárgyalásokat folytat a munkáltatóval. A vállalatnak értesítenie kell a képviselőt minden olyan egyéni ügyről, döntésről mely a súlyosan fogyatékosokkal kapcsolatos. Tanácsadóként részt vesz az alkalmazottak egyesülete és a munkástanács ülésein.

OLASZORSZÁG

1. A csökkent munkaképesség fogalma

Nincsen általános definíció. A fogyatékoság fajtái szerint határozzák meg azokat a jegyeket, amelyek alapján az érintett előnyökre jogosult.

2. A csökkent munkaképességűek számaránya a népességben

1982-ben 400.079 védett személyt foglalkoztattak az állami és a magánszektor vállalatainál, és 234.907-en voltak várakozó listán. 1979-ben Riminiben a fogyatékosokkal foglalkozó konferencián 4-5 millióra becsülték a csökkent munkaképességűek számát..

3. A foglalkoztatás elősegítőért tett intézkedések

3.1. Elhelyezés

Azokat az embereket, akik speciális listán szereplő védett kategóriába tartoznak ugyanugy kell kezelni mint a többi munkásokat, figyelembe véve az elhelyezésre vonatkozó adminisztratív egyezségeket. Elhelyezésükért 6.000 helyi foglalkoztatási hivatal felelős, ezek a körzeti foglalkoztatási hivatalok irányelveinek megfelelően tevékenykednek. A körzeti testületek általános előírásokat fogalmazznak meg a foglalkoztatással kapcsolatban. A körzeti hivatalok munkáját egy központi foglalkoztatási albizottság hangolja össze, a Munkaügyi Minisztérium égisze alatt. A központi albizottság lényegében az a hely, ahol a foglalkoztatásra vonatkozó kritériumokat ténylegesen megfogalmazzák.

A körzeti testület fő feladata: a fenntartott helyekre jelentkezők szakképzettségének felülvizsgálata; a jelentkezők listájának negyedévenkénti felfrissítése; azoknak a munkásoknak a kijelölése, akik számára a "horizontális újraelosztás" hasznos lehet; a megüresedett helyek elosztása az általános és az egyékes kvóták szerint; a büntetés kiszabása a szabályok megsértése esetén.

3.2. Általános intézkedések

3.2.1. Állami szektor

A 35 főnél több munkást foglalkoztató közhivatalokban a kvóták a következők: a fizikai dolgozók 15 százaléka, az adminisztratív létszám 15 százaléka és a segédmunkások 40 százaléka. A magánszektorra vonatkozó különféle toborzási rendszabályok érvényesek a kormányra, a területi és körzeti intézményekre, a helyi szervezetekhez vagy más közhivatalhoz tartozó vállalatokra.

Az állami szektor kompetitív és nem-kompetitív alapon is eloszthatja az állásokat. Amennyiben a munkaerőtoborzás verseny-

szerü, az a fogyatékos jelentkező, aki megfelelt a vizsgán a 15 százalék erejéig a számbajövő jelentkezők között elsőbbséget élvez. Amennyiben a toborzás nem versenyszerü, csak a megüresedett helyekre vesznek fel embert, akkor a hatóság a legmegfelelőbb személyt választhatja ki a listáról és a "horizontális munkahely újraelosztás" rendszerét is felhasználhatja. Az egyetlen feltétel ebben az esetben a szakértelem. Ekkor a hatóság a fogyatékos munkásokról két szintre továbbit részletes adatokat. Egyrészt az országos hatóságnak, másrészt a körzeti testületeknek és a helyi szövetségeknek, irodáknak.

3.2.2. Magánszektor

A legalább 35 fővel működő magánvállalatok számára a védett dolgozók foglalkoztatására előirt általános kvóta 15 százalék. Az a munkáltató, aki fogyatékosok foglalkoztatására kötelezett, a szükséges létszámról a területi foglalkoztatási hivatalnak kell, hogy bejelentse az igényét. A pályázókat a listáról név szerint kell kijelölni, de az alkalmazónak joga van a megítélése szerint legalkalmasabb, leginkább hozzáértő személy kiválasztására. A munkáltatók alkalmazási kötelezettségét arra az időszakra felfüggesztik, míg a vállalat rekonstrukción, változáson vagy ipari átszervezésen megy keresztül, vagy akkor, ha a vállalat bejelenti, hogy válságban, van s ügyeit külső képviselőt intézi.

3.3. Speciális intézkedések

Az olasz alkotmány szerint minden állampolgárnak joga van a munkához. A fogyatékosokban szenvedőknek a helyzete jogait és kötelességeiket tekintve megegyezik az egészségesekével. Lehetőség van mindemellett a védett foglalkoztatásra. Ezeket azonban elsősorban a vakok számára biztosítják, a számukra elérhető szükös foglalkoztatási lehetőségek miatt.

3.4. Egyéni támogatás

A fogyatékosokra vonatkozó szabályok az alkalmazással és elbocsátással kapcsolatban megegyeznek az egészségesekével. A munkáltató nem tagadhatja meg a fogyatékosok foglalkoztatását azzal az ürüggyel, hogy nincsen a képességeiknek megfelelő munkahely. Amennyiben egy fogyatékosat alkalmaztak, ugyan úgy kezelendő, mint bármely másik munkaerő. Elbocsátás esetén a különbség a munkaszerződésben lehet, az elbocsátás módjában nem. Meghatározatlan időre szóló munkaszerződés esetén egy munkást akkor lehet elbocsátani, ha az a vállalat termelésével, munkaszervezésével vagy zavartalan működtetésével függ össze. Avagy akkor, ha kötelessége teljesítésében nyilvánvaló mulasztásokat követett el.

3.5. Pénzsegély

Területi intézkedésekkel szabályozzák a munkások vállalatokba és munkaszervezetekbe integrálódását; a fogyatékosok kisvállalkozásainak és/vagy közös foglalkoztatásának létrehozására irányuló anyagi támogatást; továbbá a munkahelyek átalakítását a fogyatékosok igényeinek megfelelően. A területi hatóságok gazdasági segítséget nyújtanak - különféle támogatások és mentességek formájában - az új és bővülő kisvállalkozások és közepes vállalatok számára, amelyek fogyatékos munkásokat foglalkoztatnak. Különös figyelmet fordítanak a munkahelyek és a munkaeszközök átalakítására.

A területi- és kormánybizottságok feladata, hogy erősítse szövetkezeti vállalkozások létrejöttét és bővülését azzal a céllal, hogy a munkaképességüknek legalább 41 százalékát elvesztett fogyatékosokat tömörítse. Ennek érdekében ezek a vállalkozások kölcsön-kamataiknak egy részére támogatást nyújtanak és tőkeerejük háromszorosa erejéig folyósítanak számukra kölcsönt. Hogy ezeknek a feltételeknek megfeleljen, a szövetkezet tagjainak legalább 40 százalékának és legfeljebb 50 százalékának kell fogyatékosnak lennie.

