

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Nagy Zita Éva

Van-e út a munkába?

**A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci
reintegrációjának esélyei**

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Dr. Bartus Tamás
egyetemi docens

Budapest, 2015

Szociológia és Társadalompolitika Intézet

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Nagy Zita Éva

Van-e út a munkába?

**A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci
reintegrációjának esélyei**

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Dr. Bartus Tamás
egyetemi docens

© Nagy Zita Éva

Tartalom

Tartalom	3
1. A kutatási téma indoklása, kutatási előzmények.....	4
1. 1. A kutatási téma indoklása, kutatási kérdések	4
1. 2. Elméleti és kutatási előzmények.....	5
2. A felhasznált módszerek	9
3. Az értekezés eredményei.....	11
4. Főbb hivatkozások.....	19
5. A témakörrel kapcsolatos saját (ill. társszerzős) publikációk jegyzéke	24

1. A kutatási téma indoklása, kutatási előzmények

1. 1. A kutatási téma indoklása, kutatási kérdések

Az elmúlt évtizedekben a fogyatékoságpolitika, illetve a fogyatékos-mozgalom a normalizáció és integráció (újabban: befogadás) elveit zászlajára tűzve igyekezett előmozdítani az érintett emberek mind szélesebb körű társadalmi részvételét. Emellett az elmúlt években – a jóléti államok válságával párhuzamosan – a fogyatékos, valamint megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci helyzete, aktivitása egyre gyakrabban került a fejlett országok érdeklődésének középpontjába is. A nemzetközi szervezetek is számos dokumentumban javasolták az országok számára az alig néhány százalékban foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek munkaerőpiacra való bevonásának szélesítését, részképességeik hasznosítását, a passzív szerep helyett a meglévő képességek mentén a munka világába integrált társadalmi szerep kialakítását [lásd például: OECD 2010, 2012].

Az aktivizálására irányuló törekvések több országban – így Magyarországon is – alapvető intézményi és működési átalakulásokat eredményeztek az érintett csoport támogatására irányuló rokkantellátási és rehabilitációs rendszerekben. Magyarországon – a jelenlegi tervek szerint – mintegy 120 000 rokkantellátásban résztvevő ember foglalkozási rehabilitációjának és nyílt munkaerő-piaci integrációjának kellene megvalósulni az elkövetkezendő időszakban: az ő pénzügyi ellátásuk ugyanis legfeljebb a minősítésüket követően 3 évvel megszűnik.

Doktori dolgozatomban végső soron arra keresem a választ, hogy valójában mennyire tekinthetők „realisnak” ezek az aktivizáló törekvések (Magyarországon, az új minősítési és ellátórendszer kezdetén)?

A válaszok keresése során négy dologra helyezek – különböző mértékű – hangsúlyt:

1. Egyrészt arra, hogy milyen személyközi, intézményi és társadalmi tudati, viszonyulásbeli és működési keretei vannak e törekvéseknek?
2. Másodsorban arra, hogy mi jellemzi valójában az érintett, fogyatékos, rokkantellátásban részt venni szándékozó és résztvevő embereket (avagy: milyen tényezői vannak a „beáramlásnak”)?
3. Harmadsorban arra, hogy – a tapasztalatok szerint – valójában mi befolyásolja a sikeres munkaerő-piaci részvételüket?
4. És negyedrészen arra, hogy a részvételüket segíteni igyekvő intézményrendszer e meglehetősen heterogén csoportból valójában kiket és milyen hatékonysággal támogat?

1. 2. Elméleti és kutatási előzmények

Kutatási kérdéseim alapos megválaszolásához egyaránt ismernem és ötvöznöm kellett a szociológia, a fogyatékoságtudomány, a (szociál)pszichológia, valamint a munkagazdaságtan szemléletmódját és kapcsolódó elméleti eredményeit. A jelen fejezetben röviden bemutatott elméleti előzmények – éppen ezért – váltakozva származnak az előbb felsorolt tudományterületekről.

A számtalan szakirodalmi elméleti és empirikus eredményt áttekintő és összefoglaló ún. „társadalmi dominancia elmélet” szerint a csoportalapú társadalmi hierarchiákat három alapvető és egymással összefüggő folyamat működteti: egyrészt a személyközi viszonyrendszerek, másrészt az intézményi működések és diszkrimináció, harmadrészt az egyéni viselkedési asszimetriák [Sidanius – Pratto 2005]. A társadalmi dominancia elméletében a csoportok hierarchiájának három rendszerét különböztetik meg: az életkori, a nemi, valamint az önkényes kialakított csoportok közötti hierarchikus rendszereket.

A fogyatékoságról szóló elméleti irodalmak – gyakorlatilag a funkcionális szerepelmélet [Parsons 1951 és mások], a társadalmi problémák elméletének [az ún. „címkézés-elmélet”, lásd: Fuller – Myers 1941, Becker 1963, és mások], valamint a társadalmi konstrukció elméletének [Berger – Luckman 1966 és mások] megjelenése óta – felhívják a figyelmet a fogyatékoság társadalmilag konstruált jellegére. A fogyatékosággal foglalkozó első kutatók – kiemelten Goffman [1963], majd Foucault [1999] – elsősorban a személyközi, illetve az intézményi viszonyrendszerek – akár: fogyatékoságot „alakító” – hatásaira irányították a figyelmet.

A társadalmi dominancia elmélete szerint a személyközi és intézményi viszonyokat az ún. legitimáló mítoszok szabályozzák. Az elméleti kutatók és a fogyatékos-mozgalom „közös ellenségévé vált” a normatív szemléletű, egyéni felelősséget hangsúlyozó, kirekesztőnek tekinthető ún. „orvosi modell” és az azzal összefüggő fogyatékoság-kép, melynek egyik legfontosabb eleme (legitimáló mítosza) a fogyatékoság függőségi, passzivitást hangsúlyozó mítosza [Oliver 2005]. Az elméleti irodalmak jól jelzik, hogy a függőség mítosza a közpolitikai, intézményi működéseket napjainkban is uralja [Schneider – Ingram 1993, 2012, Fraser – Gordon 1994, Takács 2014].

A fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek jóléti ellátásokban, illetve munkaerőpiacon való részvételével foglalkozó tudományos és szakpolitikai gondolkodás hosszú ideje elsődleges iránya a munkagazdaságtani megközelítés. A kapcsolódó kutatások alapvetően a kínálati oldalra koncentrálnak, és abból a feltevésből indulnak ki, hogy a

rokkantellátásban való részvételről szóló (korlátozottan) racionális egyéni döntés a nyugdíjas és nem nyugdíjas állapot egyén számára várható hasznosságán alapul, melyben alapvetően a nyugdíj összegének munkajövedelemhez viszonyított aránya (helyettesítési ráta), a jövedelem megszerzésének, illetve megtartásának bizonyossága, valamint a rendelkezésre álló szabadidő eltöltésének lehetősége játszanak szerepet. Ez a megközelítés a munkát és a jóléti ellátások igénybevételét egymással egyenrangú, egyformán választható opciónak állítja be.

