

NAGY ZITA ÉVA

Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre¹

Bevezetés

A nemzetközi szinten meglehetősen sok, empirikus adatokon nyugvó irodalom elemzi a különböző rokkantellátások munkaerő-piaci részvételre gyakorolt (ellenősztönző, szívó) hatását, viszont kevés tanulmány foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy kik is azok, akik az egészségük károsodását követően (újra) dolgozni tudnak. A munkaerő-piacról rokkantellátásba történő kivonulást követő munkavállalásról pedig mind kvantitatív elemzések, mind kvalitatív kutatási eredmények is nagyon korlátozottan állnak rendelkezésre.

Ez annál is inkább meglepő, mert az európai jóléti rezsimek elmúlt évtized(ek)ben történt átalakulásával foglalkozó elméleti és empirikus irodalmakban nagyjából egyetértés mutatkozik abban, hogy az országok – a szakpolitikák szintjén legalábbis – mind nagyobb hangsúlyt fektetnek a korábban „passzív” segélyezetttek „aktivizálására”: e tekintetben a fogyatékos emberek aktivizálása sem kivétel (lásd például: OECD 2010, 2012). Magyarországon a rokkantnyugdíjazás szabályaiban 1998-ban bekövetkezett változások formálisan megszüntették a rokkantellátásra való végleges jogosultságot, a 2008-as reformok pedig kimondottan célul tűzték ki a foglalkoztatási esélyek növekedését (Scharle 2008). 2011-ben fogadták el a rokkantsági nyugdíjrendszer átalakításához kapcsolódó új intézmény- és ellátásrendszer koncepcióját, melynek egyes elemei 2012-ben (megváltozott munkaképességű személyek új ellátási rendszere, új komplex minősítési rendszer, a kapcsolódó intézményrendszer változásai), más elemei 2013-ban kerültek bevezetésre (új, egységes, egyszintű akkreditációs rendszer). A kormányzati tervek szerint mintegy

¹ A kutatás a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

A szerző szeretne köszönetet mondani Bartus Tamásnak, Krémer Baláznak és Prókai Orsolyának segítő javaslataikért!

120 000 rokkantellátásban résztvevő ember foglalkozási rehabilitációjának és nyílt munkaerő-piaci integrációjának kellene megvalósulni az elkövetkezendő időszakban. Mindemellett az elmúlt évtizedekben a fogyatékoságpolitika hasonló irányba mozdul el: a passzív „tehetetlen” fogyatékos-kép felől a mindinkább aktív, a társadalmi életben résztvevő ember képe felé (lásd például: Könczei – Hernádi 2011).

A rokkantellátásban résztvevő emberek újbóli munkaerő-piaci részvételét meghatározó tényezőket vizsgáló kutatások hiánya feltételezhetően erős összefüggésben van azzal a szemléletmóddal, ahogyan a korábbi empirikus vizsgálatok legjelentősebb részét kitevő, elsősorban az egyéni motivációkra (a munkaerő-kínálatra) koncentráló, (főként a) racionális egyéni döntést feltételező modellek megközelítették ezt a kérdéskört. Ezek a kutatások ugyanis jellemzően azt járták körül, hogy a rokkantellátó rendszerek „relatív nagylelkűsége” milyen módon fejt ki „szívó hatást” a kedvezőtlenebb helyzetű emberekre (munkanélküliekre, alacsony végzettségűekre, fogyatékos emberekre), főként gazdasági recessziók, átalakulások idején (lásd a szemléletről bővebben: O’Brian 2013). A rokkantellátás választását a kedvezőtlen helyzetű emberek számára olyan racionális döntésként tekintették, amely dichotóm jellegű helyzetet eredményez: az érintett személy vagy a munkaerőpiacon marad (vagyis „nem rokkant”, „nem fogyatékos”) vagy „rokkant lesz”, kivonul a munkaerő-piacról, de akkor fel sem merül igazán a kérdés az esetleges legális munkaerő-piaci részvételéről (esetleg akkor, ha az ellátási körülmények megváltoznak annyira, hogy „racionális” vagy „kényszerű” a visszatérés) (Bound – Burkhaser 1999). Ez a dichotóm szemlélet (rokkantellátottak: passzív szerep, nem rokkantellátottak: potenciálisan aktív szerep) nagyon hasonlít a fogyatékoság azon felfogásához, amely a fogyatékos embert passzívként, tehetetlenként, ellátottként tekinti a nem fogyatékos emberekhez képest (Könczei – Hernádi 2011).

A korábbi közgazdasági szemléletű foglalkoztatáspolitikai kutatások Magyarországon is hasonlóképpen kezelték ezt a kérdést: arra hivatkozva, hogy a rokkantnyugdíj Magyarországon általában végleges inaktivitással jár, jellemzően fel sem tették az újbóli munkaerő-piaci részvételre vonatkozó kérdéseket (lásd például: Cseres-Gergely 2005, 2007).

Magyarországon mindezen túl is nagyon korlátozottak és „áttételesek” a kimondottan a rokkantellátásban résztvevő emberekről elérhető munkaerő-piaci információk. Ennek egyik legfontosabb oka feltételezhetően az adathiány: a rokkantosítással foglalkozó adminisztratív adatbázisok tényleg „adminisztratív” jellegűek, kutatások számára „nem nyitottak”. Így az sem tudható pontosan, hogy a munkaerő-piaci részvételre vonatkozóan milyen személyes adatokat gyűjtenek a rokkantellátás igénylésekor, az azonban biztos, hogy ezek az adatok az esetleges változásokkal (pl. elhelyezkedéssel) nem frissülnek, hacsak ez nem járt az ellátás megváltozásával. Mindemellett a rokkantellátottak személyes adatait tartalmazó adatbázisokat az aktivitásról információkat biztosító adatbázisokkal (pl. TB) ez ideig nem kapcsolták össze. Az NCSSZI-TÁRKI jelen tanulmányban is feldolgozott kutatását megelőzően nem készült kimondottan a rokkantellátottak munkaerő-piaci részvételére irányuló kvantitatív vizsgálat sem, amelyet amúgy is nehezített volna, hogy nincs az érintettekről a véletlen adatfelvételi eljárást lehetővé tevő, kutatás számára elérhető

„lista”. A nemzetközi mérések (pl. EU-SILC, MEF) ez irányú feldolgozását pedig – az előbbieken röviden bemutatott szemlélet mellett – gátolhatja az a gyakorlat is, amely szerint a kutatók a nemzetközi mérések hazai adatfelvételeinek elemzésekor – illeszkedve a nemzetközi folyamatokhoz – sokkal inkább az önmagukat megváltozott munkaképességű embernek tartók, és nem az arról papírral rendelkező ellátottak munkaerő-piaci részvételével foglalkoznak (lásd például: KSH 2012). Tekintve azonban, hogy Magyarországon az ellátottak és az önmagukat megváltozott munkaképességű embernek tartó személyek jellemzői érdemben eltérőek (lásd erről: Nagy – Prókai 2013), a rokkantellátásban résztvevő emberek tulajdonságainak és helyzetének külön megismerése alapvető fontosságú lehet.

Kérdések

A „passzív” segélyezettek aktivizálására irányuló hazai foglalkoztatáspolitikai folyamatok egyik kiemelt célcsoportját jelentik a rokkantellátott emberek. A bevezetőben említett, elsősorban a rokkantellátásba való beáramlást és tartós „bennrekedést” befolyásoló intézkedések mellett az elmúlt évtizedben történtek lépések² az aktivizálás, a munkaerő-piaci (re)integráció elősegítése érdekében is.

A kapcsolódó szakpolitikai intézkedések, beavatkozások és eszközök azonban nem, vagy csak nagyon nagy vonalakban differenciáltak: nem érzékenyek a célcsoport tagjainak eltérő demográfiai, társadalmi, gazdasági jellemzőire, életkörülményeire, (részben ezekből adódó) eltérő motivációs hátterére és lehetőségeire, ahogy a környezeti (munkaerő-piaci) feltételekre és körülményekre sem – márpedig ez a célzási probléma nagyban ronthatja a beavatkozások hatékonyságát, sikerességét.

Jól dokumentált tény, hogy az egészségkárosodás önmagában is munkaerő-piaci hátránytényező, azonban alapvető kérdés, hogy e jellemző meglétekor a további személyes, illetve szűkebb környezeti jellemzők és körülmények milyen esetekben és módon befolyásolják az egyéni elhelyezkedés szándékát és lehetőségét. Másrésztől nagyon fontos (és sajnálatosan nagyon ritkán feltett) kérdés, a munkaerő-piac szereplőinek az érintett egyénekhez való „viszonyulása” is: feltételezhetően bizonyos károsodott csoportokat inkább befogad, másokat inkább „diszkriminál”, esetleg „teljesen kizár” a lokális „keresleti oldal”.

Jelen tanulmány egyrészt a rokkantellátott emberek munkaerő-piaci (re)integrációját feltehetően meghatározó személyes és tágabb környezeti tényezők összegyűjtésére vállalkozik empirikus evidenciákon nyugvó tanulmányok áttekintésével. Másrésztől ismeretet egy az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatfelvételének adatbázisából készült elemzést, mely azt a kérdést vizsgálja, hogy milyen tényezők határozzák meg a magyar rokkantellátott emberek (újbóli) munkaerő-piaci részvételét – az adatok jellegéből adódóan – elsősorban a személyes és közvetlen környezeti tényezőkre koncentrálna.

² Ezek elemző kifejtése jelen tanulmánynak nem feladata.

Adatok, módszerek

Az NCSSZI és a TÁRKI kutatói 2010 végén – vagyis a magyarországi rokkantellátás új minősítési rendszerének bevezetését közvetlenül megelőzően – végeztek empirikus adatfelvételt 2053 fő egészségkárosodott, vagyis a károsodásáról hivatalos határozattal rendelkező, vagy azzal korábban rendelkezett ember véletlen mintáján (a kutatás módszertanáról lásd bővebben: Nagy – Pál – Ottucsák 2011, illetve Tátrai – Bernát – Gábos – Hajdú 2011). A kutatás során a válaszadókat többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással választották ki úgy, hogy a felkeresett háztartásokban a kérdezőbiztosok ún. szűrőkérdőívek alkalmazásával döntötték el, hogy a háztartás valamelyik tagja beletartozik-e a kutatás során vizsgált célcsoportba. A kutatás adatai – a mintavétel jellegéből következően, a mintavételi és nem mintavételi hibák figyelembevételével – alkalmasak arra, hogy a vizsgált csoport egészére általánosítsák azokat.