A fogyatékos munkások vagy munkáltatóik pénzügyi vagy technikai támogatást kapnak a foglalkoztatás fenntartására. Az a törvény, amely a kötelező kvóta-rendszert bevezette, meghatározza, hogy nem kaphat támogatást a munkáltató a kvóta teljesítéséért.

Áz egyes területek külön szabályozhatják a helyi szükségleteknek megfelelően a fogyatékosok szélesebb foglalkoztatásának ösztönzését, valamint a fogyatékos munkások foglalkoztatását elősegítő vállalkozások létrehozását.

A SZOCIÁLPOLITIKA ÉS A FIATAL ROKKANTAK^{x/}

Az utóbbi években egyre gyakoribb téma a rokkantak társadalmi integrációjának elősegítése és személyes autonómiájuk növelése - különös tekintettel a fiatalokra. A gazdasági visszaesés, a munkanélküliek magas aránya ugyanis főképp a fiatalok között mélyítette el ezeket a problémákat.

Az ISSA /International Social Security Association/ szervezésében 1985. május 8. és 10. között ült össze az a konferencia, amelyet a fiatal rokkantak speciális problémáinak szenteltek. A találkozót az ENSZ által meghirdetett Fiatalok Nemzetközi Éve alkalmából tartották Portugáliában, hetven szakember és a különböző nemzetközi szervezetek képviselőinek részvételével. A konferencia elsősorban a társadalombiztosítási és rehabilitációs rendszerek különbségeinek elemzésével, valamint azokkal az eltérő módszerekkel foglalkozott, amelyekkel a különféle országok szociálpolitikája igyekszik javítani a fiatal rokkantak helyzetét.

1. Finnország képviselője, Dr.Huunan Seppälä meghatározta azokat a problémákat, amelyekkel szembe kell nézni a fiatal rokkantakkal foglalkozó szociálpolitikai szervezeteknek, és bemutatott néhány olyan megoldást, melyet hazájában alkalmaznak. A 16 és 24 éves kor közötti fiatal emberek fejlődésének szakaszai a családtól való függetlenedéssel, az én-tudat kialakulásával, a társas kapcsolatok ingatagságával és a jövő tervezésével jellemezhetők. A rokkantság - aminek oka lehet veleszületett rendellenesség, gyermekkori baleset vagy tartós betegség - szükségesé teszi a fiatalok rehabilitációját, ami sokban különbözik a

x/ Social policy and the young disabled. International Social Security Association, Genova, 1985.

A találkozó előadásainak összefoglalója.

Az összefoglalást Lévai Katalin készítette.

felnőttekétől. A fiatalok rehabilitációjának legfontosabb elve, hogy gondoskodni kell a megfelelő érzelmi segítségről is, a fejlődés különböző szakaszainak megfelelő módon. Ehhez hosszú-távú rehabilitációs tervre van szükség.

A fiatal rokkantak, akárcsak az összes finn állampolgár, jogosultak társadalombiztosítási segélyre. A megbiztosítási rendszer viSSzatériti az orvosi költségek egy részét; az orvos-ságok, vizsgálatok és az orvos által előirt kezelések árát valamint az utazási költségeket. Aki tizenhatodik évének betöltése után válik munkaképtelenné és így elveszti jövedelmét, napi juttatást kap. Aki munkaképtelen, tizenhat éves korától rokkantnyugdíjra jogosult. Azok a tizenhat év alatti gyerekek, akiknek fél évnél hosszabb ideig tartó speciális kezelésre van szükségük, gyermekgondozási segélyt kapnak. A társadalombiztosítási rendszer téríti meg a rehabilitációs kura és torna költségeit is. Olyan tanfolyamokat is szerveznek fiataloknak és gyerekeknek, amelyeken szüleik is részt vesznek. Ezeknek a tanfolyamoknak az a céljuk, hogy megmutassák a szülőknek milyen segítséget adhatnak a gyermekeiknek. Ilyen kurzusokat szerveznek cukorbetegeknek, hallás- vagy látáskárosultaknak, ízületi gyulladásban szenvedőknek, epilepsziás, aszthmás és rákos betegeknek. A résztvevő felnőttek a három hetes időtartamra fi-zetést kapnak. Finnországban a hetvenes évek végén vezették be azt a reformot, amely a rokkant gyerekek iskoláztatásán kívánt javítani. Ez a reform azt a törekvést tükrözte, hogy mindenki számára biztosítsák a széles körű általános és szakoktatást, tekintet nélkül arra, hogy a tanulók tudnak-e rokkantságuk miatt a későbbiekben munkát találni, vagy sem. Ily módon a szakoktatás a rehabilitáció része lehet.

A munkanélküliség magas aránya komoly akadályt jelent a rokkantak munkavállalásában. Az állam különböző eszközökkel igyekszik ösztönözni a munkaadókat, hogy foglalkoztassák ezeket a fiatalokat. Így például - a teljesítménykiesés fedezésére - minden foglalkoztatott rokkant után támogatást fizetnek a munkaadónak.

A valóságban a fiatal rokkantak helyzete Finnországban sem olyan jó, mint ahogy a felsorolt társadalombiztosítási juttatásokból gondolhatnánk. Nagyon sok fiatal esetében - a rehabilitáció különböző formáinak összehangolatlansága miatt - a siker elmarad. Ezért a jövőben sokkal nagyobb gondot kell fordítani - az egészségi állapot javításán túl - a fiatal sérültek pszichés fejlődésére is.

2. A Portugál Rehabilitációs Központ képviselője beszámolt arról, hogy bár néhány rokkantakkal foglalkozó intézmény már 1974 áprilisa előtt is létezett, elsősorban mégis a '74-es politikai és szociális változások teremtettek kedvezőbb feltételeket a rokkantak integrációjához. Az 1976-os Alkotmány külön szakasza foglalkozik a rokkantakkal, ami azt mutatja, hogy az állam felismerte, hogy létre kell hozni olyan szervezeteket, amelyek révén minden állampolgárnak, minden életkorban egyenlő lehetőségeket biztosíthatnak. 1979-ben fogadták el azt a programot, amelynek alapján azoknak a tizenkét éves vagy idősebb fiataloknak szerveznek előkészítő tanfolyamot, akiket nem tudnak felvenni az oktatási intézményekbe. Ezeknek az előkészítő tanfolyamoknak az a céljuk, hogy növeljék a fiatal rokkantak személyes és társadalmi önállóságát, segítsenek a kulturális alapkészségek elsajátításában /írás, olvasás és számolás/, szélesítsék az általános műveltség skáláját szociális-kulturális téren. Emellett a programot úgy tervezték, hogy előkészítse a tanulókat az utána következő szakoktatásra.