A rokkantellátásba való beáramlással foglalkozó kutatások egy (jelentősebb) része azt vizsgálja, hogy milyen makroszintű folyamatokkal, jellemzőkkel mutatnak összefüggést a rokkantellátásba való beáramlás trendjei. Az elmúlt években több kutatásban is megfigyelték a következő tényezők hatását: a demográfiai és társadalmi változások (az aktív korú korcsoportok létszámának növekedése, a nők munkaerő-piaci részvétele, a népesség elöregedéséből fakadó erősebb nyomás, a javuló egészségügyi ellátás) [lásd például: Rupp – Stapleton 1995, OECD 2010, Burkhauser – Daly 2012]; az üzleti ciklusok [lásd például: Rupp – Stapleton 1995, Black, Daniel és Sanders 2011], a kedvezőtlen gazdasági körülmények [Reno – Ekman 2012], a gazdasági szerkezet átalakulása [lásd például: Csoba 2010, Argyrous – Neale 2001, Reno – Ekman 2012]; a munkaerőpiac további jellemzői (így a foglalkoztatási szint, feketemunka, munkaerő-piaci diszkrimináció, munkaerőpiac rugalmassága) [lásd például: Scharle 2008].

Az elmúlt évtizedekben az egyik leggyakrabban vizsgált kérdés, hogy a rokkantellátás endogén tényezői, vagyis intézményrendszere, jellemzői hogyan hatnak a rokkantellátásba való beáramlásra. A korábbi – közgazdasági szemléletű – tanulmányok kimutatták, hogy az egyéni döntést a jelentkezés költségei, a támogatás valószínűsége és stabilitása, az ellátás „futamideje”, a munkaerőpiacon elérhető bérekhez képesti helyettesítési rátája egyaránt befolyásol(hat)ják [Bound – Burkhauser 1999, Autor – Dugan 2003, Erlinghagen – Knuth 2010 és mások]. Az intézményrendszer oldaláról ugyancsak befolyásolhatja az a szemlélet, hogy kit tekintenek a rokkantellátást alanyának, hogy rendelkezésre állnak-e az adminisztratív és politikai feltételei az ellátásban lévők felülvizsgálatának, valamint, hogy rendelkezésre állnak-e rehabilitációs programok, és milyen az ösztönzés az igénybevételükre. A fogyatékos fogalmának kiszélesítése, a „nem klasszikus” fogyatékosok jogosultsági körbe való emelése, a megközelítés változása mind-mind növelhették az igénylést, illetve a rokkantellátásba való beáramlást [Kerr – Smoluk 2011, Börsch-Supan és Roth 2011].

Fontos változásnak tekinthető, hogy néhány napjainkban készült kutatásban alapvetően megkérdőjelezi azt az álláspontot, miszerint a rokkantnyugdíjazás választása (avagy az „intézményes stigma felvétele” (?)) értelmezhető-e a klasszikus nyugdíjazásról szóló döntésre

vonatkozó elméleti bázisról, vagy inkább annak speciális eseteként kell kezelni. Több kutatás rámutatott ugyanis, hogy az egészségügyi okból bekövetkezett (korai) nyugdíjazások legjelentősebb része nem önkéntes, hanem kényszerűségeen alapul [lásd például: Denton, Plenderleith és Chowhan 2010, 2013; Lachance – Seligman 2008, Schulz, Morton és Weckerle 1998]. A beáramlás egyéni szintű tényezői közül a nem [lásd például: Bound 1999], a kor, a végzettség, valamint a kisebbségi lét [lásd például: Denton – Plenderleith – Chowhan 2013], a korábbi munkanélküliség időtartam [lásd például: Cai – Gregory 2005], a családi állapot [lásd például: Szinovacz és Davey 2005] hatását egyaránt kimutatták. Magyarországon Monostori [2008] elemzésében a fizikai munkát végzők, vállalkozók és a munkahelyük miatt nagyon aggódók nagyobb arányú beáramlást mutatta ki.

És végül – de egyáltalán nem utolsósorban – alapvető fontosságúnak tekinthetőek azokat az elemzések, melyek megkérdőjelezzik a rokkantnyugdíjazás racionális döntés alapú megközelítésének néhány axiomatikus feltételezését: például úgy, hogy a rokkantnyugdíjazásról szóló döntést komplexen kezelve jóval nagyobb hangsúlyt helyeznek a környezeti feltételekre és körülményekre, vagy vizsgálják a környezeti feltételek egészségkárosodás megjelenésében játszott szerepét – vagyis a folyamatot nem az egyéni döntéstől, hanem az ahhoz vezető (meglehetősen egyenlőtlen) út vizsgálatával kezdik [O’Brian 2013].

A rokkantellátásban való részvételt, egészen a közelmúltig, jellemzően egy dichotómia egyik pólusaként értelmezték. 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). Ez a dichotóm szemlélet (rokkantellátottak: passzív szerep, nem rokkantellátottak: potenciálisan aktív szerep) nagyon hasonlít a fogyatékoság azon – széles körben elterjedt – felfogásához, amely a fogyatékos embert passzívként, tehetetlenként, ellátottként tekinti a nem fogyatékos emberekhez képest [Könczei – Hernádi 2011 és sokan mások].

Mindezért meglehetősen korlátozott mennyiségben állnak rendelkezésre a rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci visszatérését vizsgáló kutatások. Az elmúlt években a sikeres (újbóli) munkaerő-piaci elhelyezkedést meghatározó tényezők közül több kutatásban kiemelték a nemnek, a kornak, a károsodás típusának, valamint a korábbi munkaéletút jellemzőinek szerepét [lásd például: Berthoud 2003, OECD 2010, 2012, Hutton – Bohle – Namara 2012, Jones 2008]. Murphy és munkatársai [2007], valamint Nagy – Krémer [2008]

és Katona [2011] az érintettek emberek mentális és pszichés állapotának, családon belüli helyzetének és szerepének fontosságára irányították a figyelmet.

A kutatások jelzik, hogy az (újbóli) elhelyezkedés szűkebben vett – és objektív mutatókkal nehezebben mérhető – környezeti körülményeinek nagyon fontos tényezőjét jelentik a közlekedés, vagy esetleg a munkavállalást ilyen módon segítő ellátások megléte, a fizikai terep akadályozottsága, 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 2013 és mások, több kutatás eredményét is összefoglalta Young 2010-ben].

Az (újbóli) elhelyezkedések arányát meghatározó makroszintű tényezők között az ellátórendszer, valamint a munkaerő-piaci és jogszabályi környezet mellett a munkaerő-piacon az utóbbi évtizedekben történt tartós, jellemzően strukturális változások szerepét emelte ki több kutató [Csoba 2010, és sokan mások]. Ráadásul Fogg, Harrington és McMahon [2011, idézi: Burke et al. 2013] tanulmányukban arra jutottak, hogy a gazdasági válság sokkal inkább érintette az egészségkárosodott munkavállalókat, mint a nem egészségkárosodott munkavállalókat.