A hivatalos orvosszakértői minősítés megléte önmagában nem jelenti azt, hogy az érintett személy valamilyen rokkantellátásban részesülő³, megváltozott munkaképességű ember, hiszen ahhoz az szükséges, hogy megfeleljen az adott ellátás jogosultsági követelményeinek. Tekintve, hogy jelen tanulmány kérdésfelvetése a rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci (re)integrációjára irányul, ezért az elemzések az adatbázisban szereplő 1750 rokkantellátott ember adatain alapulnak.

Mivel az adatfelvétel a célcsoport tagjainak személyes megkérdezésén alapult, csak nagyon korlátozottan alkalmas a tágabb környezet (a kontextuális tényezők) vizsgálatára: mindössze néhány a munkaerő-piacról információt rejtő kontextuális változó elemzésbe történő bevonása volt lehetséges. Így, a többi szereplő „megmérése” hiányában ez az elemzés is adós marad a tágabb környezet munkaerő-piaci visszatérést befolyásoló hatásának alapos feltérképezésével: ez a – nagyon fontos – feladat mindenképpen további kutatásokat igényel.

Elméleti háttér

Az egyéni jellemzők, és a személyes környezetre vonatkozó tényezők

A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci (re)integrációját (feltételezhetően) meghatározó tényezők egyik csoportját az egyének személyes jellemzői jelentik, kétféle értelemben is. Egyrészt ezek a személyes jellemzők meghatározhatják az egyéni viszonyulásokat az elhelyezkedéshez (vagyis az egyéni stratégiákat), másrészt érdemben befolyásolhatják a munkaerő-piac egyénekhez való viszonyulását is (így: bizonyos károsodott csoportokat inkább „diszkriminál” a

³ Ilyen ellátás lehetett 2010-ben: baleseti járadék, rokkantsági járadék, korhatár alatti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, egészségkárosodott személyek szociális járadéka

munkaerőpiac). A kapcsolódó – meglehetősen korlátozott mennyiségben rendelkezésre álló – empirikus kutatások az esélyek tekintetében jellemzően a nemnek, a kornak, a károsodás típusának, valamint a korábbi munkaéletút jellemzőinek szerepét emelik ki.

Az (alacsonyabb végzettségű) idősebb munkavállalók munkaerő-piaci hátránya jól dokumentált tény mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalomban (lásd erről például: Galasi-Nagy 1999, Fazekas – Scharle 2012 és még sokan mások).

Az idősebb, egészségkárosodott emberek munkaerő-piaci lehetőségeit (is) vizsgáló kutatások mindemellett e csoportban a hátrányok halmozódására hívják fel a figyelmet. A kutatási eredmények azt jelzik, hogy az életkor már a károsodást követően a munkaerő piacról való kivonulásra (és: rokkantellátás igénybevételére) vagy bent maradásra vonatkozó egyéni döntésnél is meghatározó (vagyis két hasonlóan károsodott, ám különböző korú ember eltérő valószínűséggel dönt az egyes lehetőségek mellett). Charles (idézi: Bound – Burkhauser 1999) a Panel Study of Income Dynamics-ből készített elemzésében azt találta, hogy a vizsgált amerikai férfiak jellemzően akkor kezdtek el foglalkozni egészségügyi korlátozottságukkal, amikor az jelentősebb jövedelemcsökkenést eredményezett. Az egészségügyi állapot megváltozására irányuló egyéni reakciókat alapjaiban meghatározta az érintett életkora: a fiatalabb munkavállalók kisebb hányada igényelt rokkantsági ellátást és vonult ki a munkaerőpiacról. Charles mindezt azzal magyarázta, hogy az egészségügyi feltételek megváltozása jelentős hatással lehet a munkakör-specifikus humán tőkére: a mind fiatalabb érintetteknél egyrésztől kevesebb lehet az elveszett humán tőke, másrésztől nagyobb lehet az érintettek motivációja, rugalmassága és képessége arra, hogy olyan készségek fejlesztésére fektessenek be, amelyekkel (az egészségügyi korlátozottságuk ellenére is) sikeres lehet a munkaerő-piaci részvételük. Az igényléssel kapcsolatos döntést mindemellett alapvetően befolyásolta az is, hogy a munkaadó tudott-e és szándékozott-e alkalmazkodni a munkavállaló megváltozott jellemzőihez, és feltehetően fiatalabb munkavállalók esetében ezt szívesebben teszik meg.

A Munkaerő-felmérés 9 évének mintegy 550 000 főt tartalmazó adatbázisát elemezve Berthoud (2003) azt találta, hogy bizonyos munkaerő-piaci hátránytényezők (mint a magasabb életkor, alacsonyabb kompetenciák, egyedülálló családi állapot, magasabb gyermekszám, fogyatékoság, kisebbséghez tartozás, a korábbi munkaéletút megszakítottsága) hatása nem összegződik, hanem kummulálódik a több hátránytényezővel rendelkező személyek esetében. Így – eredményei szerint – bár a károsodás önmagában is hátrányt jelent a munkaerő-piacon, az idősebb károsodott emberek esetében ez fokozottan érvényesül.

A kapcsolódó kutatásokból az körvonalazódik, hogy a rokkantellátásban résztvevő férfiak és nők (újbóli) munkaerő-piaci részvételének esélye különböző, erre alapvető hatással vannak a társadalmi normák (elvárt nemi szerepek) és a társadalmi attitűdök. A rokkantellátásba való bekerülés (napjainkban a nők növekvő korábbi munkaerő-piaci részvétele okán folyamatosan csökkenő) nemi egyenlőtlenségei⁴ jól ismertek (lásd

⁴ A férfiak nagyobb arányban kerülnek be rokkantellátásba: a kutatások szerint részben azért, mert a nők a korábban kedvezőlenebb munkaerő-piaci részvételük okán kisebb arányban képesek megfelelni az ellátások feltételeinek, részben mert a férfiak nagyobb valószínűséggel dolgoztak olyan munka-intenzív

például: OECD 2010, 2012). A kutatások azonban azt is jelzik, hogy a fogyatékos nők a fogyatékos férfiakhoz képest kisebb arányban dolgoznak, és nagyobb arányban végeznek nem fizetett vagy alacsonyabb jövedelmű munkát, ráadásul a fogyatékos nők fogyatékos férfiakhoz képesti hátránya e tekintetben nagyobb, mint a nem fogyatékos nők nem fogyatékos férfiakhoz képest mérhető hátránya (Gerschick 2000, idézi: Hutton – Bohle – Namara 2012, Jones 2008).

Ezek az adatok egyrészt jelezhetik, hogy a társadalmi környezet és gondolkodás az egészségkárosodott nők esetében még inkább a munkaerő-piaci passzivitást, illetve a háztartáson belüli aktivitást (vagyis a klasszikus nemi szerepeket) támogatja. A női „tökéletlenség” ilyen módon történő erősebb „büntetésének” feltételezését egy az elhízás hatásairól szóló 2014-es kutatás is erősíti (Mason 2014), amely azt vizsgálta, hogy milyen hatással van az emberek bevételére az elhízottság. Az eredmények azt mutatják, hogy míg az elhízott férfiak az idő előre haladtával és tapasztalataik növekedésével le tudják küzdeni hátrányukat, addig az elhízott nők egész életükben hordozzák a béregyenlőtlenségeket.

Mindemellett az adatok azt mutatják, hogy a házasságban, illetve a partnerkapcsolatban élő egészségkárosodott nőknek (is) alacsonyabb a munkaerő-piaci részvétele az egyedülálló nőkhöz, illetve férfiakhoz képest. Ennek hátterében több tényező állhat: egyrészt a döntést könnyítheti, hogy az otthonlét a házas nők esetében társadalmilag elfogadott szerep (Krémer – Nagy 2007). Másrészt a nem túl nagy összegű, ámde stabil rokkantellátás választani még inkább „jobb / racionálisabb döntés” lehet (a bizonytalanabb munkanélküli ellátásokhoz, vagy az ugyancsak alacsony jövedelmű, kedvezőtlen feltételű, bizonytalan teljes állásokhoz képest), különösen akkor, ha valaki másokkal együtt él: hiszen ilyen esetben a háztartás tagjainak jövedelmei összeadódnak, ráadásul a kiadásokat jelentősen tudja csökkenteni egy racionálisabb háztartásvezetést végző (jellemzően:) nő (pl. otthoni főzéssel, kiskerttel, stb.). Ezt a feltételezést megerősítik azok a kutatási eredmények, amelyek azt mutatják, hogy az egészségkárosodott nők a férfiakhoz képest nagyobb arányban keresnek részmunkaidős állást (a teljes munkaidős állás helyett), illetve, hogy a rokkantellátásban való részvétel az azonos korú házas fogyatékos nőket kevésbé érintette kedvezőtlenül, mint a férfiakat és az egyedülálló nőket (Loprest – Rupp – Sandell 1995, idézi: Hutton – Bohle – Namara 2012)

A kutatási eredmények jelzik, hogy a munkaéletút megszakítottsága, a korábbi munkanélküliségi tapasztalatok alapvetően meghatározzák a rokkantellátásba való beáramlást (Autor – Duggan 2003, idézi: Cai – Gregory 2005). Az adatok azonban arra is rámutatnak, hogy a későbbi munkaerő-piaci (re)integrációra nézve is meghatározóak ezek a tényezők (ami nem meglepő: a munkanélküliség egyénekre gyakorolt hatása ugyancsak jól dokumentált a szakirodalomban, lásd például: Jahoda – Lazarsfeld - Zeisel 1999, Bánfalvy 2003 és sokan mások). A károsodás miatti munkából való kimaradás későbbi munkaerő-piaci részvételtre gyakorolt hatásáról szolgál fontos

iparágakban, melyek kedvezőtlenebb egészségügyi hatásokkal jártak, illetve nagyobb arányban szüntek meg az elmúlt évtizedekben. Lásd: Argyrous – Neale (2001) és mások.

adalékokkal az a kutatás, amely Új-Zéland meglehetősen egyedülálló⁵ balesetbiztosítási rendszerének alanyait vizsgálta kontrollcsoportos, különbségek különbsége (DiD) módszerrel (Crichton – Stillman – Hyslop 2011). A kutatás eredményei szerint a legalább 4 hónapos ellátással járó károsodások érdemben csökkentették az érintett személy munkaerő-piaci lehetőségeit: így például, akik 7-24 hónapig kaptak ellátást, azoknak átlagosan 9-10%-kal volt alacsonyabb a foglalkoztatási rátája, és 3-5%-kal volt alacsonyabb a jövedelme 6-18 hónappal az ellátás befejeződése után a kiinduló állapothoz képest. Ezt a helyzetet még inkább súlyosbítja az a tény, hogy ezek a hatások nem csökkentek az idő előre haladtával. A kutatás eredményei szerint ezek a hatások eltérőek voltak a különböző társadalmi csoportokban: a hosszabb ellátás kedvezőtlenebb hatással volt a nők, az idősebb munkavállalók és a korábban alacsonyabb jövedelmű és bizonytalanabb munkapiaci státuszú emberek esetében. Ezen egyenlőtlenségek okainak feltárásához azonban – a kutatók szerint – további kutatások szükségesek.