A társadalombiztosítási rendszer feladata egyrészt a gyógykezelés és a rokkantak ellátása - ennek körébe az oktatás és foglalkoztatás és beletartozik - másrészt pedig ez a pénzügyi segélyezés egyetlen forrása. A családi pótlékot havonta fizetik, az eltartott gyermekek száma szerint. A kiegészítő pótlékot kétféleképpen fizetik: kiegészítő segélyként rokkant gyermekeknek és serdülőknek és speciális oktatási segélyként. Ezt a segélyt huszonnégy éves korig folyósítják.

A magánintézmények nagy erőfeszítéseket tettek az általuk támogatott fiatalok oktatására és foglalkoztatására. Sajnos az állami szektor eredményei még mindig elmaradnak emögött.

A foglalkoztatással és rehabilitációval foglalkozó intézet 1979-ben alakult meg. Célja, hogy a Munkaügyi Minisztériumon belül létrehozson egy olyan szervezetet, amely az ország szükségleteit is figyelembe véve, folyamatos és ésszerű foglalkoztatáspolitikát folytat. Ennek az intézetnek a megszületésével új lehetőségek nyíltak a rokkantak rehabilitációjában és foglalkoztatásában.

3. Nira Shamai, Izrael képviselője elmondta, hogy náluk a társadalombiztosításon belül különböző formák léteznek a rokkantak és családjuk támogatására. Ma a rokkant segélyeket 3-tól 65 éves korig vehetik igénybe a rászorulóknak. 1980-ban vezették be a rokkant gyerekek biztosítását, amely a családra nehezedő terheket igyekeznek csökkenteni és térít minden egyéb ápolási és rehabilitációs költséget. Ennek a segélynek az a célja, hogy ösztönözze a szülőket a gyerekek otthoni - családon belüli - felnevelésére.

Gondozási segélyt kapnak azok az otthon élő sérültek, akik legalább hatvan százalékos rokkantságban szenvednek és mindennapi életük nagymértékben függ mások segítségétől. Az izraeli társadalombiztosítás a mozgáskorlátozottak részére is rendszeres segélyt fizet.

A rokkantak anyagi biztonságát kétféle biztosítás teremti meg. Az egyik az ún. általános rokkantsági segély /18 és 65 év közöttiek részére/; a másik azon 16 és 65 éves korúak részére jár, akik munkahelyi baleset következtében rokkantak meg. A rokkant gyerekeknek mint minden gyerekeknek Izraelben, 18 éves korig ingyenes oktatás jár. Azoknak is, akik rendes iskolába járhatnak és azoknak is, akik speciális oktatásban vesznek részt. 18 éves koruktól a rokkantak rehabilitációra jogosultak. Az Egészségügyi Minisztérium tartja fenn azokat a központokat, amelyek hat éves korukig foglalkoznak a rokkant gyerekek gyógyításával és rehabilitációjával. Ezekben a központokban orvosok, gyógytornászok, tanárok, gondozók és pszichológusok foglalkoznak a gyerekekkel. Izraelben speciális iskolák, iskolákon belül speciális osztályok széles hálózata létezik a rokkant gyerekek számára. Hat és tizennyolc éves kor között bárki jo-

gosult ilyen speciális iskolába való felvételre. Az utóbbi években Izraelben egyre több a közösségi kezdeményezés a rokkant gyerekek támogatására. A szociális gondozók szervezetének is egyik központi feladata a rokkant gyerekekkel és családjukkal való törődés. Ezek a szociális gondozók rendszeresen tanácsot adnak az ellátással, neveléssel kapcsolatban, s ezzel elősegítik, hogy ezek a gyermekek családon belül nőhessenek fel.

4. Rainer Wedekind ismertette annak a felmérésnek az eredményeit, amit a Német Szövetségi Köztársaságban és Dániában végeztek fiatal rokkantak családjában.

A Német Szövetségi Köztársaságban a társadalombiztosítás alapvető jogára épül a társadalmi juttatások rendszere. Dániában egy nemzeti jóléti rendszer van, amely a Beveridge-elven alapszik. Dániában 1980-ban, a Német Szövetségi Köztársaságban 1982-ben végezték a felmérést. A minták olyan családokat tartalmaztak, amelyekben 0 és 22 év közötti rokkant gyerekek éltek. A kiválasztásnál mindkét országban ugyanazokat a kritériumokat használták. A dán területen 264, a német területen 281 családdal készítettek interjúkat. Egyrészt vizsgálták a családok társadalmi, gazdasági és demográfiai jellemzőit, másrészt azokat a terheket, amelyek ezekre a családokra nehezednek, és azokat a módokat, ahogy ez alól mentesíthetik őket. A normál körülmények között élő családokkal összehasonlítva ezekben a családokban a mindennapos élet eltorzulását figyelhetjük meg.

A Német Szövetségi Köztársaságban az anyagi támogatás a rokkantságból adódó többletköltségek és anyagi áldozatok fedezésére szolgál. Ezt a segítséget a családok nagyjából pénzben kapják.

Dániában az anyagi segítség az érintettek korától függően változik. /15 éves korig a segély a többletköltségek fedezését szolgálja; 15 éves kortól a rokkantnyugdíj egy részét; 18 éves kortól a teljes összeget kapják./ Az anyagi juttatások 15 év alatt fedezik a többletköltségeket, ugyanakkor a fiatal felnőtteknek fizetett segély a megfelelő életszínvonal fenntartását is lehetővé teszi. Mindkét országban kiderült, hogy a jól működő állami segélyrendszer ellenére a családokra nehezedő ter-

hek enyhítésében nagyobb szerepe van a saját kezdeményezéseknek. Mindkét országra igaz, hogy csak ezeknek a magánkezdeményezéseknek a segítségével lehetséges egy rokkant gyerekekkel normális családi életet élni. Természetesen az állami segítség haszna is vitathatatlan.

5. Michael Hirst a Nagy-Britanniában élő fiatal rokkantaknak járó pénzbeli segélyekkel foglalkozott előadásában. Elsősorban azt a kérdést tárgyalta, hogy az adott pénzsegély mennyiben nyújt biztonságot a rászorulóknak. Két pénzbeli juttatási forma hivatott a rokkantak speciális költségeit fedezni. A mozgáspótlékot azok kapják, akiknek a közlekedéshez segítségre van szükségük; a gondozási segély pedig azoknak jár, akiknek szükségük van egy másik személy segítségére a mindennapi szükségleteik ellátásához, illetve azoknak akik folyamatos felügyeletre szorulnak, mert veszélyt jelentenek önmaguk és mások számára is.

Tizenhat éves kortól két segélyt kérhetnek a rokkantak, ezek teszik ki alapvető jövedelmüket. Az egyik segély azoknak jár, akik rokkantságuk miatt folyamatosan 28 hétig munkaképtelenek. A másik, kiegészítő segélyt azok kapják, akiknek a jövedelme nem éri el azt a minimumot, amit a kormány számukra megállapított.