Összességében a nemzetközi kutatások tapasztalatai szerint a fogyatékos emberekre – az alacsonyabb foglalkoztatási ráta mellett – az ép emberek esetében megfigyelhetőnél jobban jellemző az „alulfoglalkoztatottság”: nagyobb arányban dolgoznak részmunkaidőben és alternatív foglalkoztatási formákban, végzettségüknél alacsonyabb munkakörben, valamint felülreprezentáltak a fizikai munkakörökben [lásd erről: Jones 2008 és mások].

Bár a kapcsolódó elméleti eredmények és szakpolitikai irányelvek szerint a megváltozott munkaképességű emberek aktivizálásának egyik legfontosabb eszközét a munkaképesség javítását, a „humán tőkébe való beruházást” előtérbe helyező tevékenységek jelentik, a foglalkozási rehabilitációs programok aktivizáló hatásával kapcsolatosan valójában meglehetősen vegyesek voltak az OECD országok korábbi tapasztalatai [OECD 2010, 2012]. Az elmúlt évek kutatásai ugyanakkor arra is rámutattak, hogy ha a foglalkozási rehabilitációhoz „work-first”-típusú tevékenységek társulnak, az érdemben növeli a munkaerő-piaci reintegráció sikerességét, és csökkenti az inaktivitás idejét [a magyar programok eredményességéről lásd bővebben: Scharle 2011]. Ennek – és a szóbeli közpolitikai elkötelezettség – ellenére a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások „fejletlenek, alulfinanszírozottak vagy kihasználatlanok” a legtöbb európai országban (kivéve

Finnországot, Franciaországot, Németországot, Hollandiát és Svédországot), így Magyarországon is [Scharle - Váradi 2013].

2. A felhasznált módszerek

Kutatási kérdéseim megválaszolása során – a szakirodalmi előzmények elemző bemutatása mellett – kvantitatív és kvalitatív kutatások adataira egyaránt támaszkodtam.

Az empirikus elemzések legnagyobb részben az NCSSZI és a TÁRKI kutatóival¹ 2010 végén – vagyis a magyarországi rokkantellátás új minősítési rendszerének bevezetését közvetlenül megelőzően, amolyan „bemeneti mérés-ként” – végzett empirikus adatfelvételek adataiból születtek. A kutatások akadályozott, valamint egészségkárosodott, vagyis a károsodásáról hivatalos határozattal rendelkező, vagy azzal korábban rendelkező emberek véletlen mintáin a TÁMOP 5.4.1/08/1-2009-0002-es számú kiemelt program keretében készültek [a kutatás módszertanáról lásd bővebben: Nagy – Pál – Ottucsák 2011, illetve Tátrai – Bernát – Gábor – Hajdú 2011].

Az ún. „C” kutatás célcsoportját az akadályozott emberek képezték, vagyis azok, akik önmaguk úgy ítélték meg, hogy van olyan testi vagy pszichés problémájuk, amely hosszú ideje – legalább 6 hónapja – fennáll és akadályozza őket mindennapi tevékenységeik és feladataik ellátásában. E csoport meghatározása szorosan illeszkedik a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény szemléletéhez, vagyis a fogyatékossg napjainkban legszélesebb körben elfogadott definíciójához.

A „D” kutatás célcsoportját az egészségkárosodott / megváltozott munkaképességű emberek alkották, vagyis azok, akik rendelkeznek / rendelkeztek orvosszakértői bizottság által kiadott, munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal. Tehát ez esetben a külső megítélést (az orvosszakértői minősítést) tekinthető a kutatás kiindulópontjának.

A „C” kutatás esetében a szűrőkérdések kialakítása során leginkább a kanadai statisztikai hivatal (Statistics Canada é.n.) által a PALS 2006 (Participation and Activity Limitation Survey, 2006) adatfelvételében használt technikát vettük alapul. Mindemellett ezek illeszkednek a nagyobb nemzetközi mérésekben (EU SILC, ESS, stb.) alkalmazott, a fogyatékossgot mérő kérdésekhez is. Így a „C” kutatás esetében a mintába az a személy került, aki „igen, jelentősen” vagy „igen, valamelyest” választ adott a következőre: „*Van-e Önnek olyan testi vagy pszichés problémája, amely akadályozza mindennapi*

¹ A kutatásban vezető módszertani szakértőként dolgoztam.

tevékenységeinek, feladatainak ellátásában és legalább 6 hónapja fennáll?'". A szűrőkérdőívben a társadalmi részvételre vonatkozóan is gyűjtöttünk információt: a lehetséges válaszadókat arról kérdeztük, hogy *„más emberekkel, intézményekkel való kapcsolattartásában akadályozza-e Önt valamilyen legalább 6 hónapja fennálló testi vagy pszichés problémája?'*".

A „D” kutatás esetében a felkeresett háztartásokban olyan embereket kerestünk, akik rendelkeznek *„orvosszakértői bizottság által meghatározott munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal”*.

A válaszadók kiválasztása és felkeresése két külön adatfelvételi folyamatban történt. Az adatfelvételek során a válaszadókat többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással választottuk ki úgy, hogy a kiválasztott háztartásokban a kérdezőbiztosok ún. szűrőkérdőívek alkalmazásával döntötték el, hogy a háztartás valamelyik tagja beletartozik-e a kutatás során vizsgált célcsoportokba. A kutatások adatai – a mintavétel jellegéből következően, a mintavételi és nem mintavételi hibák figyelembevételével – alkalmasak arra, hogy a vizsgált csoportok egészére általánosítsuk azokat.

Ilyen módon a „C” kutatás esetében 19 410 háztartás felkeresése nyomán 2049 kérdőív, a „D” kutatás esetében 18 419 háztartás felkeresésével 2053 kérdőív készült el.

Az adatbázisokból készült elemzéseimben az alapvető matematikai-statisztikai módszerek mellett (így keresztábla-elemzés, t-próba) elsősorban többváltozós eljárásokat alkalmaztam (így k-középpontú klaszterelemzést, valamint logisztikus regressziót).

Az NCSSZI-TÁRKI adatfelvételeinek alkalmazása mellett dolgozatomban felhasználtam a Helyzetelemzés az „Átvezetés” módszertanához elnevezésű kutatásból származó kutatási adatokat és eredményeimet is². A kutatás a Revita Alapítvány szakmai műhelyében, a szombathelyi Regionális Szociális Forrásközpont megbízásából készült, a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. által irányított "Rehabilitáció - Érték - Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram" (TÁMOP-5.3.8-11/A1-2012-0001) keretében [bővebben: Nagy 2013].

A kutatásban adatbázis elemzést, illetve másodelemzést (is) végeztem, melyeket doktori dolgozatomban is bemutattam, a következő források felhasználásával:

- A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) statisztikai adatközlései, melyek a szervezet honlapján, illetve a 2012-es Statisztikai évkönyvben elérhetőek.

² A kutatási programban kutatásvezetőként vettem részt.

- Az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF) statisztikai adatközlései, melyek a szervezet honlapján elérhetőek.
- Zala Megyei Kormányhivatal Munkaügyi Központjának statisztikai adatközlései, melyeket a rendelkezésünkre bocsátottak.

