

Az egészségkárosodottak helyzete Magyarországon

GYORSJELENTÉS A TÁMOP 5.4.1-08/1-2009-002 SZ.
KIEMELT PROJEKT V. KUTATÁSI PILLÉRÉNEK
KERETÉBEN VÉGZETT „D” KUTATÁS EREDMÉNYEIBŐL

Budapest, 2011. március

A kutatást a TÁRKI Zrt.
a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet
megrendelésére készítette

Az elemzést készítette:

**TÁTRAI ANNAMÁRIA
GÁBOS ANDRÁS**

TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Zrt.
1112 Budapest, Budaörsi út 45.
Tel.: 309 7676, Fax: 309 7666
E-mail: tarki@tarki.hu
Internet: www.tarki.hu

Tartalom

1. Bevezetés	4
2. A népesség fő jellemzői	6
2.1. Társadalmi-demográfiai jellemzők	6
2.2. Az élettörténet legfőbb jellemzői	12
3. Munkaerő-piaci helyzet és életkörülmények	13
3.1. Munkaerő-piaci helyzet	13
3.2. Jövedelmi helyzet	17
3.3. Anyagi depriváció	19
3.4. Lakáskörülmények	22
4. Integráció a hétköznapi élet további területein	25
4.1. Társadalmi kapcsolatok	25
4.2. Elégedettség	27
4.3. Diszkrimináció	27
5. Akadályozottságbeli helyzet és egészségi állapot	30

1. Bevezetés

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet jogelődje, a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet a TÁMOP 5.4.1-08/1-2009-002 sz. kiemelt projekt V. kutatási pillérének keretében az akadályozott/megváltozott munkaképességű népesség körében végzendő két pilot kutatással bízta meg a TÁRKI Társadalomkutatási Intézetet 2010-ben. A kutatások célja a társadalmi kirekesztettség szociológiai vizsgálata az akadályozott/megváltozott munkaképességű népesség körében, a bizonyíték alapú szakpolitikák megalapozása érdekében.

Az itt bemutatásra kerülő ún. D kutatás azokat célozta, akik rendelkeznek egészségkárosodást igazoló orvosszakértői véleménnyel, míg a másik vizsgálat, a C kutatás a saját megítélése alapján akadályozottsággal élő népesség jellemzőit mutatja be. A C kutatásban 2048, a D-ben 2045 kérdőív készült a 18-62 éves, magánháztartásban lakó népességből a szűrőszempontok szerint kiválasztott válaszadók körében.

Mindkét vizsgálat, bár eltérő megközelítéssel, az akadályozott/megváltozott munkaképességű lakosságot célozza. Ezért ahol szükséges és lehetséges, a két kutatás összehangoltan zajlik. Ennek érdekében a két kutatás megtervezése és adatfelvétele egy időben történt, és amennyire lehetséges volt, azonos módszertant alkalmazott. Ehhez szükség volt arra, hogy a két kutatás kérdőíve – a célcsoportba tartozó válaszadók kiválasztását segítő szűrőkérdőívek kivételével – teljesen megegyezzen, valamint hogy a két adatfelvétel azonos időben történjen, és amennyire lehet, azonos mintavételi-felkeresési elveket kövessen, de – a nagyobb települések kivételével – eltérő települések kerüljenek a mintába. Ennek megfelelően mindkét kutatás adatfelvétele 2010. november-decemberében zajlott (a 78 ezer főnél kisebb települések körében eltérő településeken), ugyanakkor azonos mintavételi módszert alkalmazva, véletlen sétével és szűrőkérdőív segítségével választva ki a válaszadókat.¹ Mindkét minta esetében adminisztratív forrásokból származó adatok alapján², területi rétegzéssel határoztuk meg az egyes megyékben lekérdezendő kérdőívek számát. Ezek az intézkedések alapvetően szükségesek voltak annak biztosítására, hogy a kutatás eredeti célkitűzését elérhessük, azaz a két népesség a lehető legteljesebb mértékben összevethető legyen.

A két kutatás összehangolt megtervezésén és kivitelezésén túl az adatok elemzését és az eredmények bemutatását célzó gyorsjelentések, illetve majdani zárótanulmányok elkészítése nagymértékben egységes szerkezetet követ. A gyorsjelentés mindkét kutatás esetében kitér a minta

¹ A D kutatásban a speciális célcsoport körében a mintavételi módszer kismértékű módosítására volt szükség ahhoz, hogy a kívánt számú interjú elkészülhessen. A módosítás eredményeként ajánlásokkal segített véletlen séta módszerét alkalmaztuk, amit bővebben a D kutatás dokumentumkötetében mutatunk be.