A fiatal rokkantak helyzete két fontos dologban különbözik az átlagos fiatalokétól. Az első, hogy ők korábban fejezik be az iskolát, és közülük kevesebben tanulnak tovább /főleg a megfelelő intézmények hiánya miatt/. A második, hogy nem sokkal azután, hogy csatlakoznak valamilyen felnőtteket ellátó szervezethez, otthagyják az egész napos oktatást.

Michael Hirst szerint a társadalombiztosítási intézkedéseknek biztosítani kell a megfelelő anyagi támogatást minden fiatal rokkant számára. Ez az elv annak beismerése, hogy nem alaptalan társítani a rokkantság és a szegénység fogalmait.

Az intézkedéseknek következetesnek és könnyen érthetőnek kell lenniük. Erre a jelenlegi bonyolult és kaotikus segélyrendszer miatt lenne szükség, mivel jelenleg az igénylőknek gyakran méltánytalan bánásmódban van részük. Biztosítani kel-

lene, hogy a fiatal rokkantak megkereshessék a megélhetésükhöz szükséges pénzt, s ezzel végre csökkenne a csak segélyből élők száma. Ezért javítani kell az oktatásban, rehabilitációban és foglalkoztatásban való részvétel lehetőségeit.

A különböző jövedelmek /oktatási illetve rehabilitációs segély, a kereset és más források/ gyakran fedik vagy esetleg kizárják egymást, ezért egy olyan koordinált rendszer létrehozására van szükség, amely valóban gondoskodik a rokkantak anyagi ellátásáról. A fiatal rokkantakra vonatkozó társadalombiztosítási intézkedéseknek figyelembe kell venniük azt a tényt, hogy fokozatosan önállósuló fiatal emberekre vonatkoznak, akiknek szükségük van arra az anyagi háttérre, amit ezek az intézkedések teremtenek meg, függetlenül attól, hogy az érintettek fizikailag rászorulnak-e másokra.

6. Franciaország képviselője, Thibault Lambert, a 16 és 25 év közötti rokkantak sorsával foglalkozott.

Franciaországban a segélyezés kettős rendszere alakult ki, aminek fajtái életkoronként változnak. A speciális oktatási segély a család - a gyermek rokkantsága miatt - megnövekedett iskoláztatási költségeit fedezi. A rokkant felnőtteknek járó általános segély az előzőleg kapott segélyek helyébe lép a felnőttkor elérésekor. Ezen kívül más segélyek is léteznek a rokkantság miatt megnövekedett költségek fedezésére, amelyek összege a betegség mértékétől függ. Abban az esetben, ha valakinek kórházi vagy intézeti kezelésre van szüksége, a társadalombiztosítás részt vállal a költségekből. A francia segélyezési rendszer igyekszik megbirkózni a rokkantak anyagi szükségleteinek kielégítésével, különösen azokéval, akik munkaképtelenek.

7. Kari Marie Helle Norvégia képviselője. Beszámolójában a fiatal rokkantak helyzetével foglalkozó kutatási program eredményeit foglalta össze.

A kutatás alapvető problémája a következőképpen fogalmazható meg: "Hogyan hozható létre olyan társadalom, amely egyenlő jogokat biztosít a rokkantaknak?"

Ez a rehabilitációs kutatás 1983-ban indult. Célja az volt, hogy megtalálják a módját annak, miként élhetnek a rokkantak a társadalom teljes jögu tagjaiként, úgy, hogy - megadva számuk-

ra az egyenlő oktatási és foglalkoztatási lehetőségeket - ők is hassanak a társadalomra. A kutatást úgy tervezték, hogy végig szoros kapcsolatban voltak azokkal, akiknek a segítséget szánták.

Az a társadalom, amely egyenlő jogokat akar biztosítani a rokkantaknak, nem épülhet kizárólag csak a jóléti intézmények rendszerére. A modell csak arra szolgál, hogy gazdasági segélyekkel gondoskodjon a rokkantak megélhetéséről. A szociálpolitikát azonban olyan eszköznek kell tekintenünk, amelynek az a feladata, hogy mindenki számára egyenlő jogokat biztosítson. Az egyenlőségnek előfeltétele a technikai segítség, a közlekedési eszközök hozzáférhetősége. Ez lehetővé teszi, hogy a rokkantaknak is egyenlő esélyük legyen a munkára és a tanulásra. A szociálpolitikával foglalkozóknak a kérdést nem úgy kell felvetniük "Hogyan segíthetnénk ezeken a szegény embereken?". Az igazi kérdés az "Hogyan akadályozzuk meg, hogy bizonyos csoportok kimaradjanak a javak és az életlehetőségek megszerzéséből a modern társadalomban?"

Bizonyos területek mindenképpen fejlesztésre szorulnak egy olyan társadalomban, amelyben a rokkantak egyenjogúságát akarják. Ide tartozik például a megfelelő házak építése; speciális közlekedési eszközök használata; az összes tanulási lehetőség hozzáférhetősége; egyenlő alkalmazási esélyek; gazdasági védelem; a magánélet lehetősége az intézményeken belül és kívül; a kulturális és politikai jogok gyakorlása. Meg kell határozni a hátrányos helyzet tényezőit, és meg kell vizsgálni a fizikai, valamint a társadalmi-jogi gátakat, amelyek a rokkantak normális életvitelének útjában állnak.

Ebben segítséget nyújthatnak a "Független Élet" /Independent Living/ amerikai mozgalom törekvései. Ennek a mozgalomnak a nyilatkozatai bizonyítják, hogy alapvető emberi jognak kell tekinteni a rokkantak jogát saját szükségleteik megfogalmazásához, és annak meghatározásához, hogy milyen segítségre van szükségük. A fizikai integráció azt jelenti, hogy a rokkantaknak is ugyanazok a lehetőségeik vannak, mint a nem-rokkantaknak. Ugyanabban az iskolában /ugyanabban az épületben/ tanul-

janak; ugyanazt a kávéházat látogassák; ugyanazon a játszótéren játszanak, stb.

A gyakorlati integráció annak a lehetőségét jelenti, hogy a rokkantak a szó minden értelmében együtt éljenek a nem-rokkantakkal.

A pszichikai integráció fő feladata, hogy megadja a közösséghez való tartozás érzését.

Mindig köztudott volt, hogy a rehabilitáció legjobb módja a biztos munkalehetőség. Ezt a kutatás is alátámasztotta. Az általános munkanélküliség idején azonban ez nehézségekbe ütközik.

A kutatásból kiderült, hogy azoknak a rokkantaknak, akiknek sikerült magasabb iskolai képesítést szerezni, a munkábaállási lehetőségük azonos volt a nem-rokkantakéval.