Dolgozatomba az Helyzetelemzés az „Átvezetés” módszertanához adataiból kvalitatív kutatási eredményeket is beépítettem: így szakpolitikai szakértői interjúkat, valamint helyszíni vizsgálatokból származó eredményeket. A helyszíni vizsgálatok (4 helyszínen: Budapesten, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Hajdú-Bihar megyében, illetve Baranya megyében) keretében valamennyi helyszínen félig strukturált interjúk készültek:

- akkreditált foglalkoztató szervezetek vezetőjével, illetve humánerőforrás-vezetőjével;
- az akkreditált foglalkoztatónál dolgozó rehabilitációs mentorral, illetve rehabilitációs tanácsadóval;
- az akkreditált foglalkoztatóval együttműködési megállapodást kötött munkaerő-piaci szolgáltató vezetőjével, illetve szakemberével,
- valamint fókuszcsoportos interjú készült az akkreditált foglalkoztatónál alkalmazásban álló (jellemzően: rehabilitálható) munkavállalókkal.

Dolgozatomban ugyancsak felhasználtam a HÉTFA Kutatóintézet által, a Revita Alapítvány együttműködésében a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízásából a „Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése” című értékelésben készített online kérdőíves vizsgálat adatbázisát, mely 665 nonprofit szervezet adatait tartalmazza [az értékelés zárótanulmánya: Mike et al. 2013]³.

3. Az értekezés eredményei

Kutatási kérdéseimre a következő válaszokat adtam:

1. kutatási kérdés: milyen személyközi, intézményi és társadalmi tudati, viszonyulásbeli és működési keretei vannak az aktivizálási törekvéseknek?

Dolgozatomban a fogyatékoság – és ennek a foglalkoztatással, munkaerőpiaci részvétellel kapcsolatos területeken megjelenő fogalma, a megváltozott munkaképesség – társadalmilag konstruált jellege mellett érveltem. Érvelésem központi tétele – Sidanius és Pratto [2005] fogalmi rendszerét és a fogyatékoságtudomány eredményeit [főként: Oliver 2005] használva – az volt, hogy a fogyatékoság a társadalmi életben és működésekben, valamint a

³ A kutatási programban vezető módszertani szakértőként és kutatóként vettem részt.

személyközi viszonyokban jellemzően függő helyzetként értelmeződik, ez pedig alapvetően befolyásolja a fogyatékos emberek „életlehetőségeit”.

A társadalom felelősségének felismerése, a fogyatékoság kontextus-függő, komplex értelmezése azonban – a hétköznapi élet és a társadalom intézményeinek működéséhez hasonlóan – a tudományos megközelítésekben és elemzésekben is csak kevésbé, lassanként jelenik meg. Mindez pedig fontos keretét, korlátját jelenti az aktivizálási törekvéseknek: a hétköznapi személyközi és intézményi viszonyulások az egyéni lehetőségeket, a tudományos és szakpolitikai kutatások illetően korlátozottsága pedig a megfelelő aktivizálást segítő eszközök megtalálásának lehetőségét szűkítik be jelentősen.

2. kutatási kérdés: mi jellemzi valójában az érintett, fogyatékos, rokkantellátásban részt venni szándékozó és résztvevő embereket (avagy: milyen tényezői vannak a „beáramlásnak”)?

A kutatási kérdést megválaszoló fejezet elméleti bevezető részében – a szakirodalmi előzmények elemző áttekintése nyomán – amellet érveltem, hogy új gondolati keret szükséges a rokkantnyugdíjazásba való beáramlás folyamatainak értelmezéséhez. Rávilágítottam, hogy rokkantnyugdíjazásról folytatott kutatások legjelentősebb része – napjainkban is – a racionális döntésméleti megközelítés felől vizsgálódik. A közelmúlt elméleti eredményei és néhány empirikus vizsgálat azonban egyre inkább megkérdőjelezzik ennek a megközelítésnek az alkalmazhatóságát. Ezek az eredmények ugyanis rávilágítanak, hogy a rokkantnyugdíjazás igénybevételének szándéka – jellemzően – egy „kényszerített helyzetben” (sok esetben akár a munkaerő-piaci, illetőleg anyagi nehézségektől megromlott egészségügyi állapotban) hozott, (jellemzően) nem „szabad választásokra” épülő, érdek-alapú, racionális döntés. Mindez azt is jelenti, hogy a rokkantnyugdíjazásról való gondolkodást „érdemesebb” az egészségügyi állapot megroppanása tényezőinek és egyenlőtlenségeinek megértésétől kezdeni, és majd csak ezt követően elemezni az ellátásba való beáramlási motivációt módosító intézményes és egyéni tényezőket.

Adatelemzési eredményeim egyértelműen alátámasztják azt – a nemzetközi szakirodalmakban mind gyakrabban hangoztatott, ám empirikusan ez idáig kevésbé vizsgált – feltételezést, hogy az érintett emberek meglehetősen heterogén csoportot képeznek (fogyatékoságuk típusán túl is), és az egyes csoportjaikat különbözőképpen érintik mind a hétköznapi, mind az intézményrendszeri működések (így az esetleges aktivizálási törekvések is).

A rokkantellátásban részt venni szándékozó emberek között – közel 30 egészségügyi, társadalmi, gazdasági jellemzőjüket együttesen vizsgálva – különböző csoportok rajzolódtak

ki. Egyrészt különálló csoportot képeztek a „*súlyosabb, illetőleg klasszikus fogyatékos emberek*”, azokat, akiket a hétköznapi gondolkodásban leggyakrabban „fogyatékos emberként” minősítenek. Az eredményeket áttekintve az látható, hogy az ő – de közülük is különösen a születetten fogyatékos emberek – esetében érzékelhető a legmarkánsabban a függőséget, passzivitást „elváró” társadalmi, intézményi vélekedés. A születetten fogyatékos emberek jó része „kényszerpályán” mozog (munka)életútja tekintetében: a nem születetten fogyatékos emberekhez képest nagyobb valószínűséggel válnak rokkantellátást igénylővé (akkor is, ha az egészségügyi állapot és más tényezők különbözőségeinek hatását „kiiktatjuk” az elemzésben), és azonos egészségügyi-társadalmi jellemzők esetén nagyobb eséllyel kapják meg ellátást is. A rokkantellátásba részt venni szándékozó emberek között ugyancsak különálló csoportot képeztek azok – a főként roma származású emberek – akik a „*munkaerő-piac (és a társadalom) számkivetettjei*”-nek tekinthetők: rendkívül rossz humán erőforrás jellemzőik, szűkös társadalmi erőforrásaik, nagyon kedvezőtlen szubjektív és objektív egészségügyi állapotuk ellenére a többi csoportban megfigyelhetőnél lényegesen kisebb hányaduk részesül rokkantellátásban is.