Hogan és munkatársai⁶ (2012) az Ausztrál Statisztikai Hivatal 2003-as „Felmérés a fogyatékoságról, az idősödésről és a gondozásról” elnevezésű kutatásának 41 233 fő adatait tartalmazó adatbázisában logisztikus regresszióval vizsgálták, hogy milyen tényezők befolyásolják a sikeres munkaerő-piaci elhelyezkedést. Eredményeik azt mutatták, hogy a „klasszikus” tényezőknél túl (életkor, nem, iskolai végzettség, a kért angol anyanyelvű-e⁷) fontos szerepet játszott az érintett akadályozottságának típusa és annak súlyossága, valamint az, hogy a foglalkoztatáshoz szükséges-e a munkáltató felkészítése, vagy a munkahely alkalmazkodása. Adataik szerint mentális betegséggel a legkisebb, kisebb kéz- illetve ujj-deformitással a legnagyobb az esélye a munkaerő-piaci részvételnek, azonos nemű és életkorú emberek esetében pedig azt találták, hogy azoknak, akiknek csak egy károsodása van, mintegy 3,39-szer nagyobb az esélye az elhelyezkedésre azokhoz képest, akik több károsodással is küzdenek.

Egy fókuszcsoportos, 21 rokkantellátásban résztvevő személlyel készült ausztrál kutatásban (Morris 2006) – a korábbiakban bemutatott eredményekhez hasonlóan – arra jutottak a kutatók, hogy a sikeres munkaerő-piaci részvételt (feltételezhetően⁸) meghatározza az egyén életkora, a korábbi munkatapasztalatok, hogy mennyi ideig volt foglalkoztatott, a fogyatékoság súlyossága és jellege, valamint a család anyagi helyzete. A kutatók szerint (az újbóli) a munkaerő-piaci részvétel sokkal nehezebb, ha az érintett

⁵ Az új-zélandi baleset-biztosítási rendszer mind a károsodás ellátásának közvetlen költségeit téríti, mind kompenzációt ad a sérült dolgozó számára, a korábbi jövedelem 80%-ig mindaddig, amíg az érintett újra nem tud dolgozni.

⁶ A kutatásban a fogyatékoságot „önbesorolással” vizsgálták, vagyis megkérdezték az egyént: hogy van-e olyan korlátozottsága vagy károsodása, amely legalább 6 hónapja fennáll, és még várhatóan 6 hónapig fenn fog állni, és korlátozza a mindennapi tevékenységeiben. A kutatás válaszadói 80%-ának nem volt, 8%-ának 1, 12%-ának két vagy több fogyatékosága is volt.

⁷ Az angol anyanyelvű országból származó, magasabb végzettségű férfiaknak a legnagyobb, a nem angol anyanyelvű országból bevándorolt, alacsony végzettségű női válaszadóknak a legkisebb az esélye arra, hogy foglalkoztatottak legyenek.

⁸ A szerzők is feltételes módon fogalmaztak, hiszen a kutatás kvalitatív volt, melyből a mintavétel jellege okán nem lehet statisztikai jellegű ok-okozati információkat leszármazni.

ember túlságosan „be van hálózva a családba”, vagyis gyermekszerepben kezelik (lásd erről bővebben: Nagy – Krémer 2008, Katona 2011).

A munkavállalást több vizsgálat szerint is érdemben befolyásolják a mentális, pszichés tényezők. A Morris és munkatársai által végzett adatfelvételben több megkérdezett említette, hogy úgy érzi: addig nem tudtak elhelyezkedni, amíg mentálisan nem voltak készen a munkára, illetve amíg nem küzdöttek le azt a félelmüket, hogy az állapotuk rosszabbodni fog a munkától. Ez utóbbi egyébként reális félelem lehet: néhányuk azt jelezte, hogy a túl korai belépés valóban rontott az állapotukon. A (munkaerő-piaci) integrációt, a más emberekkel való kapcsolatban kerülést gátló egyéni jellemzőként említették a „szégyent” is: a posztmodern identitás kiépítése nehezebb az érintettek (főként: fiatalok) számára, hiszen az alapjait képező fogyasztás a munka hiánya és az átlagosan kedvezőtlenebb körülmények miatt gyakran korlátozott.

A mentális tényezők fontosságára hívja fel a figyelmet az a kutatás is, melyet Murphy és munkatársai (2007) 36 gerincvelő-sérült emberrel, interjú technikával végeztek. Azt találták, hogy az elhelyezkedés személyes gátjai között fontos szerepet játszik az egyéni motivációk hiánya, valamint az érintetteknek az a (vélt vagy megalapozott) félelme, hogy a fizikai korlátaik miatt nem felelnek meg a munkahelyi körülményeknek.

A hazai rokkantellátottak munkaerő-piaci esélyeiről áttételesen elérhető információk egyik forrása lehet a TOP 200 kutatás, amely a 200 (árbevétel tekintetében) legnagyobb hazai gazdasági társaság közül 138 esetében vizsgálta a fogyatékos és megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának jellemzőit (Könczei – Komáromi – Keszi – Vicsek 2003). A célcsoport meghatározásából következően a kutatás kérdésfelvetése nem (csak) a rokkantnyugdíjasokra irányult, de a feltárt tendenciák információkat biztosíthatnak a rokkantnyugdíjasok foglalkoztatását meghatározó tényezők vonatkozásában is⁹.

Az egyéni jellemzők közül a nemek tekintetében egyértelmű eredményt hozott a kutatás: a TOP 200 szervezetnél foglalkoztatottak között mindössze 39% a nők aránya, vagyis ez az érték feltételezhetően azt jelzi, hogy ilyen típusú munkahelyen nehezebb a megváltozott munkaképességű nőknek elhelyezkedni. Az adatok szerint az alkalmazott célcsoporttagok átlagos életkora 44,7 év, ami a célcsoport átlagéletkoránál érdemben alacsonyabb, vagyis feltételezhetően a munkavállalást ebben a szektorban az életkor is befolyásolja. A fogyatékoság típusára vonatkozó eredményekből nem lehet arra következtetni, hogy ez befolyásolja-e a munkavállalást.

A Krolify által (2004) a célszervezetek több mint 80%-ának körében elvégzett kérdőíves kutatás adatai ugyancsak áttételesen biztosíthatnak információkat a célcsoport munkavállalásának esélyeire vonatkozóan. Az eredmények alapján úgy tűnik, hogy a célszervezeteknél dolgozók nemi, illetve iskolai végzettség szerinti összetétele nem tér el érdemben a célcsoport összetételétől. Ez az eredmény a TOP 200 kutatás előbb bemutatott eredményeivel összevetve arra enged következtetni, hogy ezek az egyéni

⁹ Fontos megjegyezni, hogy a kutatás eredményeinek egy része a vizsgált cégekre, egy része a munkavállalókra irányult; ráadásul az eredményeket – feltételezhetően adatok hiányában - a kutatók nem vetették össze a célcsoport egészére vonatkozó adatokkal, így az itt ismertetett eredmények a saját (időnként óvatos) következtetésem.

szintű változók nem (feltétlenül) a foglalkoztatás tényét, de sokkal inkább annak jellegét és szektorát határozzák meg. Mindemellett a dolgozók életkor szerinti összetétele a teljes célcsoportnál ebben az esetben is érdemben fiatalabb, ami ugyancsak felveti az életkor munkavállalási esélyeket befolyásoló hatásának valószínűségét.

A TOP 200 kutatás és a nemzetközi irodalmak közül is több a sikeresség további fontos tényezőjeként említi az érintettek mobilitási képességét (közlekedés, tömegközlekedés igénybevételének képessége, esetleg szállítás) (több kutatás eredményét is összefoglalta Young 2010-ben). A közlekedés, a fizikai terep akadályozottsága, vagy esetleg a munkavállalást ilyen módon segítő ellátások megléte, illetve hiánya mindemellett a munkavállalást alapvetően befolyásoló tágabb környezeti jellemző is.

A tágabb környezet tényezői

A környezeti feltételek sikeres (újbóli) elhelyezkedésre gyakorolt hatásának vizsgálata – kapcsolódva a fogyatékos társadalmi modelljének szemléletéhez – a nemzetközi szakirodalomban, az utóbbi években egyre gyakrabban megjelenő kérdésfelvetéssé vált.

Mindemellett viszonylag kevés vizsgálat szolgáltat e tekintetben is evidenciákkal, és ráadásul jellemzően úgy, hogy a kutatások nem a környezeti jellemzők sikeres elhelyezkedésre gyakorolt hatásáról szólnak, sokkal inkább arról, hogy „feltételezhetően”, vagy az érintettek által „érezkelten” a környezeti feltételek milyen gátakat képeznek az elhelyezkedés során. A környezeti tényezők „valós” hatásainak érdemi vizsgálatához ugyanis sok esetben nem lehet elég az egyénekről szóló adatgyűjtés: azokat legalább kontextuális változókkal kell kiegészíteni, vagy még inkább meg kell nézni a „környezet” (pl. foglalkoztatók, „munkaerőpiac”, „fizikai környezet”) valós működési gyakorlatát.

Az elhelyezkedési esélyeket meghatározó környezeti feltételek között mindenképpen említést kell tenni a makroszintű gazdasági, illetve munkaerő-piaci helyzetről, valamint változásokról.