Különböző gazdasági ösztönzéseket alkalmaznak a rokkantak foglalkoztatására az állami és magánszektorban egyaránt. Ha a munkáltató egy rokkant munkást alkalmaz - legyen az állami szektor vagy magán - legtöbb költségét megérik. Egy speciális csoport dolgozik azon, hogy megtalálja azokat a területeket, ahol a rokkantak alkalmazása lehetséges - akár részmunkaidőben is. A személyes rehabilitáció nem az egyetlen útja annak, hogy a rokkantakat képessé tegyék a munkavállalásra. A foglalkozás szerkezete, a munkahelyi környezet is döntő szerepet játszhat ebben. A kérdést nem úgy kell feltenni: "Hogyan találhatunk valami munkát ezeknek az embereknek?", hanem úgy: "Hogyan alakíthatjuk át a munkákat és a munkakörnyezetet úgy, hogy a rokkantak számára normális feltételeket nyújtson?"

A helyi szervezeteknek, amelyek eddig együttérző, de passzív magatartást tanúsítottak, aktívra kell válniuk. A rokkantak befogadása elsősorban a közösség attitűdjétől függ. A helyi integrációnak három módja kínálkozik: a rokkantaknak maguknak kell megtalálniuk milyen segítségre van szükségük. A törvény adta lehetőségeket maximálisan ki kell használniuk. Az egészségügyi hatóságoknak meg kell ismerniük a rokkantak szükségleteit és politikájukat ennek alapján kell kidolgozniuk. E politika alapvető céljának kell tekinteni, hogy a rokkantak a helyi közösségekbe tömörüljenek.

8. Dieter Eichner a Német Szövetségi Köztársaságból érkezett a tanácskozáásra. Felszólalásában a fő hangsúlyt arra helyezte, hogy miként lehetne a romló gazdasági helyzet ellenére kedvezőbbé tenni a gazdasági környezetet a rokkantak foglalkoztatására.

A Német Szövetségi Köztársaságban a rokkantak rehabilitációjának elveit az 1981-es "Rokkantak Nemzetközi Évében" elfogadott "Rehabilitáció a nyolcvanas években" című program fogalmazta meg. A munkába állás előmozdítására vonatkozó törvény értelmében a Szövetségi Munkahivatalnak az a feladata, hogy a szövetségi kormány gazdaság- és szociálpolitikájának keretén belül olyan intézkedéseket hozzon, amelyek révén a lehető legnagyobb arányú foglalkoztatottság érhető el. Ez a jelenlegi gazdasági körülmények között nagyon nehezen valósítható meg. Ezért különös gondot kell fordítani a hátrányos helyzetűek, így a rokkantak foglalkoztatására.

A törvény rendelkezése szerint a tizenöttnél több embert foglalkoztató üzemekben kötelező bizonyos számú /jelenleg az összes alkalmazott hat százalékát kitevő/ rokkant dolgozó alkalmazása. Azoknak a vállalatoknak, amelyek nem tartják be a rendelkezést, bírságot kell fizetniük.

A rokkantak számára szervezett szakoktatás a rehabilitáció fontos része, mely jelentősen javíthatja a munkavállalás esélyeit. A szakrehabilitáció vagy munkaterápia valamennyi fiatal esetében nagy lépést jelent az integráció felé. Ezekben a tanfolyamokon a fiatalok azt is megtanulják, miként korrigálhatják a betegségük okozta hátrányokat. A tanfolyamokon résztvevő fiatalok családjá a tanfolyam idején kétfajta segílyt is kaphat. Azok a munkaadók, akik kiképeznek, átképeznek vagy továbbképeznek rokkantakat, külön juttatásban részesülnek. Az általános helyzet a rossz munkapiaci feltételek ellenére is kedvezőnek mondható: a fiatal rokkantak zöme a rehabilitáció befejezése utáni évben rendszerint megfelelő, tartós munkát talál.

VÁLOGATOTT BIBLIOGRÁFIA A REHABILITÁCIÓ ÉS A
ROKKANTSÁG HAZAI IRODALMÁBÓL

Összeállították:

KÖNCZEI György
SZARKA Istvánné
GERE Ilona

Budapest, 1986. június hó

- 1./ Balló Róbert: A rokkantság szociálpszichológiai vonatkozásai
Med. Univ. 1976/2.
- 2./ Baranyai Tibor: Lehetőségek az üzemi rehabilitációban
Munka 1980/3.
- 3./ Bálint Ernő: A csökkent munkaképességű dolgozók helyzete
Munkaügyi Szemle 1970/5
- 4./ Bálint Ernő: A csökkent munkaképességű dolgozók rehabilitációjának helyzete és a további feladatok
Munkaügyi Szemle 1972/11.
- 5./ Bárány Lajos: A csökkent /korlátozott/ munkaképességű rétegek rehabilitációjának néhány kérdése
Munkaügyi Szemle 1974/7, 34-38.
- 6./ Bárány Lajos: A rokkantak érdekeltsége a foglalkozási rehabilitációban
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 52-56.
- 7./ Bárány Lajos: A rokkantsági nyugdíjasok szakmai rehabilitációjáról
Munkaügyi Szemle 1976/8. 24-30.
- 8./ Bárány Lajos: Tanácskozás a foglalkozási rehabilitációról
Munkaügyi Szemle 1978/1-2.
- 9./ Benedek Imre: Foglalkozási rehabilitáció az orvosszakértői munkában
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 25-27.
- 10./ Bennó Pál: A bedolgozás helye és szerepe, perspektívája a szövetkezeti iparban /Összefoglaló tanulmány/
Közlemények 183. Budapest, 1986.
- 11./ Bennó Pál: A bedolgozói munkaforma kérdései az ipari szövetkezetekben /Esettanulmányok - adatok - elemzések/
Szövetkezeti Kutató Intézet Közlemények 170 Budapest, 1982.
- 12./ Békés Gábor: Elfelejtett fiatalok? /A mozgássérültek munkavállalási lehetőségei/
Napjaink 1975/7.

- 13./ Bódi János: Csökkent munkaképességűek foglalkoztatása
Munkaügyi Szemle 1977/8.
- 14./ Borsay János: Beszámoló a Nemzetközi Rehabilitációs Társaság XIV. Világkongresszusáról
Munkaügyi Szemle 1980/12. 28-32.
- 15./ Borsay János: A foglalkozási rehabilitáció helyzete és fejlesztési kérdései
Kézirat Budapest, 1980.
- 16./ Borsay János: A foglalkozási rehabilitáció modern szemlélete
Munkaügyi Szemle 1979/1. 30-36.
- 17./ Borsay János: A rehabilitációról általában
Tankönyvkiadó 1976.
- 18./ Bossányi György: A rehabilitáció vállalati feladatai különös tekintettel a társadalmi és gazdasági szempontokra
Munkaügyi Szemle 1972/7.
- 19./ Bossányi György: A rehabilitáció emberi és gazdasági vonatkozásai
Szakszervezeti Szemle 1974/2.
- 20./ Budai István: A csökkent munkaképességűek védelme
Táncsics Kiadó Budapest, 1969.
Munkaügyi Kiskönyvtár
- 21./ Dudák Andrásné: A foglalkozási rehabilitáció helyzete és problémái a tanácsai felügyelet alá tartozó helyiipari, kommunális és kézművállalatoknál
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 36-38.
- 22./ Farkas Miklós- Hatos Gyula - Kovács Csongor - Vinczéné Biró Etelka:
Ismerjük meg és segítsük őket
Budapest, 1981.
- 23./ Ferge Zsuzsa: Társadalmi struktúra, társadalmi hátrány
Szociálpolitikai Értesítő 1984/4-5/1. 43-70.
- 24./ Gayer Gyuláné: A nyugdíjasok kísérleti munkaközvetítésének tapasztalatai
Szociálpolitikai Értesítő 1985/3. 98-126.