Úgy vélem, hogy meglehetősen „nehéz” feladatot jelent a – rokkantellátást igénybe venni szándékozó, és rokkantellátásban részesülő embereknek egyaránt legnagyobb csoportját jelentő – „*bezárkózók*” elérése és munkaerő-piaci reintegrációja. Ők ugyanis a többi csoportnál is érdemben idősebbek, nagyobb arányban nők, akik vagy inaktív házastárssal, élettárssal élnek (nincs köztük olyan, akinek házastársa / élettársa aktív kereső lenne), vagy súlyos magánéleti válságo(ko)n vannak túl (elváltak vagy özvegyek). Mindemellett rendkívül kedvezőtlenek a humán erőforrás-jellemzőik, kevésbé „nyitottak a világra” (alig-alig használnak internetet, átlagosan kevés barátjuk van, nagyon kis hányaduk rendelkezik jogosítvánnyal vagy idegen nyelv ismeretével), és ráadásul legjelentősebb részük kistelephelyen él.

Az aktivizálás és elérés szempontjából – elvileg – könnyebb „célcsoportot” jelenthetnek a rokkantellátásban részt venni szándékozó emberek másik jelentős csoportját alkotó „*megóvottak*”. Ők legjellemzőbben aktív háztartásokban, házasságban élnek és lehetőségeiket tekintve is „nyitottabbak a világra”. Mindemellett a munkavállalási motivációikat vizsgálva az rajzolódott ki, hogy az ő esetükben a család érdemi visszahúzó tényező lehet: harmaduk esetében ugyanis a közvetlen környezet nem támogatja azt, hogy munkába álljanak. Jellemzőiket tekintve az is felmerülhet, hogy esetleg ők a „*bezárkózók*” – egyelőre még „szerencsésebb” – „előzménye”.

Ugyancsak könnyebb az elérése a „*relatív depriváltaknak*” (erről az adatok is tanúskodnak: az ő esetükben a legmagasabb azok aránya, akik a mérést megelőző években rehabilitációs ellátásban vettek részt). Ők ugyanis a többi csoportnál lényegesen kedvezőbb humán-erőforrás jellemzőkkel bírnak, kiemelkedően nagy arányban beszélnek idegen nyelven és használnak internetet. A többi csoportban megfigyelhetőnél érdemben jobb mind a szubjektív, mind az objektív egészségügyi állapotuk: és – ennek megfelelően – kevesebben is kapnak ellátást közülük.

Adatelemzéseim azt mutatják, hogy mind a rokkantellátást igénybevételenek szándékát, mind az ellátáshoz jutást alapvetően befolyásolják az érintett emberek némely – egészségügyi állapotán túli – személyes jellemzői, illetve kontextuális, területi jellemzők, valamint intézményi működési tényezők is.

A logisztikus regressziós vizsgálat eredményeinek tanulsága szerint az akadályozott (fogyatékos) emberek körében a rokkantellátást „igénylő” (egészségkárosodott) és a „nem igénylő” emberek közötti különbség – nem meglepő módon – leginkább az egészségügyi állapotuk különbözőségében mutatkozik, de néhány alapvető szocio-demográfiai jellemzőben is különböznek egymástól. Az adatok jelzik, hogy a korábban „igénylők” összességében kedvezőtlenebb szubjektív és objektív egészségügyi állapotban vannak a „nem igénylőkhöz” képest. A nőknek – a nemzetközi tendenciákkal megegyezően – nagyjából fele (0,53-szerese) akkora az esélyük arra, hogy „igénylők” legyenek a férfiakhoz képest. Az életkor tekintetében az adatok a mind idősebbek egyértelműen nagyobb motivációját jelzik. A munkaerő-piaci összefüggéseket tekintve a községekben és megyeszékhelyeken élő nagyobb motivációját mutatják az adatok: a városban vagy Budapesten élőknek nagyjából fele akkora az esélyük arra, hogy „igénylők” legyenek a községben élőkhez képest. Ugyancsak érdemi különbségek vannak az ország régiói között is: a Nyugat-Dunántúlon élőknek nagyjából fele akkora (0,462-szerese), a Dél-Alföldön élőknek 2,66-szerese az esélyük arra, hogy „igénylők” legyenek a Közép-Magyarországon élőkhez képest.

A különböző egészségügyi, személyes és szocio-demográfiai jellemzőkkel rendelkező, rokkantellátást igénylő emberek nem egyforma eséllyel jutnak ellátáshoz sem.

Tovább erősíti a gyermekkoruk óta fogyatékos emberek „útfüggésének” és a hozzájuk való „sajátos, függőségre építő hozzáállásnak” a feltételezését az az eredmény, hogy a felnőtt korban sérült „igénylőkhöz” képest mintegy háromszor nagyobb eséllyel kapnak ellátást. Az ellátáshoz jutás és a „fogyatékos identitás” között is „együttjárás” mutatkozik: ez inkább azt a feltételezést erősíti, hogy az „intézményes címke” hozzájárul az „identitás” megjelenéséhez.

Fontos eredmény mindemellett, hogy az adatokból úgy tűnik: a rokkantosítási rendszer „nem érzékeny” a károsodás területére.

Az eredmények tanulsága szerint a korábban mind hosszabb időt munkanélküli státuszban töltött „igénylő” emberek némileg kisebb valószínűséggel jutnak rokkantellátásba (szemben a nemzetközi szakirodalmi eredményekkel). Ugyancsak kisebb eséllyel kapnak rokkantellátást olyan emberek, akiknek a háztartásaiban van még akadályozott ember. A vizsgálat jelzi azt az összefüggést, hogy az idősebbek nagyobb valószínűséggel válnak ellátottá, vagyis úgy tűnik, hogy méltányolja a munkaerő-piaci nehézségeiket és „rugalmatlanságukat” a minősítési rendszer. Nincs azonban egyértelmű különbség az ellátottak és nem ellátottak között az iskolai végzettségüket tekintve.

Az eljárás eredményei megkérdőjelezzik azt a feltevést, hogy a minősítő rendszer működését nem befolyásolják területi-intézményi különbségek. Az eltérő munkaerő-piaci körülmények indokolhatják azt az eredményt, miszerint egy közép-magyarországi igénylőhöz képest közel háromszoros (2,95) eséllyel lesz ellátott egy közép-dunántúli, hatszoros (6) eséllyel egy dél-dunántúli és mintegy öt és félszeres (5,6) eséllyel egy dél-alföldi igénylő (akik más, vizsgált jellemzőiket tekintve egyébként „ugyanolyanok”). Azt viszont már kevésbé, hogy nincs érdemi eltérés abban, hogy mekkora eséllyel lesz egy észak-magyarországi és egy közép-magyarországi igénylő rokkant-ellátott: úgy tűnik ezekből az adatokból, hogy ezen a területen a körülményeket figyelembe véve „nehezebb” rokkantellátáshoz jutni. Ez mindenképpen felveti azt a kérdést, hogy vajon a valós működésben akár kormányzati, akár helyi szinten létezett-e valamilyen „informális intézményes korlát”, esetleg „sajátságos működés” a bemenetek számát illetően ezen térségek esetében.

Bár sem önmagában az ellátás igénylését, sem a beáramlást vizsgáló logisztikus modellben nem volt érdemi eltérés a roma érintettek esélyeiben, a két lépést együtt vizsgálva (tehát azt elemezve, hogy az akadályozott emberek között mennyi esélye egy roma embernek rokkantellátáshoz jutni) mégis az látható, hogy egy roma igénylő egy nem roma igénylőhöz képest pedig 0,52-szeres eséllyel jut ellátáshoz, ha minden más vizsgált jellemzőjük hatását kiiktatjuk az elemzésből.