A munkaerő-piacon az utóbbi évtizedekben történt tartós, jellemzően strukturális változások ugyanis a munkaerő-kereslet érdemi megváltozását eredményezték: a (szakképzett) fizikai munkahelyek és a képzetlenek iránti igény csökkenése, a rugalmasság mind nagyobb követelménye, a munkaerő-piacon igényelt készségek változása, mind-mind erőteljes hatást gyakorolnak az alacsony, képzetlen munkaerő munkaerő-piacról történő kiszorulására (Csoba 2011, és sokan mások). Ez két irányból is érintette a vizsgált embereket: egyrészt a változások okozta bizonytalanság könnyen járhatott az egészség megromlásával, és ez önmagában növelte a rokkantellátásba való kiáramlást, másrészt ezek a körülmények nehezítették az egészségkárosodott emberek (újbóli) munkaerő-piaci részvételét is. Nemzetközi szakirodalomban ugyancsak gyakran említik, hogy a globalizáció miatt önmagában

nőtt a kínálat a szakképzetlen munkásokból több országban is, amely nagyobb versenyt eredményezett: egy ilyen versenybe pedig az egészségkárosodott emberek hátrányból indulhatnak, főként a vállalkozások kockázatkerülő magatartása okán (lásd például: Argyrous – Neale 2001).

Az előbb röviden összefoglalt folyamatok nyomán nem meglepő, hogy Fogg, Harrington és McMahan (2011, idézi: Burke et al. 2013) tanulmányukban arra jutottak, hogy a gazdasági válság sokkal inkább érintette az egészségkárosodott munkavállalókat, mint a nem egészségkárosodott munkavállalókat.

A makroszintű tényezők között ugyancsak fontosak a rokkantellátás tágabb rendszerének munkaerő-piaci (re)integrációt esetlegesen ösztönző, illetve ellen ösztönző hatásai is. A kapcsolódó vizsgálatok egyik jelentős része az intézményes környezet jellemzőinek beáramlásra gyakorolt hatását vizsgálja (lásd például: Schultz – Morton – Weckerle 1998, Angelini – Cavapozzi – Paccagnella 2012, és sokan mások).

A munkaerő-piaci részvétellel kapcsolatos fogyatékosági politikák modellezése és változásuk megértése érdekében az OECD 2010-ben (2007-re vonatkozó adatokkal), klaszter-elemzéssel, az egyes országok fogyatékosügyi politikáit tipizáló modellt készített, melynek eredménye nagyon hasonlít a jóléti rezsimek Esping-Andersen-féle (1990) modelljéhez. A modell elméleti alapját tekintve a „mainstream”-nek tekinthető, közgazdaságtani szemléletű irányokhoz csatlakozott (vagyis, ahhoz a racionális döntést feltételező irányhoz, ahol az ellátások igénybevételének – így ezzel párhuzamosan a munkaerő-kínálatnak – az arányát alapvetően az elérhető jövedelem biztonsága, tartóssága és helyettesítési rátája, jogosultsági feltételei, viselkedési elvárásai és szankciói és a rehabilitációs szolgáltatások határozzák meg, valamint néhány, a munkaerő iránti keresletet meghatározó tényező, így például a jogalkotás vagy a munkáltatói diszkrimináció).

A csoportosítás két dimenzióban („kompenzáció”, illetve „integráció”) mintegy 20 változó bevonásával készült. A „kompenzáció” dimenzió alapvetően a rendszer „nagylelkűségét” méri olyan változókkal, mint az ellátás lefedettsége, az ellátásra való jogosultsághoz szükséges minimális munkaképtelenségi szint, a teljes ellátás eléréséhez szükséges munkaképtelenségi szint, helyettesítési ráta (a folyamatos munkajövedelemhez képest), az ellátások állandósága, az orvosi vizsgálat jellege, a foglalkoztatási értékelés jellege, táppénz szintje, időtartama, felügyelete. Az „integráció” dimenzió alapvetően a rendszer „aktivizálási” hatását hivatott mérni a következőkkel: az aktivizálást hivatott rendszer lefedettsége és egymásra épültsége, a rendszer értékelése (felelősség és következetesség szempontjából), a hátrányos megkülönböztetés elleni jogszabályok, beleértve a munkáltatók felelősségét a munka megtartása és az akadálymentesítés terén, a támogatott foglalkoztatás, és a foglalkoztatási támogatások rendszere (mértéke, állandósága, rugalmassága) a védett foglalkoztatás (mértéke, átmeneti jellege), foglalkozási rehabilitációs programok (kötelezettség és a kiadások mértéke), a rehabilitáció időzítése, az ellátás felfüggesztésének szabályai és a munka ösztönzők további rendszere.

A modellben 3 fő csoportot (szociáldemokrata, liberális, korporatív) és azokon belül összesen 7 alcsoportot különböztettek meg: Magyarországot a korporatív modellbe sorolták.

2010-ben az OECD munkatársai e modell segítségével igyekeztek értékelni az 1990 és 2007 között bekövetkezett változásokat. Eredményeik szerint a vizsgált rezsimek (bár különböző sebességgel, mértékben, de) konvergálnak az aktivizáló, foglalkoztatás-orientált megközelítés felé: az integrációs értékek jellemzően növekedtek (néha nagymértékben), a kompenzációs értékek csökkentek, bár jellemzően kisebb mértékben. Már maguk az OECD kutatói is megjegyzik azonban, hogy a modellben mért változások (ahogy maguk a tipológiák sem) nem tükröződnek az érintett emberek munkaerő-piaci jellemzőiben. Ők ennek okát alapvetően a szakpolitikai intézkedések (a modell ennek mérésére irányul) és azok gyakorlati megvalósulása közötti eltérésekben látják: például abban, hogy a politikai vagy retorikai változások a mindennapi gyakorlatban lassabban okoznak tényleges elmozdulást (így a résztvevő szereplők, például orvosok, viselkedésében), vagy, hogy gyakran nem elégséges az erőforrások változtatása / átcsoportosítása (amelyet az új szolgáltatásokra fordítanak). Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy az intézményes környezet jellemzőinek a célcsoport munkaerő-piaci részvételére gyakorolt hatásmechanizmusa egyelőre nem pontosan ismert.

A szűkebben vett környezeti körülmények nagyon fontos tényezőjét jelentik a munkáltatók attitűdjei és a munkahelyek jellemzői. A kutatások jellemzően a fizikailag túl megterhelő / nem megfelelően illeszkedő munkaköröket, az akadálymentesítés hiányát, a munkáltatók negatív attitűdjeit, a diszkrimináció jelenlétét említették e tekintetben (Murphy 2007, Morris 2006, Burke et al 2013 és mások).

Burke és munkatársai nagyszabású szakirodalmi áttekintésükben Chan, Lee, Yuen and Chan definíciója nyomán (2002, idézi: Burke et al. 2013) a munkáltatói attitűdök kognitív, affektív és viselkedési összetevői mentén összegezték az Egyesült Államokban 1987 és 2012 között megjelent 34 kutatási jelentés eredményeit. Az összegzés egyik legfontosabb tanulsága az volt, hogy bár a fogyatékos emberek foglalkoztatásával kapcsolatban szavakkal kifejezett munkáltatói attitűdök általában pozitívak, ez azonban nem mutatkozik az érintett emberek rendkívül alacsony foglalkoztatási arányaiban. A kutatók a szakirodalmi háttér alapján azt a hipotézist vetették fel, hogy a munkáltatók körében két szélsőségesebb csoport lehet: vannak akik (talán túlzottan is) optimisták, illetve akik túlzottan pesszimisták, elzárkózóak a célcsoport munkaerő-piaci részvételével, jellemzőivel, megbízhatóságával, termelékenységével kapcsolatosan.

Az összefoglalóban idézett kutatások egy része arra is rávilágított, hogy a munkáltatók pozitív, illetve negatív attitűdjei összefüggést mutatnak a jelentkező károsodásának jellegével. Míg Morris korábban idézett vizsgálatában (2006) a résztvevők azt jelezték, hogy tapasztalataik szerint mind látványosabb fogyatékosággal mind nehezebb a munkaerő-piacra történő bekerülés, addig a Burke és munkatársai által bemutatott vizsgálatok a mentális betegek és a kommunikációjukban károsodott emberek hátrányaira hívták fel elsősorban a figyelmet (Diksa – Rogers 1996; Link – Phelan – Bresnahan – Stueve – Pescosolido 1999; Barrette – Garcia – Larouche 2002; idézi: Burke et al. 2013).

Az összefoglalóban áttekintett vizsgálatok arra is rávilágítottak, hogy a munkáltatók pozitív, illetve negatív attitűdjei, félelmei eltérőek a vállalat mérete alapján, erő

összefüggés mutatnak a vezetők hozzáállásával, illetve a munkatársak fogyatékosághoz való általános hozzáállásával is.

A munkáltatói attitűdök elhelyezkedési sikerességre gyakorolt hatását közvetve vagy közvetlenül magyar kutatási eredmények is alátámasztják. A korábban már idézett TOP 200 kutatás eredményei erős regionális különbségeket mutattak a célcsoport foglalkoztatásának intenzitása tekintetében: úgy tűnik, hogy a cégek nagyobb hányada foglalkoztatott megváltozott munkaképességű embereket, ahol a célcsoport amúgy is nagyobb arányban van jelen (például: Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl): mindez – éppen a nagyobb létszám okán – persze nem jelenti (biztosan) azt, hogy könnyebb munkát találni ezeken a területeken (Könczei – Komáromi – Keszi – Vicsek 2003). Több elemzési szempont esetében érdemi különbség mutatkozott a hazai és a nemzetközi tulajdonú szervezetek működésében. Így a megváltozott munkaképességű emberek csoportjában a nemi diszkrimináció a magyar tulajdonú cégekben sokkal inkább jellemző a nemzetközi tulajdonú cégekhez képest, az életkor tekintetében viszont a hazai cégek „toleránsabbak”: az itt dolgozók átlagéletkora mintegy 3 évvel magasabb a külföldi tulajdonú cégekben mérhetőhöz képest. Az iskolai végzettséget vizsgálva az látható, hogy a külföldi tulajdonú cégek magasabb arányban foglalkoztatnak magasabb végzettségű megváltozott munkaképességű munkavállalókat. Mindezt természetesen befolyásolhatja a cégek eltérő profilja, de feltételezhető az is, hogy kontextuális tényezőként a megváltozott munkaképességű munkavállalókkal kapcsolatos eltérő attitűdök is érdemi szerepet játszhatnak a foglalkoztatási esélyekben (ez a nagyon fontos kérdés további, alapos kutatást igényelne).