² A C kutatás esetében a teljes 18-62 éves népesség területi eloszlásából indultunk ki a KSH 2006. évi adatai alapján, míg a D kutatás területi rétegzéséhez az Országos Nyugdíjfolyósító Intézet 2008. évi adatait használtuk fel. Rétegzéskor a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjban részesülők és a megváltozott munkaképességűek számának összegét használtuk.

főbb szocio-demográfiai jellemzőinek bemutatására, a mintába kerültek egészségi állapotának, munkaerő-piaci, jövedelmi helyzetének és életkörülményeinek leírására, továbbá attitűdjeik, társadalmi kapcsolataik feltérképezésére és diszkriminációval kapcsolatos tapasztalataikra.

Mindkét kutatás gyorsjelentésében és zárótanulmányában bemutatunk olyan ún. benchmark-adatokat is, amelyek más kutatások alapján, de egy adott kérdést ugyanúgy mérnek a teljes népességen belül, mint ahogy a C illetve D kutatás kérdőívében szerepel. Célunk már a kutatás megtervezésekor és a kérdőív összeállításakor az volt ugyanis, hogy ahol lehet, olyan kérdésekkel mérjük az akadályozott népesség jellemzőit és élethelyzetét, amelyek segítségével összehasonlíthatjuk a helyzetüket a teljes népességgel. Ilyen célból mutatunk be a teljes népességre vonatkozó adatokat számos kérdésben a TÁRKI 2010. november-decemberi és 2011. januári Omnibusz-kutatásából, a TÁRKI 2010-es Háztartás Monitor vizsgálatából valamint az EU-SILC legfrissebb hozzáférhető, azaz 2008-as adataiból. Minden külső adatforrás esetében a 18-62 éves korosztályra vonatkozó adatokat mutatjuk be az összehasonlíthatóság érdekében.

A kutatás feltáró jellegéhez illeszkedően ez a gyorsjelentés alapvető információkat közöl a vizsgált népesség legfontosabb jellemzőiről. Mielőtt azonban rátérünk a kutatás első eredményeinek bemutatására, szükségesnek érezzük a terminológiai tisztázást.

A D kutatás célcsoportját azon 18-62 évesek képezték, akik rendelkeznek orvosszakértői bizottság által meghatározott munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal. A köznyelvben e csoportot leggyakrabban a „leszázálekolt” vagy „rokkant” névvel illetik, a szociálpolitikai szóhasználatban leginkább a „megváltozott munkaképességű” megnevezés uralkodó, a sajtóban jellemzően a „rokkantnyugdíjas” szó szerepel. A kutatás fókuszában álló népességet a fentiekén túl is sokféle, egymást részben kiegészítő, részben átfedő fogalommal is jellemezhetnénk: sérült, fogyatékos, rokkant, stb. E fogalmi kavalkádban nem könnyű pontos, egyértelmű és következetes szóhasználatot kialakítani.