3. kutatási kérdés: valójában mi befolyásolja az érintett emberek sikeres munkaerő-piaci részvételét?

Dolgozatom kapcsolódó fejezetében elsőként a megváltozott munkaképességű emberek (különös tekintettel a „rehabilitálandókra”) munkaerő-piaci részvételét – feltételezhetően –

meghatározó szocio-demográfiai jellemzőit mutattam be, részben statisztikai adatok másodelemzésével, részben adatelemzésekkel.

Az akadályozott és rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci (re)integrációjának esélyéről a korábbi kutatásokból meglehetősen keveset tudunk, annak ellenére is, hogy az aktivizálásuk és munkaerő-piaci részvételük nem csak a fogyatékos-mozgalomnak és szakpolitikának, de a munkaerő-piaci politikáknak is kiemelt kérdésévé vált az utóbbi évtizedben. Mindez a fogyatékoság függőségi mítoszát szem előtt tartva nem meglepő: az elmúlt évtizedekben a tudományos gondolkodás legjelentősebb részében is a passzív, segélyezett szereppel kapcsolódott össze a rokkantellátásban való részvétel.

Mindemellett a meglévő kutatások viszonylag kevés teret szenteltek a kontextuális tényezőknek is: legjelentősebb részük (részben nyilván mérés technikai, mérhetőségi okokból) a kínálati oldallal foglalkozik, és elfelejtkezik a keresleti oldal és a szűkebb és tágabb környezet jellemzőinek, viszonyulásainak nagyon is alapvető hatásairól.

Kutatási eredményeim – tekintve, hogy vizsgálatomban én is alapvetően a kínálati oldallal foglalkoztam – e területen elsődlegesen a (további) szemléletváltás szükségességére hívják fel a figyelmet. A logisztikus regressziós elemzések eredményei ugyan azt mutatják, hogy az (újbóli) elhelyezkedés esélyeit alapvetően befolyásolják a károsodás, fogyatékoság típusa, az érintettek kora, az, hogy az egyén korábbi életpályájában mennyire tapasztalta meg a(z „alacsonyan finanszírozott”) munkanélküliséget, illetve az egyéb (ellátás nélküli) inaktivitást, hogy milyen a mobilitási képessége, valamint a „világra való nyitottsága”. Mindemellett az adatok azt jelzik, hogy az elhelyezkedési esélyekből viszonylag keveset magyaráznak ezek 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 megoszlása) lenne érdemes keresni.

A munkaerő-piaci környezet és területi jellemzők erőteljes hatása a további eredményekben is megmutatkozik. Egyrészt a szakértői- és célcsoport-interjúk során gyakorlatilag valamennyi szereplő azt jelezte, hogy a munkavállalási motiváció és lehetőségek egyik legfontosabb meghatározó tényezője az egészségkárosodott ember lakóhelye, annak potenciális ellátásoktól és munkahelyektől való távolsága. Az inaktivitás okaként az érintettek legnagyobb hányada is az elégtelen munkaerő-piaci lehetőségeket, a kedvezőtlen külső körülményeket említette: azt, hogy egyáltalán nincsenek munkalehetőségek azon a környéken, ahol él, illetve, hogy nem

ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat. Ez utóbbi tényező – a lehetséges munkahelyek alkalmazkodása – ugyancsak kiemelten fontos kutatási terület kell, hogy legyen a jövőben.

A területi különbségekre azért is fontos lenne a jelenleginél lényegesen nagyobb figyelmet szentelni, mert a komplex minősítési rendszer működéséről szóló első adatok azt jelzik, hogy Magyarország egyes területei jelentősen különböznek a tekintetben is, hogy a komplex minősítésen átesett emberek mekkora hányada kerül rehabilitálható (vagyis a munkaerőpiacra potenciálisan visszatérő) kategóriába.

Az egészségkárosodott emberek összetétele a munkába állási szándékok és munkakeresés tekintetében is meglehetősen heterogén. A logisztikus regressziós elemzésem eredménye szerint a rokkantellátást kapó megváltozott munkaképességű emberek munkakeresési hajlandóságát szubjektív egészségügyi állapotuk, családi állapotuk és házastársuk aktivitása, illetve a rokkantellátásuk helyettesítési rátája határozza meg alapvetően. A közvetlen környezet meghatározó szerepe arra enged következtetni, hogy a rokkantellátás melletti munkavállalás feltételezhetően nem az egyéni, hanem sokkal inkább a háztartási stratégia része.

Mindemellett az érintettek egyes – korábban bemutatott csoportjai – lényegesen eltérnek a tekintetben, hogy miket tekintetnek a munkavállalásukat leginkább gátló tényezőknek.

4. kutatási kérdés: a részvételüket segíteni igyekvő intézményrendszer e meglehetősen heterogén csoportból valójában kiket és milyen hatékonysággal támogat?

Az NCSSZI-TÁRKI 2010-es adatbázisból nyert adataim szerint Magyarországon gyakorlatilag alig-alig létezik foglalkozási rehabilitáció. Az egészségkárosodott emberek mindössze 6,1%-a vett részt a mérést megelőző 5 évben bármilyen rehabilitációs, munkavállalást előkészítő programban (beleértve az egészségügyi, elemi, foglalkozási, szociális rehabilitációt(!)). A kimondottan foglalkozási rehabilitációs programban résztvevők aránya mindössze 3,4%.

Magyarországon, megváltozott munkaképességű embereknek aktivizáló szolgáltatások szélesebb körét két irányból lehet igénybe venni (jelenleg is): egyrészt a non-profit szektorban, másrészt az állami szektorban, 2008-2013 között az Állami Foglalkoztatási Szolgálat, majd 2013-tól a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által végrehajtott TÁMOP 1.1.1-es programban. Tekintve, hogy ez utóbbi program alapos hatásvizsgálatát a Budapest Intézet 2013-ban elvégezte, dolgozatomban elsősorban a non-profit szektor programjaival foglalkoztam, amelyet a TÁMOP 1.1.1-es program célzásának kérdéseivel egészítettem ki.

Elemzési eredményeim jól mutatják, hogy azon túl, hogy a komplex szolgáltatásokat nyújtó nonprofit szektor rendkívül korlátozott számban éri el az érintett embereket, ellátásainak „célzása” kevésbé illeszkedik az egészségkárosodott célcsoport összetételéhez is. Minden bizonnyal a szektor legprofesszionálisabb szervezeteinek „történetéből” következik, hogy arányukhoz képest inkább foglalkoznak a „klasszikus, születésük óta” fogyatékos emberekkel és kevésbé a felnőttként károsodottakkal. Ráadásul az ellátottjaik kiválasztása esetében – feltehetően a finanszírozás logikájából is következően – jellemzően „lefölözés” figyelhető meg a humán erőforrás-jellemzők és a területi tényezők tekintetében egyaránt.

Az adatok tanulsága szerint mindemellett a programok valóban magas eredményességgel dolgoznak: a bevont résztvevők 29,6%-át helyezték el nyílt munkaerőpiacon az elmúlt években.