- 25./ Gere Ilona: A foglalkozási rehabilitáció ellentmondásai és néhány megoldási javaslat
Kézirat, Munkaügyi Kutatóintézet
Budapest, 1982.
- 26./ Gere Ilona: A foglalkozási rehabilitáció eredményei az NSZK-ban
Munkaügyi Szemle 1984/12. 9-15.
- 27./ Gere Ilona: A foglalkozási rehabilitáció gondjairól
Közgazdasági Szemle 1983/11. 1319-1324.
- 28./ Gere Ilona: Foglalkozási rehabilitáció a jelenlegi társadalmi-gazdasági helyzetben
Kézirat Budapest, 1983.
- 29./ Gere Ilona: A foglalkozási rehabilitáció központi és területi szerveinek kialakítása
Kézirat, Munkaügyi Kutatóintézet 1981.
- 30./ Gere Ilona: A foglalkozási rehabilitáció munkahe-lyi vonatkozásai
Doktori disszertáció, MKKE, Bp. 1980.
- 31./ Gere Ilona: A foglalkozási rehabilitáció vállalati feladatai
Munkaügyi Szemle 1981/11. 19-26.
- 32./ Gere Ilona: A jószándék nem elég
Figyelő 1981/31.
- 33./ Gere Ilona: Megkérdezték a vállalatokat is
Figyelő 1983/14.
- 34./ Gere Ilona: Nemzetközi áttekintés a megváltozott munkaképességűek foglalkozási rehabilitációjáról
Kézirat, Munkaügyi Kutatóintézet 1985.
- 35./ Gere Ilona: Rehabilitáció, de hogyan?
Figyelő 1983/10. 2.
- 36./ Gere Ilona: Rehabilitáció vagy rokkantnyugdíj
Szakszervezeti Szemle 1981/5.
- 37./ Gere Ilona - Hegyesi Gábor:
Rokkantak érve
Heti Világgazdaság 1983. V. 28.
- 38./ Gere Ilona: Rokkant rehabilitációs rendszer
Figyelő 1984/51-52.

- 39./ Gere Ilona: Támogatás és termelés
Figyelő 1980/30. 6.
- 40./ Göllesz Viktor: Tanulmányok a fogyatékosok rehabilitációja szakirodalomból
Tankönyvkiadó Budapest, 1976.
- 41./ Hankovszky Zsolt: Még egyszer a csökkent munkaképességűekről. Ügyészi vizsgálat tapasztalatai Tolna megyében
Munkaügyi Szemle 1982/2. 22-25.
- 42./ Hámor György: A foglalkozási rehabilitációt gátló egészségügyi jogszabályokról
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 47.
- 43./ Hermann József - Nagy János: A megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásának néhány gyakorlati tapasztalata Komárom megyében
Munkaügyi Szemle 1981/3. 20-23.
- 44./ Hollósi Anna: A csökkent munkaképességűek foglalkoztatásának vizsgálata gazdasági, különösen munkaerőgazdálkodási szempontból
Doktori disszertáció MKKE Bp. 1973.
- 45./ Joódy Anna: A vakok és gyengénlátók érdekvédelmének 60 éve. A Vakok és Gyengénlátók Országos Intézetének kiadványa, Bp. 1978.
- 46./ Juszupov: Hogyan csökkenjen a rokkantság...
Munkaügyi Szemle 1980/5. 31-32.
- 47./ Kardos László: A foglalkozási rehabilitáció helyzete és feladatai
Munkaügyi Szemle 1975/6. 20-23.
- 48./ Kárpáti Zoltán és munkatársai: Tanulmány az üzemi rehabilitáció helyzetéről és fejlesztési lehetőségeiről
Kézirat, Budapest, 1979.
- 49./ Kertész Péter: Szociális és morális biztonságban /mozgássérültek kisvállalata/
Magyar Nemzet 1982. X. 26.
- 50./ Koffler Sándor: A foglalkozási és szociális rehabilitáció helyzete a főváros XIV. kerületében
Munkaügyi Szemle 1982/8. 35-37.

- 51./ Koffner Sándor: Az üzemi rehabilitáció helye és lehetőségei az integrált egészségügyi ellátásban
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 28-29.
- 52./ Koller István: Jelentés a Magyar Rehabilitációs Társaság Foglalkozási Szekciója részére
Kézirat, Budapest, 1979. november
- 53./ Kovács Andor: Jelentés az Országos Orvosszakértői Intézet Orvosi Bizottságának 1978. évi munkájáról és a tartósan csökkent munkaképességűvé, illetve rehabilitációt igénylővé minősített személyek számáról
Budapest, 1979. március
- 54./ Kovács Istvánné: A felnőtt értelmi fogyatékosok iskolázottságának és munkaalkalmasságának összefüggései
Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve 1973.
- 55./ Kovács Istvánné: A foglalkozási rehabilitáció formái a Szociális Intézetek Központja intézeteiben
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet
- 56./ Kovács Tamás: A vállalatok anyagi felelősségével összefüggő problémák az üzemi rehabilitációban
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 45-46.
- 57./ Köncei György: Beszámoló a Magyar Rehabilitációs Társaság Budapesten, 1984. október 16-20. között tartott VI. Kongresszusáról
Kézirat, Szövetkezeti Kutató Intézet 1984.
- 58./ Köncei György: Bevezető a rokkantszövetkezetekhez II. A foglalkozási rehabilitáció Magyarországon
Szövetkezeti Kutató Intézet 1985.
- 59./ Lévai János: Adalékok az időskorúak, nyugdíjasok helyzetének megismeréséhez. /Munkavállalás, foglalkoztatás, szociális ellátás./
Szociálpolitikai Értesítő 1985/3. 54-97.