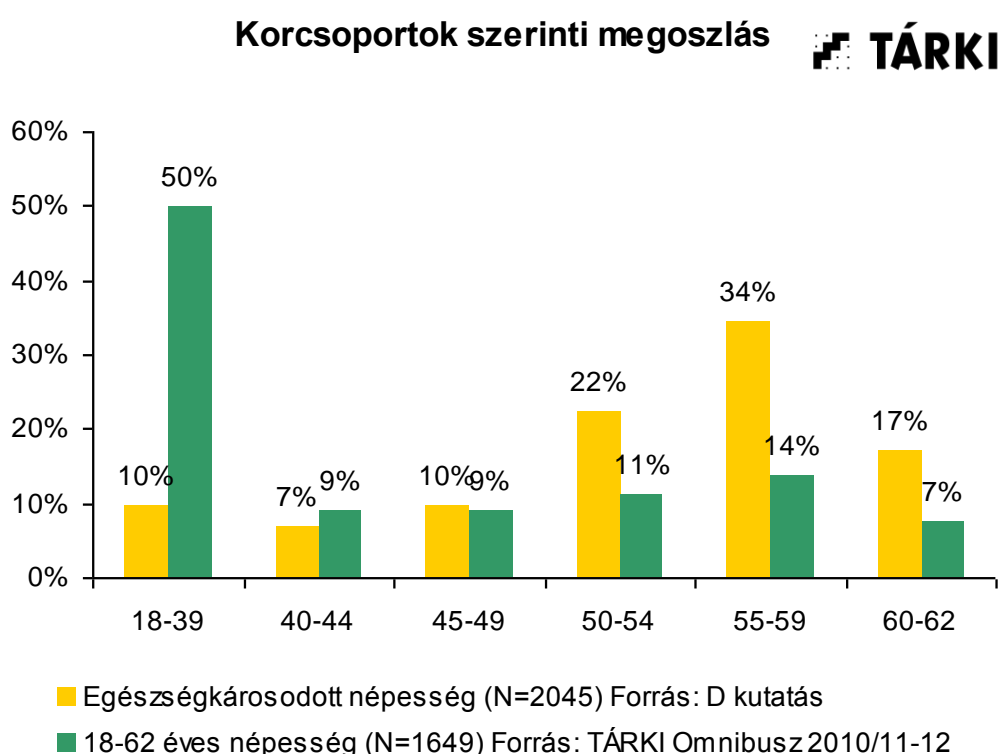
A továbbiakban a célcsoport megnevezésére az „egészségkárosodott” és „megváltozott munkaképességű” népesség megnevezéseket szinonimaként használjuk. Választásunk két okból is az „egészségkárosodott” terminológiára esett. Egyrészt a kifejezés alkalmas a C kutatás célcsoportjától való elválasztásra, akiket „akadályozott” népességként írunk le. Másrészt az „egészségkárosodott” vagy „egészségkárosodással élő” terminológia a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (korábban Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet, ORSZI) szóhasználathoz illeszkedik. E szóhasználat átvételével szeretnénk hangsúlyozni, hogy a népesség, akiket a következőkben leírunk, hivatalos szervek, bizottságok által elismert módon és mértékben rendelkeznek egészségkárosodással. Elemi szinten tehát nem életvitelbeli nehézségek vagy életmódjuk köti össze őket, hanem a hivatalos minősítés – mely igen sokféle élethelyzetet takarhat.

2. A népesség fő jellemzői

2.1. Társadalmi-demográfiai jellemzők

Nem meglepő, hogy az egészségkárosodott népesség korfája a 18-62 éves *korcsoporton* belül az idősebb kohorszok felé tolódik el: mindössze 10% a 40 évnél fiatalabbak aránya, háromnegyedük 50 évnél idősebb, 50%-uk 55 év feletti. Az aktív korúak idősebb csoportjaiból kerülnek ki tehát a megváltozott munkaképességűek döntő része. Fontos azonban azt is látni, hogy az átlagéletkor 52 év, a medián pedig 55 év, vagyis azt is meg kell állapítanunk, hogy e csoportok tagjainak még legalább egy évtizede hátravan aktív éveikből, 8-10 év mire e népesség derékhada elérje a nyugdíjkorhatárt. Vagyis a jelenleg munkaképes korú rokkant népesség problémája nem oldódik meg néhány éven belül az aktív korból való kiöregedésükkel.

1. ábra Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség korcsoportok szerint



A *nemek* szerinti megoszlás vizsgálata alapján a mintában női túlsúlyt tapasztaltunk, a megkérdezettek 58%-a volt nő, míg a 18-62 éves népességben ennél enyhébb, 52%-os a női túlsúly.

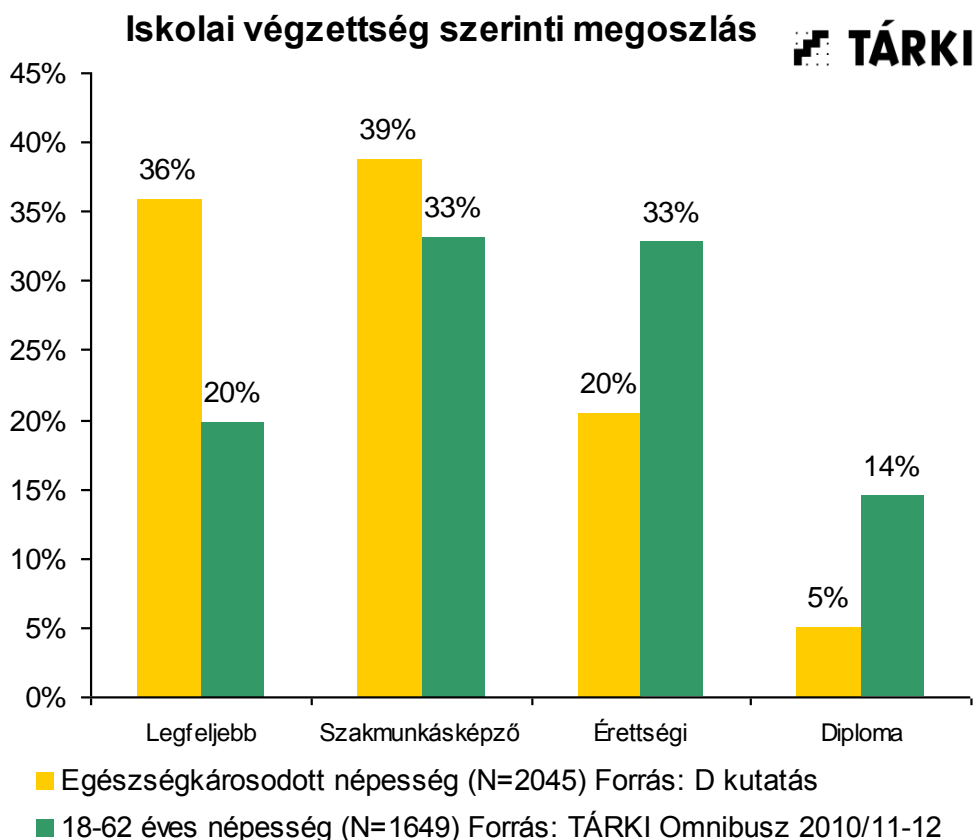
1. táblázat. Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség nemek szerint