A kutatási kérdések megválaszolása nyomán összességében úgy vélem, hogy a célcsoportra irányuló aktivizálási törekvések „nem reálisak”, mert:

1. nagyon erőteljes szociálpszichológiai, társadalmi-lélektani korlátai vannak a célcsoport aktivitásnak (amelyekkel mind kutatásokban, mind társadalompolitikai intézkedésekkel foglalkozni kellene);
2. az empirikus adatok is jelzik, hogy az aktivizálás legalább annyira (ha nem sokkal inkább...) múlik a keresleti oldalon (a keresleti oldal érdekszféráiról, „viselkedéséről” viszont alig-alig tudunk valamit);
3. gyakorlatilag „félábú” a rendszer: a minősítési rendszert ugyan átalakították, de alig-alig működnek az integrációt (elvben) segítő intézményrendszerek, a foglalkozási rehabilitáció Magyarországon (és ami működik, az is „rosszul célzott”, illetve „lefölöz”).

És mindemellett még mindig nagyon keveset tudunk arról, hogy valójában hogyan is élnek, milyen „stratégiákat” követnek az érintett megváltozott munkaképességű, illetőleg fogyatékos emberek: ennek a megértése további (elsősorban alaposabb kvalitatív) kutatásokat igényelne. Mindeközben pedig az érintett fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberekre (a „felülvizsgálatokra”, ellátásmegvonásra, munkaerő-piaci visszatérésre irányuló) jelentős politikai-társadalmi nyomás nehezedik.

4. Főbb hivatkozások

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>. DOI: 10.1177/103530460101200208.

Autor, D. – Duggan, M. [2003]: The Rise in the Disability Rolls and the Decline in Unemployment. *Quarterly Journal of Economics* (118), pp. 157–205.

<http://economics.mit.edu/files/568>

Berger, P. L. – Luckmann, T. [1998]: *A valóság társadalmi felépítése*. Budapest: Jósöveg Kiadó.

Berthoud, R. [2003]: Multiple disadvantage in employment. *Work and Opportunity Series* No. 31. <http://www.jrf.org.uk/publications/multiple-disadvantage-employment>

Black, D. – Daniel, K. – Sanders, S. [2001g]: The Impact of Economic Conditions on Participation in Disability Programs: Evidence from the Coal Boom and Bust. *American Economic Review*, 92 (1), pp. 27-50.

<http://www.popcenter.umd.edu/mprc-associates/ssander1/seth-sanders-publications/ssander1-15>

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.

Börsch-Supan, A. – H. Roth [2011]: Work disability and health over the life course. In.: Börsch-Supan, A. et al.: *The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe*. Heidelberg: Springer.

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>

Burkhauser, R. V. – Daly, M. C. [2012]: Social security disability insurance: time for fundamental change. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pam.21618/abstract>

Cai, L. – Gregory, B. [2005]: Unemployment Duration and Inflows onto the Disability Support Pension Program: Evidence from FaCS LDS Data. *The Australian Economic*

Review, 38 (3), pp. 233–252. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8462.2005.00371.x/abstract>. DOI: 10.1111/j.1467-8462.2005.00371.x.

Csoba, J. [2010]: A tisztos munka. A teljes foglalkoztatás a 21. század esélye vagy utópiája? Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Denton, M.– Plenderleith, J. – Chowhan, J. [2010]: Retirement decisions of people with disabilities: voluntary or involuntary. The program for research on social and economic dimensions of an aging population. SEDAP Research Paper no. 271. <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap271.pdf>.

Erlinghagen, M. – Knuth, M. [2013]: Unemployment as an Institutional Construct? Structural Differences in Non-Employment between Selected European Countries and the United States. Journal of Social Policy, 39 (1), pp 71-94. <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=6730840&fileId=S0047279409990390>. DOI: 10.1017/S0047279409990390.

Foucault, M. [1999]: A szexualitás története I-III. Budapest: Atlantisz.

Fraser, N. – Gordon, L. [1994]: A Genealogy of Dependency: Tracing a Keyword of the U. S. Welfare State. Signs, 19 (2), pp. 309-336. <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3174801?uid=2&uid=4&sid=21104097727641>

Fuller, C. R. – Myers, R. R. [1941]: Some Aspects of a Theory of Social Problems. American Sociological Review, 6 (1), pp. 24-32. <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2086338?uid=3738216&uid=2&uid=4&sid=21104125667417>

Goffman, E. [1981]: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Tanulmányok. Budapest: Gondolat Kiadó.

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. <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8814898>

Jones, M.K. [2008]. Disability and the labour market: a review of the empirical evidence. Journal of Economic Studies, 35 (5), pp. 405–424. <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1746651>

Katona, V. [2011]: Testi fogyatékossgal 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

Kerr, D. A. – Smoluk, B. J. [2011]: Macroeconomic Influences on Social Security Disability Insurance Application Rates. *Journal of Insurance Issues*, 34 (2), pp. 112-150.

<http://ideas.repec.org/a/wri/journal/v34y2011i2p112-150.html>

Könczei, Gy. – Hernádi, I. [2011]: A fogyatékossgtudomány 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.

Lachance, M. E. – Seligman, S. J. [2008]: *Involuntary Retirements: Prevalence, Causes, and Impacts*.

[http://portal.business.colostate.edu/projects/ARIA/Shared%20Documents/4e_Lachance_nvolutaryRetirement%20\(2\).pdf](http://portal.business.colostate.edu/projects/ARIA/Shared%20Documents/4e_Lachance_nvolutaryRetirement%20(2).pdf)

Mike, K. et al. [2013]: *Foglalkoztathatóság javítását szolgáló intézkedések értékelése*. Budapest: Hétfa Kutatóintézet – Revita Alapítvány.

[file:///C:/Users/Zita/Downloads/Foglalkoztathat%C3%B3s%C3%A1g_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9si_jelent%C3%A9s_I%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Zita/Downloads/Foglalkoztathat%C3%B3s%C3%A1g_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9si_jelent%C3%A9s_I%20(2).pdf)

Monostori, J. [2008]: *Korai nyugdíjba vonulás. Okok és következmények. Életünk Fordulópontjai - Műhelytanulmányok 7*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Muhelytanulm/Muhtan7_Monostori.pdf

Morris, A. [2006]: *Pain and mythology: Disability support pension recipients and work*. *Australian Review of Public Affairs*, 7 (1), pp. 41–59.

<http://www.australianreview.net/journal/v7/n1/morris.pdf>

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.