- 60./ Major Mária: Gondolatok egy rehabilitációs tanácskozás kapcsán
Munkaügyi Szemle 1978/12. 27-29.
- 61./ Major Mária: A megváltozott munkaképességűek társadalmi helyzete és rehabilitációja
Doktori disszertáció MKKE, Bp. 1980.
- 62./ Major Mária: Rehabilitáció szerepe, nemzetközi színvonala és a magyar érdekeltiségi viszonyok
Munkaügyi Szemle 1980/12. 23-37.
- 63./ Major Mária: A rehabilitációs tevékenység jelenlegi helyzete és továbbfejlesztésének lehetőségei Magyarországon I. rész
Ergonómia 1977/2. 80-95.
- 64./ Major Mária: A súlyos fogyatékosok foglalkoztatásának helyzete és tapasztalatai a tanácsi szociális foglalkoztatókban
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet 50-51.
- 65./ Major Mária: Vissza a társadalomba!
Szociológia 1977/3. 391-409.
- 66./ Major Mária - Csiki Károly: Változások a foglalkozási rehabilitációban
Munkaügyi Szemle 1983/9. 29-32.
- 67./ Makkay László: Rehabilitáció és bányaegészségügy
Munkavédelem 1969. 15. évf. 1-3.sz.
- 68./ Mangliár Károly: Az orvosi és munkahelyi rehabilitáció egysége
Munkaügyi Szemle 1977/2. 19-20.
- 69./ Máté Csabáné: A foglalkozási rehabilitáció továbbfejlesztése Nógrád megyében
Munkaügyi Szemle 1977/9.
- 70./ Mosolygó Dénes: A rehabilitációról
Az Orvostovábbképző Intézet jegyzete Budapest, 1976.
- 71./ Nagy Imre: A rehabilitáció munkaügyi kérdései
Munkaügyi Szemle 1972/6.
- 72./ Nagy László: Az üzemi balesetek és foglalkozásbeli megbetegedések
Szegedi Nemzetközi Kollégium 1976. november 24-26.

- 73./ Nagy Tiborné: A védőmunkahely szerepe a fogyatékosok szociabilitásának, munkakészségének fejlődése folyamatában
Munkaügyi Szemle 1977/2. 21-22.
- 74./ Novák Mária: Így lettem rokkant.
Szerkesztett interjúk.
Szakszervezetek Elméleti Kutató Intézete, Budapest, 1984. augusztus
- 75./ Novák Mária: A tartós egészségkárosodáshoz, rokkantsághoz vezető okok.
Összefoglaló tanulmány a rokkantnyugdíjasok kérdőíves felméréséről
Szakszervezetek Elméleti Kutató Intézete, Budapest, 1985. november
- 76./ Novák Mária: Rokkantnyugdíjasok
Szociológia 1983/4. 403-420.
- 77./ Novák Péter: A szociális segélyezés helyzete, problémái és a továbbfejlesztés főbb irányai
Szociálpolitikai Értesítő 1985/4-5/I. 140-164.
- 78./ Olajos Árpád - Somogyi Miklós: A munkaképes koru eltartott népesség mint munkaerőforrás
Gazdaság 1970/3.
- 79./ Paál György: A rokkanttá nyilvánítás rendezése alapjául szolgáló fő elvek és szempontok
Kézirat, OOSZI, Budapest, 1984. május
- 80./ Palotai Károly: Az iparban és a mezőgazdaságban csökkent munkaképességüekké váltak rehabilitációja
Előadás a III. Nemzetközi Rehabilitációs Szimpóziumon, Balatonfüred, 1971.
- 81./ Patonai Adrienne: Emberszolgálat - 229-600
Valóság 1978/4. 89-99.
- 82./ Patonai Adrienne: "... mint az időjárás vagy a rózsa"
Valóság 1977/5. 87-94.
- 83./ Pálos Miklós: Ördögi kör - avagy sóhajok a szociális foglalkoztatatókról
Ország Világ 1976/41.

- 84./ Pető Katalin: Modern Tajgetosz avagy az ut vége.
Szociográfia
Mozgó Világ 1982/5. 55-59.
- 85./ Poprádi Tibor: A rehabilitációra szoruló fiatalok pályaválasztási és beilleszkedési problémáinak segítése az üzemben
Munkaügyi Szemle 1974/5.
- 86./ Pulay Gyula: Kisvállalat foglalkozási rehabilitációs céllal
Munkaügyi Szemle 1983/9.
- 87./ Radnai J.: A dolgozó nők és fiatalok, valamint a csökkent munkaképességük védelme
Munkaügyi Szemle 1971. március, külön kiadás
- 88./ Rátkay Csaba: Az értelmi fogyatékosok kórereditének komplex vizsgálata Budapesten
Szociológia 1974/1. 145-149.
- 89./ Reis Marianna - Zsoldosné Gallyas Mária: Az üzemegezségügy, az üzemorvos szerepe a foglalkozási rehabilitációban
Kézirat, Budapest, 1981.
- 90./ Rosner Vilmos: Rehabilitáció, foglalkozás a megváltozott munkaképességűekkel.
Társadalombiztosítási kézikönyv szak-szervezeti aktivistáknak
Táncsics Kiadó, Budapest, 1981.
- 91./ Rózsa József: A csökkent /korlátozott/ munkaképességűekkel összefüggő általános foglalkoztatáspolitikai kérdések
Szegedi Nemzetközi Kollokvium 1976. november 24-26.
- 92./ Rózsa József: A foglalkozási rehabilitáció helyzete és a kibontakozás feltételei
Munkaügyi Szemle 1981/3. 4-7.
- 93./ Rózsahegyi István: A foglalkozásbeli rehabilitáció pozitív és negatív ösztönző hatása
A dolgozók társadalmi-gazdasági ösztönzése
Kossuth Kiadó 1975.
- 94./ Rózsahegyi István: A rehabilitáció orvosi és társadalmi vonatkozásai
Szeged NK, 1976. XI. 24-26.

- 95./ Schmidt Antal: Megyei tapasztalatok a rehabilitáció területein
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 41-42.
- 96./ Sebes Gábor: Középzemmi rehabilitáció a vonatkozó rendelkezések tükrében
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 43-44.
- 97./ Siklós László: Gyerekek veszélyhelyzetben
Valóság, 1978/5. 83-92.
- 98./ Solymos Gyula: A célvállalatok helye, feladatai és problémái a foglalkozási rehabilitáció rendszerében
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 48-49.
- 99./ Szabados Dénes: A megváltozott munkaképességű dolgozók rehabilitációja az ipari szövetkezetekben
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 39-40.
- 100./ Szabó Pál: Összefoglaló jelentés a csökkent munkaképességű dolgozók helyzetének rendezéséről szóló jogszabály végrehajtásának törvényességi vizsgálatáról
Fővárosi Főügyészség, Bp. 1982. március
- 101./ Szoó Béla - Baráthi Ottó: A foglalkozási rehabilitáció helyzete Nógrád megyében és a 3. számú Volán Vállalatnál
Munkaügyi Szemle 1983/9. 24-28.
- 102./ Tahin - Kiss - Kézdi - Koczán - Ozsváth - Pörczi: Kísérlet az elmebetegséggel szembeni attitűdök tanulmányozására
Szociológia 1972/3. 383-403.
- 103./ Takács István: A rokkantak szerepe és felelőssége az üzemi rehabilitációban
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 34-35.
- 104./ Tariska István: Az elmeegészségügyről, az elmebetegségről és a társadalmi felelősségről
Valóság /Tanulmány/ 1976/7. 81-91.