Az attitűdök fontosságát megerősíti, hogy – a kutatási eredmények szerint – összességében a vállalatok által alkalmazott megváltozott munkaképességű emberek létszámát négy tényező befolyásolja: a vállalatnál foglalkoztatott munkavállalók létszáma, az alternatív munkavégzési rendszerben dolgozók száma a vállalatnál¹⁰, a fogyatékosok személyek alkalmazásakor észlelt problémák intenzitása, illetve a regionális fejlettség dimenziója. „A vállalatok megváltozott munkaképességű munkavállalóira értelmezett foglalkoztatási hajlandósága az alábbi regressziós modellel írható le: a két szervezeti háttérjellemző, a regionális elhelyezkedés és az észlelt problémák mértéke, mint látens változó együttesen fejt ki hatását. A fejlettebb régióban működő vállalatok több megváltozott munkaképességű munkavállalót alkalmaznak ugyan, de csak abban az esetben, ha az általuk észlelt problémák mértéke alacsony szintű. A két változó „interakciós” hatása tehát az a mechanizmus, amely a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatási hajlandóságát meghatározza.” (Könczei – Komáromi – Keszi – Vicsek 2003: 9).

A kutatás fókuszcsoportos szakaszának válaszadói azt is jelezték, hogy érzésük szerint a cégek rokkantellátottakat kevésbé foglalkoztatnak: formálisan azért, mert a rokkantellátásban résztvevőknek már van jövedelmük, illetve a többi foglalkoztatotthoz képest a fizetés mellett a rokkantnyugdíj már extra jövedelmet

¹⁰ A matematikai modell pontos bemutatása nélkül felmerül a kérdés, hogy ez eredmény vajon nem következmény-e...

jelent. A kutatás készítői azonban megjegyzik, hogy e vélemény mögött az is állhat, hogy „a rokkant nyugdíj elnevezése miatt sokan úgy érzik ez olyan ellátás amellel már nem 'illik' dolgozni.” (Könczei – Komáromi – Keszi – Vicsek 2003: 10).

Az mtd Tanácsadói közösség 2010-es 321 munkáltató (melyből 126 szervezet foglalkoztatott megváltozott munkaképességű embereket) válaszait tartalmazó kutatásának eredményei szerint a foglalkoztatás megvalósulását, illetve sikerességét alapvetően meghatározza az, hogy a munkáltatók azért foglalkoztatnak-e megváltozott munkaképességű embert, hogy „feltöltsék” a rehabilitációs hozzájárulás¹¹ „elkerüléséhez” szükséges létszámot, vagy „tervezik, előkészítik, után követik és célzottan támogatják a célcsoport foglalkoztatását” (Tardos 2013: 69). Míg az előbbi esetben gyakran nem is valósul meg foglalkoztatás, addig az utóbbi esetben lényegesen gyakrabban következik be hosszú távú és sikeres együttműködés. A foglalkoztatás sikerességéhez ugyancsak hozzájárul a szervezeti kultúra befogadó szemléletének kialakítása, illetve fejlesztése (ezen belül a célcsoporttal kapcsolatos „valós” információk megosztása, a velük kapcsolatos félelmek eloszlása a szervezet minden szintjén), és a megfelelő belső kommunikáció: az adatok tanulsága szerint a megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztató szervezetek 48,3%-a, míg a nem foglalkoztató szervezetek 61,7%-a ítélte meg úgy, hogy nem befogadó a munkahely szervezeti kultúrája. A szervezeti kultúra átalakításának alapvető feltétele a felsővezetői elköteleződés: a foglalkoztató szervezetek 64,7%-ában voltak a felsővezetők elkötelezettek a célcsoport foglalkoztatása mellett. Ez az arány a nem foglalkoztató szervezetek esetében lényegesen alacsonyabb.

A szervezet alkalmazkodásának ugyancsak fontos állomása a munkakörök és körülmények alakítása a munkavállaló jellemzőihez, illetve a fizikai és infokommunikációs akadálymentesítés. A megfelelő munkahelyi szociális támogatást, valamint a rugalmas, az érintett igényeihez illesztett munkahelyi körülmények és rugalmasság fontosságát több kutatás is említi (ezeket összefoglalta: Young 2010).

Hogan és munkatársai (2012) a – korábban idézett – nagymintás vizsgálatukban azt találták, hogy a munkaerő-piacon résztvevő károsodott emberek esetében a különböző károsodások eltérő valószínűséggel okoznak korlátozottságot a foglalkoztatás során. Legnagyobb arányban a mentális betegek (91,2%), a sajátos érzelmi állapotban lévők (87,8%), a deformitás elszenvedők (84,7%), a fizikai aktivitásukban korlátozottak (83,8%), a végtaghiányos emberek (78,7%), a krónikus fájdalommal küzdők (78,1%), valamint fejsérülést, agykárosodást, stroke-ot elszenvedők (74%) tapasztalnak korlátozottságot; legkevésbé pedig a hallássérült (45,7%), valamint a látássérült (57,9%) emberek. A munkaerő-piacon résztvevő, a foglalkoztatás során korlátozottságot elszenvedő emberek mindössze 27%-a jelezte, hogy a munkahely

¹¹ „A munkaadó a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjának elősegítése érdekében rehabilitációs hozzájárulás fizetésére köteles, ha az általa foglalkoztatottak átlagos statisztikai állományi létszáma a 25 főt meghaladja, és az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek átlagos statisztikai állományi létszáma nem éri el a létszám öt százalékát, vagyis a kötelező foglalkoztatási szintet. (Lásd a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény (a továbbiakban: Mmvtv.). 23–24. §.)”

http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_afsz_hasznos_megvaltt_munkavall&switch-content=afsz_gyik_megv_mkep_rehab_hozzajarulas&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full

valamilyen formában alkalmazkodott az ő korlátozottságához. A leggyakrabban a mentális betegek számoltak be segítségről (56%-uk), 26%-uk esetében a segítség személyi segítőt jelentett.

Az mtd Tanácsadó közösség hazai kutatásában a válaszadó szervezetek egytizede alkalmaz mindössze mentort, és e tekintetben nincs különbség a megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztató és nem foglalkoztató cégek között. Ez a vizsgálat azt is mutatta, hogy megváltozott munkaképességű embert foglalkoztató szervezeteknél mind a fizikai akadálymentesítés (48%), mind az infokommunikációs akadálymentesítés (18,9%) érdemben nagyobb arányban fordul elő, mint a célcsoport tagjait nem foglalkoztató szervezeteknél.

A tanulmány szerzője a munkáltatói alkalmazkodás egyik eszközeként kezeli a részmunkaidős foglalkoztatást (a célcsoportot foglalkoztató almintában a részmunkaidőre lehetőséget adó szervezetek aránya 59,8%, szemben a teljes minta 39,9%-ával), bár a szakirodalom megosztott e foglalkoztatási forma megítélése esetében: gyakran inkább a célcsoport alulfoglalkoztatásaként értelmezik ezt (Adler 2007, Domokos 2008, OECD 2010, és mások). Ugyancsak nagyobb arányban fordult elő a rugalmas munkaidő lehetősége a megváltozott munkaképességű ember foglalkoztató szervezetek között (40,2%, a teljes mintában 28,3%), nincs viszont érdemi különbség a távmunka és az osztott munkakörök estében.

Kutatási eredmények

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatfelvételeinek tanulsága szerint az aktív korú egészségkárosodott embereknek mindössze 15%-a dolgozik: 13,4%-uk alkalmazottként vagy vállalkozóként, 1,6%-uk alkalmi munkásként. A rokkantellátott embereknél ez az arány némileg még alacsonyabb, 12,2%. Körükben az ILO definíciója szerint munkanélküliek aránya 7%, a regisztrált munkanélkülieké 5,8%. Ezek az értékek érdemben kedvezőtlenebbek azoknak – az egyébként széles körben ismert – adatfelvételeknek az adataitól, amelyek a megváltozott munkaképességet önbevallás alapon vizsgálják (lásd pl. KSH 2012, itt a foglalkoztatottak aránya 18,1% volt). Ugyanakkor mind az aktivitási arány, mind a foglalkoztatottak aránya jelentősen elmarad a teljes aktív korú népességben megfigyelhető arányoktól (melyben ugyanakkor a foglalkoztatottak aránya 60,7%-ot tett ki).

A személyes és környezeti tényezők magyarországi rokkantellátottak munkaerő-piaci részvételére gyakorolt hatásának vizsgálata során először azt a kérdést szükséges megválaszolni, hogy az érintettek mely csoportjaiban magasabb érdemben a dolgozók aránya. Az eredmények azt mutatják, hogy a szakmával rendelkező érettségizettek (16,8%) és a felsőfokú végzettségűek (22,9%), a 25-44 évesek (19%, illetve 18,5%), a jó (27,5%), illetve nagyon jó (40%) szubjektív egészségügyi állapotúak, az idegen nyelvet beszélők (20,3%), érvényes jogosítvánnyal (20,2%), illetve internetkapcsolattal

rendelkezők (19,9%), aktív házastárssal / élettárssal együtt élők (15,3%), valamint a megyeszékhelyen lakók (18,7%) az átlagosnál érdemben nagyobb arányban dolgoznak (1. táblázat). Jóval kisebb az aránya a foglalkoztatottnak a romák (7,1%), az 55 évesnél idősebbek (9,8%), az özvegyek (6,3%), a nagyon rossz szubjektív egészségügyi állapotú (5,3%), illetve a súlyos értelmi fogyatékos, autista (3,5%), mentális beteg (7,4%) valamint hallássérült (7,5%) emberek körében. A nem foglalkoztatottak a munkaéletútjukon belül mintegy ötször annyi időt töltöttek egyéb inaktívként, mint a foglalkoztatott társaik.

1. táblázat A rokkantellátott, dolgozó emberek jellemzői (NCSSZI-TÁRKI, „D” kutatás, 2010, N=1750)

		A dolgozók aránya az egyes csoportokban (%)*
Nem		nem szign.
Iskolai végzettség	ISCED 1-2.	10,7
	ISCED 3.	16,8
	ISCED 4.	11,9
	ISCED 5-6.	22,9
Roma-ex	nem	12,6
	igen	7,1
Kor	25 év alatt	10
	25-34 éves	19
	35-44 éves	18,5
	45-54 éves	13,5
	55 éves vagy idősebb	9,8
A munkaéletútjának mekkora hányadát töltötte...	...fizetett munkával töltött idő aránya a munkaéletútban (dolgozók / nem dolgozók)	nem szign.
	...munkanélküliként (dolgozók / nem dolgozók)	1,96 / 3
	...rokkant-ellátásban (dolgozók / nem dolgozók)	nem szign.
	...gyermek után járó ellátásban (dolgozók / nem dolgozók)	nem szign.