- 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. [2013a]: Az „Átvezetés módszertan” célcsoportjának jellemzői. In.: Nagy, Z. É. – Bari, D. – Borza, B. – Forrai, E. – Pakot, Á. – Prókai, O. – Sőrés, A. – Szabó, N. – Szerepi, A.: Helyzetfeltárás az „Átvezetés” módszertanához. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány
- O'Brian, 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/economicsurveyofhungary2012.htm>
- Oliver, M. [2005]: *The Social Construction of the Disability Problem*. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Oliver-p-of-d-Oliver6.pdf>
- Parsons, T. [1951]: *The Social System*. Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Reno, V. P. – Ekman, L. D. [2012]: Disability Insurance is Part of the Solution, Not a Cause of Work Disability: Response to Burkhauser and Daly. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31 (2), pp. 471-474.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pam.21621/abstract>
- Rupp, K. – Stapleton, D. [1995]: Determinants of the Growth in the Social Security Administration's Disability Programs – An Overview. *Social Security Bulletin*, 58 (4).
<http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v58n4/v58n4p43.pdf>
- Scharle, Á. [2008]: Foglalkoztatás, intézményrendszer, foglalkoztatáspolitikai. In.: Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2008*. Budapest: TÁRKI, pp. 257-289.
- Scharle, Á. [2011]: *Foglalkoztatási rehabilitációs jó gyakorlatok Magyarországon*. Budapest: Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet.

Scharle, Á. – Váradi, B. [2013]: Identifying Barriers to Institutional Change in Disability Services. Working Paper, 41. WWWforEurope Project.

http://www.foreurope.eu/fileadmin/documents/pdf/Workingpapers/WWWforEurope_WPS_n041_MS9.pdf

Schneider, A. L. – Ingram, H. M. [1993]: Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy. *The American Political Science Review*, 87 (2), pp. 334-347.

<http://links.jstor.org/sici?si=0003-0554%28199306%2987%3A2%3C334%3ASCOTPI%382.0.C0%3B2-%23>

Schneider, A. L. – Ingram, H. M. [2012]: *Deserving and Entitled: Social Constructions and Public Policy*. New York: State University of New York Press.

<http://www.amazon.com/Deserving-Entitled-Social-Constructions-Public/dp/0791463427>

Schultz, 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.

Sidanius, J. – Pratto, F. [2005]: *A társadalmi dominancia*. Budapest: Osiris Kiadó.

Statistics Canada [é.n.]: *Participation and Activities Limitation Survey*.

<http://www5.statcan.gc.ca/olc-ccel/olc.action?lang=en&ObjId=82M0023X&ObjType=2>

Szinovacz, M. E., – Davey, A. [2005]: Predictors of perceptions of involuntary retirement. *The Gerontologist*, 45 (1), pp. 36-47.

<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/45/1/36.short>. DOI: 10.1093/geront/45.1.36.

Takács, E. [2014]: Beteg és egészséges testek. A biolegitimitás két új francia koncepciója. In.: Csoba, J. (szerk.): *Kopogtatás nélkül*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, pp. 313-322.

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>

5. A témakörrel kapcsolatos saját (ill. társszerzős) publikációk jegyzéke

5. 1. Tudományos könyv, könyvfejezet

- Nagy Zita Éva [2014]: Néhány gondolat a megváltozott munkavégző képességű emberek aktivizálásának magyarországi helyzetéről. In.: Csoba Judit (szerk.): Kopogtatás nélkül. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, pp. 387-404.
- Csoba Judit – Nagy Zita Éva – Szabó Fanni (2012): Aktív eszközök, munkaerő-piaci programok kontrollcsoportos, többváltozós értékelése. In.: Munkácsy Ferenc (szerk.): Kutatási Évkönyv. Összefoglalók a TÁMOP 1.3.1 kiemelt projekt keretében 2009 és 2011 között befejezett egyes kutatásokról. Budapest: Nemzeti Munkaügyi Hivatal, pp. 89-110.
- Judit Csoba – Zita Éva Nagy (2012): The evaluation of training, wage subsidy and public work programs in Hungary. In.: Fazekas – Gábor Kézdi (edit.): The Hungarian labour market. Budapest: Research Centre for Economic and Regional Studies, Hungarian Academy of Sciences and National Employment Non-Profit Public Company, pp. 96-122.
- Csoba Judit – Nagy Zita Éva (2011): A magyarországi képzési, bértámogatási és közfoglalkoztatási programok hatásvizsgálata. In.: Fazekas Károly – Kézdi Gábor (szerk.): Munkaerőpiaci tükrök 2011. Budapest: MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, pp. 113-144.
- Nagy Zita Éva – Csoba Judit (2011): A fogyatékosokkal élők. In.: Csoba Judit (szerk.): Munkaerő-piaci változások, leszakadó társadalmi csoportok. Debrecen: Debreceni Egyetem, SZOCIOTÉKA, pp. 133-141.
- Nagy Zita Éva (2011): A kapcsolatrendszer, a kapcsolatháló jellemzői az akadályozott és az egészségkárosodott emberek életében. In.: Nagy Zita Éva (szerk.): Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Budapest: NCSSZI, pp. 161-184.
- Nagy Zita Éva – Szántó Zoltán – Tóth István János (2008): Kutatási eredmények a magyarországi korrupcióról. A szakirodalom áttekintése. In.: (Szántó Zoltán - Tóth István János szerk.) Korrupciós kockázatok az üzleti szektorban. Kutatási háttér tanulmányok. Budapest: BCE Szociológia és Társadalmpolitika Intézet, Korrupciókutató Központ - Transparency International - Nyitott Könyvműhely.

5. 2. Referált folyóirat

- Nagy Zita Éva (2014): Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre. In.: Metszetek, 2 (1), pp. 239-264.
- Nagy Zita Éva – Könczei György – Hernádi Ilona (2009): A fogyatékoságtudomány útjai kettős történeti keretben, avagy első, kísérleti metszet a fogyatékoságtudományról. In.: Fogyatékoság és társadalom, 1 (1). pp. 93-108.
- K. Nagy Emese – Nagy Zita Éva (2005): Egy hátránykompenzáló iskolai program. A Complex Instruction Program alkalmazása a hátrányos helyzetű tanulók iskolai munkájában. In.: Új Pedagógiai Szemle, 2005 (1), pp. 86-102.
- Pető Ildikó – Nagy Zita Éva (2004): Az észak-alföldi régió általános iskolái – a befogadó nevelés szempontjából.. In.: Iskolakultúra, 2004 (4), pp. 51-61.
- Pető Ildikó – Nagy Zita Éva (2004): Helyzetkép a befogadó nevelésről az észak-alföldi régió iskoláiban. In.: Új Pedagógiai Szemle, 2004 (4-5), pp. 172-190.

5. 3. Egyéb

5. 3. 1. Szerkesztett kötet

- Nagy Zita Éva (2011, szerk.): Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Budapest: NCSSZI

5. 3. 2. Fontosabb kutatási jelentések

- Nagy Zita Éva – Bari Dóra – Borza Bianka – Forrai Erzsébet – Pakot Ágnes – Prókai Orsolya – Sörös Anett – Szabó Nikolett – Szerepi Anna (2013): Helyzetfeltárás az „Átvezetés” módszertanához. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány. http://fszk.hu/wp-content/uploads/helyzetfeltaras_REVITA.pdf
- Nagy Zita Éva – Forrai Erzsébet – Prókai Orsolya – Sörös Anett – Szerepi Anna – Varjú Tamás (2013): Megváltozott munkaképességű embereknek nyújtott munkaerő-piaci szolgáltatások módszertanai Magyarországon. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft – Revita Alapítvány. http://fszk.hu/wp-content/uploads/kutatasi_tanulmany_REVITA.pdf