- 105./ Tarnai Ottó: Értelmi fogyatékos tanulók továbbtanulása, továbbképző iskolák, szakmunkás-képzés /Kézirat/
/Az Országgyűlés Eü. és Szoc. Biz. számára készült jelentéshez összeállított tanulmány 1978.
- 106./ Timár M.: Foglalkozási betegségek
Medicina, 1971.
- 107./ Tóth László: Rehabilitáció és munkaerőgazdálkodás
Somogyban
Munkaügyi Szemle 1977/7.
- 108./ Turcsányi T.: Csökkent munkaképességek rehabilitációja a gépiparban
Munka 1974/2.
- 109./ Turiné Raffai Judit:
A foglalkoztatás szerepe a súlyos fogyatékosok rehabilitációjában
Kézirat, Győr, 1981.
- 110./ Udvarhelyi Miklós: Debilis tanulók továbbképzése
Csepelen
Gyógypedagógiai Szemle 1973/I.
- 111./ Ujj Emilia - Szentgyörgyi Dénes:
Rehabilitáció, alkalmassági, időszakos vizsgálatok és a gondozás kapcsolata
Ergonómia 1977/2.
- 112./ Unoka József: Jelentés az Országos Orvosszakértői
Intézet Orvosi Bizottságának 1978. évi munkájáról és a tartósan csökkent munkaképességűvé, illetve rehabilitációt igénylővé minősített személyek számáról
OOSZI, Budapest, 1979. március
- 113./ Unoka József: Összefoglalás az Országos Orvosszakértői
Intézet Bizottságának munkájáról az 1978-ban és azt megelőzően véleményezett igénylők adatai alapján
OOSZI, Budapest, 1979.
- 114./ Unoka József: Rokkant-morbiditás és rehabilitációs
igény
Népegészségügy 1977. 257-269.
- 115./ Unoka József: Új foglalkozási rehabilitációs igény
Kézirat, Budapest, 1977.

- 116./ Veres József: Az üzemi balesetek és foglalkozási betegségek
Szegedi Nemzetközi Kollokvium 1976.
november 24-26.
- 117./ Vészi László: A rehabilitációs tevékenység tapasztalatai nyolc nagyvállalatnál
Munkaügyi Szemle 1982/3. 24-28.
- 118./ Völgyi Lajos: Fogyatékosok permanens gondozása
/A fogyatékosok pályaválasztása című kerekasztal értekezlet a Fáklya Klubban/ Kézirat, 1976.
- 119./ Winkler Róbert: Rehabilitáció a Fővárosi Kézműipari Vállalatoknál
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 59-61.
- 120./ Zlehovszky József: Összefoglaló jelentés a csökkent munkaképességű dolgozók helyzetének rendezéséről szóló jogszabály alkalmazása törvényességének vizsgálatáról az ipari vállalatoknál.
Példatár a csökkent munkaképességű dolgozók helyzetének rendezéséről szóló jogszabály alkalmazása törvényességének vizsgálatáról készült összefoglaló jelentéshez
Legfőbb ügyészség, Budapest, 1982. jun.
- 121./ Zöld Gyula: Az OPITI és a /megyei, fővárosi/ pályaválasztási tanácsadó intézetek szerepe és munkája a megváltozott munkaképességű fiatalok pályaválasztásában
Munkaügyi Szemle 1979/I-II. Melléklet, 30-31.
- 122./ Csökkent munkaképességű dolgozókról való gondoskodás.
/Rehabilitáció, anyagi támogatás, társadalombiztosítási kedvezmények/
Kiadja az Építő-, Fa- és Építőanyagipari Dolgozók Szakszervezete, Budapest, 1968.
- 123./ Csökkent munkaképességű dolgozók szakmai rehabilitációja a Kohó- és gépiparban
KGM tanulmány 1971.
- 124./ A csökkent munkaképességűekkel való foglalkozás módszerei
Táncsics Kiadó, Budapest, 1971.

- 125./ Egészségügyi Minisztériumi tájékoztató az orvosi rehabilitáció helyzetéről
Kézirat, 1975. II. 14.
- 126./ Egészségügyi helyzet 1981.
Statisztikai Időszaki Közlemények 497. kötet,
KSH, Budapest, 1983.
- 127./ Egészségügyi Minisztérium felnőttvédelmi szociális gondozás
Információs Évkönyv 1982. Budapest, 1983.
- 128./ Együtt - egymásért! A rehabilitáció helyzete Magyarországon
A Rokkantak Nemzetközi Éve - 1981.
Magyar Nemzeti Szervező Bizottság, Budapest, 1981.
- 129./ Az értelmi fogyatékos fiatalok rehabilitációs kézikönyve
MÜM-OPTI
- 130./ A rehabilitációra szoruló fiatalok helyzete a rehabilitációs rendszerünk tükrében
MÜM Szociálpolitikai Főosztály 3743/1979. V. 21.
- 131./ Előterjesztés a Minisztertanácshoz a foglalkozási rehabilitáció helyzetéről és továbbfejlesztéséről
/Tervezet/ Budapest, 1979. június
- 132./ Előterjesztés a Minisztertanácshoz a foglalkozási rehabilitáció helyzetéről és a szükséges teendőkről
Budapest, 1980. december
- 133./ Látási fogyatékosok a számítógépeknél
Számítástechnika 1979/IV.
- 134./ A rehabilitációs gondoskodás és a dolgozók anyagi ellátásának biztosítása ideiglenes és hosszantartó munkaképtelenség esetén hat európai szocialista országban
SZOT TB Főig. 1976.
- 135./ Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége:
Állásfoglalás a szociálpolitikai gondoskodás elvi és gyakorlati kérdéseiről
/MEOSZ szociálpolitikai koncepció/ Budapest, 1984.
- 136./ Siketek és Nagyotthallók Országos Szövetsége szakmai tanácskozásai
Budapesti Nyomdaipari Szakmunkás Intézet 1974.
- 137./ Szociálpolitika a dolgozók érdekében
Munkaügy 1973/1.

- 138./ Tájékoztató a budapesti csökkent munkaképességűek foglalkozásáról
Budapest Főváros Tanácsa Végrehajtó Bizottsága II.
Tervosztály Budapest, 1963. november
- 139./ Utmutató a csökkent munkaképességű dolgozók vállalati rehabilitációjához
Munkaügyi Szemle 1977/11.
- 140./ Utmutató a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkozási rehabilitációjához
SZOT Társadalombiztosítási Főigazgatóság Budapest,
1983.
- 141./ Vakokat Gyámolító Országos Egyesület Alapszabályai
Kalocsa, Árpád RT. Könyvnyomdája, 1935.
- 142./ Védőmunkahelyek értelmi fogyatékosok számára
Szerk.: Göllesz Viktor
A szociális Intézetek Központja kiadványa,
Budapest, 1970.