		A dolgozók aránya az egyes csoportokban (%)*
	...tanulással (dolgozók / nem dolgozók)	8 / 5,8
	...egyéb inaktívként (dolgozók / nem dolgozók)	0,6 / 2,8
Családi állapot	nőtlen / hajadon	12,8
	együtt élő házaspár	12,3
	különélő házaspár	16,9
	elvált	14,8
	özvegy	6,3
Milyen az Ön egészsége általában?	nagyon rossz	5,3
	rossz	10
	kielégítő	16,8
	jó	27,5
	nagyon jó	40
Önmagukat fogyatékos embernek tartók aránya		9,3
Mióta él fogyatékossgal?		nem szign.
Jellemzi-e Önt súlyos...	...látássérülés	nem szign.
	...hallássérülés	7,9
	...tartósan fennálló krónikus / nagy betegség×	10,9
	...értelmi nehézség, tanulási vagy megértési nehézség×	3,5
	...sajátos érzelmi, mentális vagy pszichés állapot, mentális betegség	7,4
	...mozgássérülés×	10,3
Idegen nyelven beszélők között		20,3
Érvényes jogosítvánnyal rendelkezők között		20,2

		A dolgozók aránya az egyes csoportokban (%) [*]
Van otthon internetkapcsolata		19,9
Van-e a háztartásban aktív kereső (ahol van)		14,5
Van-e a háztartásban nyugdíjas (ahol van)		9,5
Házastárs /élettárs aktív kereső-e (ahol igen)		15,3
Házastárs /élettárs nyugdíjas-e (ahol igen)		8,4
Barátok száma (átlagosan) (dolgozók / nem dolgozók) [*]		nem szign.
Településtípus	megyeszékhely	18,7
	város	12,1
	község	10
	Budapest	10,9
Régió		nem szign.
A teljes csoportban		12,2

^{*} A csillaggal megjelölt esetekben a dolgozók és nem dolgozók csoportjaiban vizsgáltam az adott státuszok munkaéletútban betöltött arányát, illetve a barátok átlagos számát (0,05-ös szignifikancia szinten).

×0,1-es szignifikancia szinten szignifikáns, a többi esetben 0,05

Logisztikus regressziós eljárással vizsgálható, hogy a szakirodalomban említett lehetséges tényezők közül valójában melyek azok, amelyek érdemben befolyásolják a rokkantellátott egészségkárosodott emberek aktivitását, vagyis azt, hogy rokkantellátás mellett dolgozik-e valaki (és melyek azok a fenti különbségek közül, amelyek a változók egymással való kapcsolata miatt mutatkoznak). A modellbe 6 lépésben kerületek bevonásra a rokkantellátott emberek személyes és szűkebb környezeti jellemzőit mérő változók csoportjai, a következőképpen: első lépésben az egészségkárosodásra, fogyatékosságra vonatkozó információk (Nagelkerke R2 ekkor: 0,189), második lépésben a nem (Nagelkerke R2 ekkor: 0,189), harmadik lépésben azt,

hogyan az a vonatkozó (Nagelkerke R2 ekkor: 0,191), negyedik lépésben a személyes humán erőforrást mérő változók (Nagelkerke R2 ekkor érdemben emelkedett: 0,281), ötödik lépésben a környezeti erőforrások (Nagelkerke R2 ekkor: 0,307), hatodik lépésben a munkaerő-piaci jellemzők (Nagelkerke R2 ekkor: 0,328)¹².

A Nagelkerke R2 folyamatosan alacsony értékei alapvetően azt jelzik, hogy az elhelyezkedési esélyekből viszonylag keveset magyaráznak a célcsoportot jellemző „kemény” személyes és közvetlen környezeti tényezők, vagyis az elhelyezkedés esélyeit befolyásoló további tényezőket feltételezhetően az érintettek egyéb (pl. „szoft” jellemzői, így motiváltsága) mellett főként a munkaerő-piaci környezet további, jelen kutatásban nem mért jellemzőiben és folyamataiban (pl. az egészségkárosodott emberek foglalkoztatásával kapcsolatos munkáltatói attitűdök, akkreditált munkahelyek megszólása) lenne érdemes keresni.

Az eredmények tanulsága szerint – összhangban a külföldi kutatási eredményekkel – a rokkantellátást kapó emberek munkaerő-piaci aktivitását befolyásolja a károsodásuk, illetve fogyatékoságuk típusa. Az enyhén/közepesen hallássérült embereknek a hallássérüléssel nem rendelkezőkhöz képest mintegy fele akkora az esélyük az elhelyezkedésre. A β együtthatók értéke nyomán ugyancsak látható, hogy a súlyosabb értelmi fogyatékosággal, illetve autizmussal rendelkező embereknek kisebb az esélye az elhelyezkedésre, mint az ilyen károsodással nem rendelkező embereknek. Ugyancsak magas β együtthatók mutatkoztak az önmaguk másokkal való megértésében, illetve a lakáson belüli helyváltoztatásban korlátozott emberek esetében: az e tekintetben korlátozott emberek munkavállalási esélye a többiekénél ugyancsak mérsékeltébb lehet. Meglepő eredménynek tűnhet, hogy a sportolásban akadályozott embereknek mintegy 2,4-szer nagyobb az esélye az elhelyezkedésre, mint azoknak, akik nem korlátozottak. Ez azzal lehet összefüggésben, hogy a rokkantellátottak között nagyobb arányban jelen lévő mozgásukban (akár tartós betegségük okán) kisebb-nagyobb mértékben korlátozott emberek felvételére a munkaerő-piac inkább nyitott, mint a speciálisabb fogyatékosággal rendelkezők irányába.

¹² Egészségkárosodásra és fogyatékoságra vonatkozó változók: fogyatékosággal élő embernek érzi-e magát; mióta áll fenn a problémáját okozó akadályozottsága; milyen korlátozottságokkal rendelkezik (van-e látássérülése, hallássérülése, tartósan fennálló (nagy) betegsége, pszichés, mentális betegsége, mozgássérülése, tanulási vagy megértési nehézsége); és hogy ezek a korlátozottságok milyen fogyatékoságokat, illetve hátrányokat eredményeznek. Személyes humán-erőforrás változók: iskolai végzettség, kor, jogosítvánnyal való rendelkezés, beszél-e idegen nyelvet, van-e otthon internetkapcsolata, munkaéletütről való változók (a munkaéletét mekkora hányadát töltötte fizetett munkával, munkanélküliként, rokkantellátásban, tanulással, gyermek után járó ellátásban, egyéb inaktívként). A környezeti erőforrásokra vonatkozó változók: családi állapot, a háztartás aktivitására vonatkozó változók (van-e aktív kereső, van-e nyugdíjas, a házastárs/élettárs aktív kereső-e, a házastárs/élettárs nyugdíjas-e), a barátok száma. A lakóhelyre (munkaerő-piacra) vonatkozó változók: településtípus, régió. A szubjektív egészségügyi állapotnak érdemi hatása lehet a foglalkoztatásra, azonban a szakirodalmi előzmények éppen ennyire támogatják a foglalkoztatás kedvező hatásait is. Az ok-okozati viszonyok megítélhetetlensége okán ezt a változót nem tettem bele az elemzésbe.

A logit adatai nem támasztják alá azt a feltételezést, hogy a nem, illetve az, hogy az érintett roma-e önmagukban alapvetően befolyásolják a rokkantellátottak munkaerőpiaci integrációjának esélyét¹³.

A foglalkoztatási lehetőségekre alapvető hatást gyakorolnak viszont személyes humánerőforrás-tényezők: az adatok tanulsága szerint az idősebb rokkantellátottaknak kisebb az esélye az elhelyezkedésre, mint a fiatalabbaknak (az 55 év felettiak esélye a 45 év alattiakénak nagyjából a fele). Ugyancsak alátámasztják az eredmények azt is, hogy a foglalkoztatottság valószínűségével érdemi együtt járást mutat az, hogy az egyén korábbi életpályájában mennyire tapasztalta meg a(z) „alacsony finanszírozott”) munkanélküliséget, illetve az egyéb (ellátás nélküli) inaktivitást. Úgy tűnik, hogy a korábbi életpályájukban mind nagyobb arányban munkanélküli, vagy egyéb inaktív emberek kevésbé aktívak a rokkantnyugdíj melletti munkavállalásban is. Az összefüggés hátterében elsősorban az a – tanulmány korábbi részében már érintett – összefüggés állhat, hogy az érintettek által megtapasztalt hosszabb munkanélküliség vagy egyéb inaktivitás olyan tanult tehetetlenségi mechanizmust indított el, amely éppen a munkakeresés valószínűségét csökkenti, és ezzel párhuzamosan olyan túlélési stratégiák kialakulását tette lehetővé, amelyek az akár kedvezőtlenebb, de mégis állandó rokkantnyugdíjas jövedelem mellett is fenntarthatóak (pl. a fogyasztás szélsőséges leszorítása). Az elhelyezkedési esélyekre ugyancsak érdemi hatása van a mobilitási képességnek (a jogosítvánnyal rendelkezőknek mintegy másfélszeres az esélye arra, hogy dolgozzanak), illetve az internet használatának (a használóknak mintegy háromszoros az esélye arra, hogy dolgozzanak). Ez utóbbi nyilván összefüggésben lehet azzal is, hogy a dolgozók nagyobb valószínűséggel tudják finanszírozni az otthoni internet előfizetést.

Ugyancsak meglepő eredmény, és az exogén tényezők alapvető hatásának feltételezését erősíti, hogy az iskolai végzettség, a családi állapot, illetve a háztartás további tagjainak jelenlegi aktivitása önmagában nem befolyásolja érdemben a rokkantellátottak aktivitását (a további elemzésekből viszont az derül ki, hogy a munkakeresési aktivitását igen). A település típusa viszont igen: a megyeszékhelyen élőknek mintegy kétszeres az esélye a munkavállalásra a községekben élőkhez képest. Ez összefügghet azzal, hogy az akkreditált foglalkoztatók megoszlása a települések jogállása szerint erősen a városok és a megyeszékhelyek felé húz (lásd erről bővebben: Nagy et al. 2013).

Következtetések

A szakirodalmi áttekintés és az elemzés eredményei megerősítették azt az előzetes felvetést, hogy az egészségkárosodás tényén túl egyéb személyes és szűkebb környezeti jellemzők különbözőképpen határozzák meg az érintettek esetleges

¹³ A rokkantellátásba való bekerülésre vonatkozó elemzésekből azonban látszik, hogy ezen két csoport esetében a rokkantellátásba való bekerüléskor mutatkozik szelekció.

munkaerő-piaci részvételét. Bizonyos csoportokban – így az értelmi fogyatékosággal élő, autista, valamint hallássérült emberek körében, az idősebbeknél, a hosszabb korábbi munkaerő-piacon kívüli létet tapasztaló és kevésbé mobil embereknél érdemben kisebb az (újbóli) munkaerő-piaci részvétel esélye: vagyis e csoportok (re)integrációja – a munkaerő-piacon amúgy is meglehetősen hátrányos helyzetű – egészségkárosodott emberek között is külön figyelmet igényel.

A szakirodalmi áttekintés és az elemzés eredményei mindemellett közvetlenül (településtípus hatása) és közvetve (az egyéni és szűkebb környezeti tényezők alacsony magyarázóértéke) is nyomatékosan felhívják a figyelmet a (lokális) munkaerő-piac folyamatainak és szereplőinek alapvető szerepére a rokkantellátott emberek (újbóli) munkaerő-piaci részvételében. Így a mind megalapozottabb és hatékonyabb szakpolitikai intézkedések és beavatkozások megtételéhez elkerülhetetlenül szükséges lenne a keresleti oldal viszonyulásainak, és mechanizmusainak alapos megismerése is.

Felhasznált irodalom

- Adler Judit (szerk., 2007): A munkavállalási korú inaktív népesség motivációja, munkaerő-piaci távolmaradásának okai. Budapest: GKI Gazdaságkutató Zrt.
<http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok/munkaugyi+kutatasok+2.html>
- Angelini, V. – Cavapozzi, D. – Paccagnella, O. (2012): Cross-Country Differentials in Work Disability Reporting Among Older Europeans. *Social Indicators Research*, 105 (2), pp. 211-226. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-011-9878-6>
- Argyrous, G. – Neale, M. (2001): Labor Market Disability: Implications for the Unemployment Rate. *The Economic and Labour Relations Review* 2001 (12), pp. 263 – 284.
<http://elr.sagepub.com/content/12/2/263>
- Autor, D. – Duggan, M. (2003): The Rise in the Disability Rolls and the Decline in Unemployment. *Quarterly Journal of Economics* (118), pp. 157–205.
- Barrette, J. – Garcia, L. – Laroche, C. (2002): New considerations for employers regarding workplace integration: The impact of communication disorders. *International Journal of Disability Community, and Rehabilitation*, 1(1).
http://www.ijdc.ca/VOL01_01_CAN/articles/barrette.shtml
- Bánfalvy Cs. (2003): A munkanélküliség szociálpszichológiájáról. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Berthoud, R. (2003). Multiple disadvantage in employment. *Work and Opportunity Series No. 31*. <http://www.jrf.org.uk/publications/multiple-disadvantage-employment>
- Bound, J. – Burkhauser, R. J. (1999): Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities. In: Ashenfelter, O. – Layard, R. – Card, D. (szerk.): *Handbook of Labour Economics*. Vol. 3. Amsterdam: Elsevier, pp. 3417-3528.
- Burke, J. – Bezyak, J. – Fraser, R. T. – Pete, J. – Ditchman, N. – Chan, F. (2013): Employers' Attitudes Towards Hiring and Retaining People with Disabilities: A Review of the Literature. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling* 19 (1), pp. 21–38.
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8927848>
- Chan, C.H. – Lee, M.C. – Yuen, H. – Chan, F. (2002): Attitudes toward people with disabilities between Chinese rehabilitation and business students: An implication for practice. *Rehabilitation Psychology*, 47, pp. 324–338.
- Charles, K. K. (1996): The longitudinal structure of earnings losses among work-limited disabled workers: age of onset effects and adjustment. Manuscript. Department of Economics, University of Michigan.
- Crichton, S. – Stillman, S. – Hyslop, D. (2011): Returning to work from injury: longitudinal evidence on employment and earnings. *Industrial and Labor Relations Review*, 64 (4), pp. 765-785.
<http://www.jstor.org/stable/41343683>

- Cseres-Gergely, Zsombor (2007): Inactivity in Hungary – the persistent effect of the pension system. Budapest Working Papers on the labour market 2007 (1). Budapest.
www.econ.core.hu/doc/bwp/bwp/bwp0701.pdf
- Cseres-Gergely Zsombor (2005): Inaktív középkorú emberek és háztartások: ösztönzők és korlátok. Közpénzügyi Füzetek (13). Budapest.
http://tatk.elte.hu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=725
- Csoba J. (2010): A tisztességes munka. A teljes foglalkoztatás a 21. század esélye vagy utópiája? Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Diksa, E. – Rogers, E. (1996): Employer concerns about hiring persons with psychiatric disability: Results of the employer attitude questionnaire. Rehabilitation Counseling Bulletin, 40 (1), pp. 31–44.
- Domokos T. (2008): A munkaerő-piaci szereplők attitűdjeinek vizsgálata az eltérő flexicurity-modellekhez igazodó foglalkoztatáspolitikai intézkedésekről Magyarországon – összefoglaló.
<http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok/munkaugyi+kutatasok+2.html>
- Esping-Andersen, G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Cambridge Polity Press.
- Fazekas K. – Scharle Á. (2012): Munkaerő-piaci láttelep. In.: Fazekas K. – Scharle Á. (szerk., 2012): Nyugdíj, segély, közmunka. A magyar foglalkoztatáspolitikai két évtizede, 1990-2010. Budapest: Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet – Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság-tudományi Intézet.
- Fogg, N. – Harrington, P. – McMahon, B. (2011). The underemployment of persons with disabilities during the Great Recession. The Rehabilitation Professional, 19 (1), pp. 3–10.
- Galasi P. – Nagy Gy. (1999): Outflows from insured unemployment in Hungary, 1992–1996. Budapest: Institute of Economics, Hungarian Academy of Sciences.
- Gerschick, T. J. (2000): Toward a theory of disability and gender. Signs, 25 (4), pp. 1263–1268.
- Hogan, A. - Kyaw-Myint, S. M. – Harris, D. – Denronden, H. (2012): Workforce Participation Barriers for People With Disability. International Journal of Disability Management (7), pp. 1-9.
<http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FIDM%2FIDM7%2FS1833855012000011a.pdf&code=60aad7c5690f33d61339879b90c07d0c>
- Hutton, M. – Bohle, P. – Mc Namara, M. (2012): Disability and job search among older workers: a narrative review. International Journal of Disability Management (7), pp. 27-34.
- Jahoda, M. – Lazarsfeld, P. F. – Zeisel, H. (1999): Marienthal. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó
- Jones, M.K. (2008). Disability and the labour market: a review of the empirical evidence. Journal of Economic Studies, 35 (5), pp. 405–424.
- Katona V. (2011): Testi fogyatékkal élő emberek a gyermek és a felnőtt lét határain – avagy permanens posztadoleszcencia? Előadás a Magyar Szociológia

- Társaság éves közgyűlésén.
www.szociologia.hu/dynamic/mszt_konf2011_katonav1.ppt
- Könczei Gy. – Hernádi I. (2011): A fogyatékoságtudomány főfogalma és annak változásai. In.: Nagy Z. É. (szerk.): Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Budapest: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pp. 7-28.
- Könczei Gy. – Komáromi R. – Keszi R. – Vicsek L. (2003): A fogyatékos és megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásáról a TOP 200 adatbázis alapján – összefoglaló.
<http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok/munkaugyi+kutatasok+2.html>
- Krémer B. (2008): A megváltozott munkaképességű emberek és a nyílt munkaerőpiac. Debrecen: Revita Alapítvány.
http://revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/equal_nyilt_mep_zaro.pdf
- Krolify (2004): A célszervezetek körében készült kérdőíves felmérés eredményei – összefoglaló.
<http://www.ofa.hu/hu/munkaugyi+kutatasok/munkaugyi+kutatasok+2.html>
- Link, B. – Phelan, J. – Bresnahan, M. – Stueve, A. – Pescosolido, B.A. (1999): Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89 (9), pp. 1328–1333.
- Központi Statisztikai Hivatal (2012): Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon, 2011. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf
- Krémer B. – Nagy Z. É. (2007): „Megéri-e dolgozni?” Tartósan munkanélküli nők munkavállalási érdeklőségeinek és hajlandóságának vizsgálata, Kutatási zárójelentés. Debrecen: Revita Alapítvány
http://www.revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/megerie_zarotanutmany.pdf
- Loprest, P. – Maag, E. (2001): Barriers to and supports for work among adults with disabilities:
<http://www.urban.org/url.cfm?ID=410107>
- Mason, K. (2012): The Unequal Weight of Discrimination: Gender, Body Size, and Income Inequality. *Social Problems*, 59 (3), pp. 411-435.
<http://www.jstor.org/stable/10.1525/sp.2012.59.3.411>
- Morris, A. (2006): Pain and mythology: Disability support pension recipients and work. *Australian Review of Public Affairs*, 7 (1), pp. 41–59.
- Murphy, G. C. (2007): The individual or the environment? Workplace-based barriers to return to work. Paper for the national Comcare conference, Canberra, 25-26 October, 2007.
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dQYIm0xTgeUJ:comcare.gov.au/__data/assets/powerpoint_doc/0017/43505/Greg_Murphy_-_Barriers_to_return_to_work.ppt+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu
- Nagy Z. É. - Krémer B. (2008): A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaéletútjának, valamint jövőbeni képzési és munkavállaláshoz kötődő terveinek feltárása. (Kutatási zárójelentés) Debrecen: Revita Alapítvány.
http://revitaalapitvany.hu/letoltes/tanulmanyok/equal_eletut_tanutmany.pdf

- Nagy Z. É. – Pál Zs. – Ottucsák M. A. (2011): A kutatásról – bevezető helyett. In.: Nagy Z. É. (szerk.): Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Budapest: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pp. 29-34.
- Nagy Z. É. – Prókai O. (2013): A fejlesztéspolitika és az értékelések a fogalmak útvesztőjében. Előadás a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség „A társadalmi fejlesztések értékeléseinek bemutatása” című konferenciáján. http://palyazat.gov.hu/a_tarsadalmi_fejlesztések_ertekeleseinek_bemutatasa_workshop_2013_04_30
- O'Brien, R. L. (2013): Economy and Disability: Labor Market Conditions and the Disability of Working-Age Individuals. *Social Problems*, 60 (3), pp. 321-333. <http://www.jstor.org/stable/10.1525/sp.2013.60.3.321>
- OECD (2010): *Sickness, Disability and Work – Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing. http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf
- OECD (2012): *OECD Economic Surveys – Hungary 2012*. OECD Publishing. <http://www.oecd.org/eco/surveys/economicssurveyofhungary2012.htm>
- Scharle Á. (2008): Foglalkoztatás, intézményrendszer, foglalkoztatáspolitikai. In.: Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2008*. Budapest: TÁRKI, pp. 257-289.
- Shultz, K. S – Morton, K. R. – Weckerle, J. B. (1998): *The influence of push and pull factors on voluntary and involuntary early retirees' retirement decision and adjustment*. Orlando, FL: Academic Press.
- Tartos K. (2013): Jó gyakorlatok a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatására. *Kultúra és közösség*, IV, IV (1), pp. 69-81.
- Tátrai A. – Bernát A. – Gábos A. – Hajdú G. (2011): Az adatfelvételek módszertana. In.: Nagy Z. É. (szerk.): *Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. Budapest: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pp. 35-40.
- Young, A. (2010): Return to work following disabling occupational injury - facilitators of employment continuation. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36 (6), pp. 473-483. <http://www.jstor.org/stable/41151519>

1. MELLÉKLET A logisztikus regressziós eljárás modelljeinek eredményei

	Első modell (károsodás, fogyatékoság)			Második modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem)			Harmadik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma)			Negyedik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások)			Ötödik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások)			Hatodik modell (egészségügyi állapot, fogyatékoság; nem; roma; személyes humán erőforrások; környezeti erőforrások; munkaerő-piaci jellemzők)			
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	
Egészségügyi állapot, korlátozottság, fogyatékoság és hátrány	Fogyatékossgal élő embernek tartja-e magát?		,858		,871		,858		,832		,627		,713						
	igen	-,102	,594	,903	-,098	,612	,907	-,102	,595	,903	-,128	,546	,880	-,215	,334	,807	-,183	,422	,833
	nem tudja	-,151	,846	,860	-,143	,853	,866	-,152	,845	,859	,014	,986	1,014	-,026	,975	,974	-,205	,820	,815
	Mióta áll fenn a problémája? (később, mint születése óta)	-,014	,973	,986	-,018	,965	,982	-,005	,991	,995	,206	,656	1,229	,158	,740	1,172	,223	,652	1,250
	Van-e látássérülése?		,602		,604		,595		,569		,538		,488						
	enyhe / közepes	-,033	,873	,967	-,041	,842	,960	-,060	,774	,942	,056	,805	1,058	,140	,557	1,150	,140	,569	1,150
	súlyos	,353	,337	1,423	,347	,345	1,415	,342	,355	1,407	,430	,290	1,538	,434	,307	1,544	,482	,260	1,619
	Van-e hallássérülése?		,573		,586		,600		,600		,103		,097						
	enyhe / közepes	-,229	,361	,795	-,221	,380	,802	-,213	,398	,808	-,483	,089	,617	-,623	,036	,536	-,649	,031	,522
	súlyos	,219	,663	1,245	,229	,649	1,257	,233	,644	1,262	,118	,838	1,125	,090	,879	1,094	-,026	,965	,975
	Van-e tartósan fennálló, krónikus / nagy betegsége?		,279		,289		,262		,263		,316		,269						
	enyhe / közepes	,360	,180	1,434	,351	,193	1,420	,369	,171	1,447	,393	,193	1,481	,311	,317	1,365	,418	,186	1,519
	súlyos	,106	,673	1,112	,097	,700	1,102	,107	,671	1,113	,084	,764	1,088	-,008	,978	,992	,100	,733	1,106
	Van-e értelmi, tanulási vagy megértési nehézsége?		,271		,275		,298		,298		,469		,423						
	enyhe / közepes	,017	,957	1,017	,022	,945	1,022	,044	,889	1,045	,099	,783	1,104	,218	,550	1,244	,229	,552	1,258
	súlyos	-,914	,110	,401	-,908	,113	,403	-,872	,128	,418	-,560	,352	,571	-,628	,314	,534	-,703	,271	,495
Van-e pszichés, mentális betegsége?		,689		,692		,672		,672		,583		,354							
enyhe / közepes	,128	,535	1,137	,115	,581	1,121	,113	,586	1,120	,132	,569	1,141	,046	,850	1,047	-,146	,561	,864	
súlyos	-,131	,658	,877	-,151	,613	,860	-,165	,579	,848	-,224	,483	,799	-,308	,350	,735	-,487	,153	,615	
Van-e mozgássérülése?		,543		,534		,469		,469		,602		,508							
enyhe / közepes	-,228	,269	,796	-,231	,263	,793	-,255	,219	,775	-,143	,533	,867	-,105	,654	,900	-,122	,612	,885	
súlyos	-,112	,588	,894	-,112	,589	,894	-,129	,533	,879	-,186	,428	,830	-,246	,315	,782	-,292	,246	,747	
Akadályozott-e önmaga ellátásában? (részben / teljesen)	,266	,440	1,305	,271	,431	1,311	,265	,441	1,303	,175	,656	1,192	,286	,482	1,332	,325	,432	1,384	
Akadályozott-e otthoni tevékenységei ellátásában? (részben / teljesen)	,240	,345	1,272	,249	,329	1,283	,242	,343	1,273	,162	,568	1,176	,037	,902	1,038	-,036	,906	,965	
Akadályozott-e a lépcsőzészben? (részben / teljesen)	,048	,854	1,049	,049	,849	1,051	,043	,868	1,044	,157	,579	1,170	,259	,391	1,296	,239	,434	1,270	
Akadályozott-e a lakáson belüli helyváltoztatásban? (részben / teljesen)	-,225	,673	,798	-,235	,660	,791	-,246	,645	,782	-,183	,089	,306	-,103	,121	,335	-,878	,221	,415	
Akadályozott-e az utcai helyváltoztatásban? (részben / teljesen)	-,534	,129	,586	-,535	,129	,586	-,523	,139	,593	-,400	,291	,670	-,483	,226	,617	-,610	,137	,543	

Akadályozott-e tömegközlekedés igénybevételében? (részben / teljesen)	,111	,667	1,117	,110	,670	1,116	,112	,664	1,119	-,089	,751	,915	-,231	,450	,794	-,195	,532	,823
Akadályozott-e munkában / tanulásban? (részben / teljesen)	-1,926	,000	,146	-1,925	,000	,146	-1,932	,000	,145	-1,903	,000	,149	-1,929	,000	,145	-1,973	,000	,139
Akadályozott-e hivatalos dokumentumok értelmezésében? (részben / teljesen)	,281	,454	1,324	,280	,454	1,324	,279	,456	1,322	,415	,311	1,514	,543	,200	1,720	,480	,272	1,616
Akadályozott-e ügyintézésben hivatalos helyeken? (részben / teljesen)	-,555	,128	,574	-,547	,134	,579	-,547	,134	,579	-,331	,400	,718	-,358	,380	,699	-,316	,448	,729
Akadályozott-e a vásárlásban? (részben / teljesen)	,135	,602	1,145	,126	,629	1,134	,128	,623	1,136	,064	,821	1,066	,229	,446	1,257	,299	,333	1,349
Akadályozott-e a pénz kezelésében? (részben / teljesen)	,495	,217	1,640	,522	,197	1,686	,501	,218	1,650	,316	,491	1,371	,244	,600	1,276	,271	,575	1,312
Akadályozott-e önmaga másokkal való megértésében? (részben / teljesen)	-1,221	,140	,295	-1,240	,134	,289	-1,235	,135	,291	-1,075	,188	,341	-1,188	,158	,305	-1,129	,195	,323
Akadályozott-e mások megértésében? (részben / teljesen)	,774	,304	2,168	,792	,294	2,207	,799	,287	2,224	,705	,346	2,025	,696	,368	2,006	,876	,267	2,402
Akadályozott-e a tájékozódásban a világ dolgairól? (részben / teljesen)	-,201	,760	,818	-,221	,737	,802	-,206	,754	,814	,224	,746	1,251	,324	,641	1,382	,290	,677	1,337
Akadályozott-e a döntésben élete fontos kérdéseiben? (részben / teljesen)	,079	,849	1,082	,072	,862	1,075	,105	,802	1,110	,032	,946	1,032	,021	,964	1,022	,040	,936	1,041
Akadályozott-e a társasági életben? (részben / teljesen)	,005	,981	1,006	-,005	,983	,995	-,013	,955	,987	,273	,287	1,314	,273	,305	1,314	,190	,484	1,210
Akadályozott-e a sportolásban? (részben / teljesen)	,787	,001	2,198	,792	,001	2,208	,790	,001	2,204	,802	,002	2,231	,780	,004	2,181	,886	,002	2,426
Akadályozott-e a nyaralásban, utazásban? (részben / teljesen)	-,545	,012	,580	-,548	,012	,578	-,517	,018	,596	-,374	,128	,688	-,405	,119	,667	-,430	,113	,651
Nem (nők)				,088	,605	1,092	,085	,618	1,089	,290	,245	1,337	,340	,199	1,405	,390	,153	1,477
Roma-e (romák)							-,429	,319	,651	,062	,901	1,064	,005	,992	1,005	,020	,971	1,020
Életkor											,017		,063				,104	
45-54 éves										-,397	,157	,672	-,348	,243	,706	-,346	,257	,708
55 évesnél idősebb										-,792	,007	,453	-,711	,026	,491	-,665	,040	,514
Iskolai végzettség											,766		,661				,616	
ISCED 3.										,048	,849	1,049	-,024	,925	,976	-,098	,712	,907
ISCED 4.										,046	,917	1,047	,065	,885	1,067	,093	,837	1,097
ISCED 5-6.										,419	,290	1,521	,497	,239	1,643	,486	,262	1,626
Van-e jogosítványa? (igen)										,487	,018	1,628	,468	,032	1,596	,463	,042	1,589
Beszél-e idegen nyelvet? (igen)										-,126	,686	,882	-,287	,392	,751	-,305	,378	,737
Van-e otthon internetkapcsolata? (igen)										,969	,000	2,636	1,042	,000	2,835	1,005	,000	2,732