	Egészségkárosodott népesség	18-62 éves népesség
Férfi	42%	48%
Nő	58%	52%
Összesen	100%	100%

Forrás: D kutatás.

A munkaképes korú rokkant népesség jóval idősebb, és *iskolázottsága* lényegesen alacsonyabb, mint a megfelelő korú többségé: a rokkantak között igen jelentős a legfeljebb általános iskolát végzettek aránya: a megfelelő korú népesség egyötödöt jelentő arányával szemben több mint egyharmad. Mindössze 20% az érettségizettek, 5% a diplomások aránya.

2. ábra Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség iskolázottság szerint



Az iskolai végzettségbeli lemaradás elsősorban az egészségkárosodással élő nőkre jellemző: négytizedük maximum 8 általános végzettséggel rendelkezik, összesen 70%-uknak nincs érettségije. 25% az érettségizett, 5% a felsőfokú végzettségűek aránya.

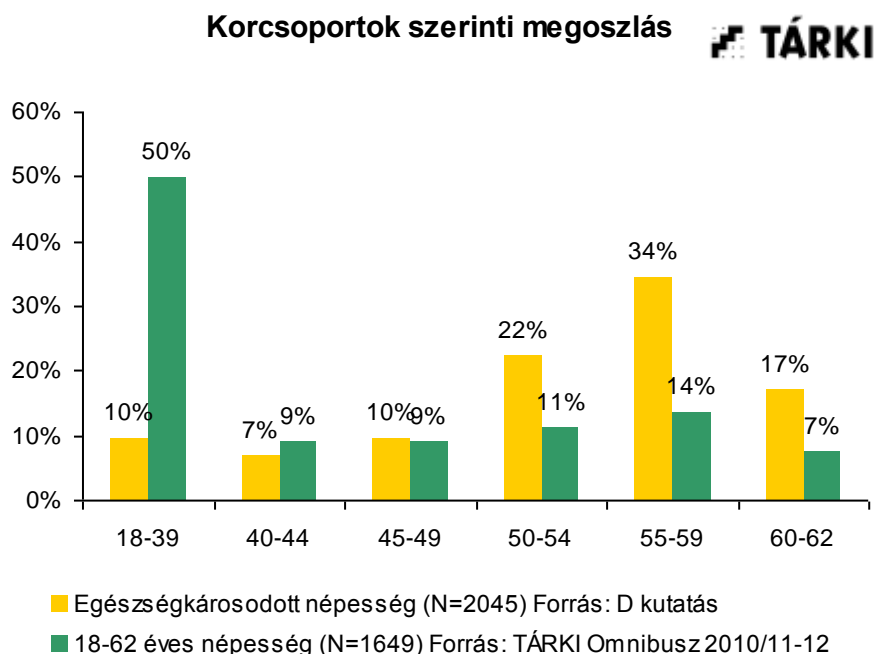
2. táblázat. Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség nem és iskolázottság szerint

	18-62 éves népesség	Egészségkárosodott férfiak	Egészségkárosodott nők
Legfeljebb általános iskola	20%	31%	39%
Szaktanulmányok végző	33%	50%	31%
Érettségi	33%	14%	25%
Diploma	14%	5%	5%
Összesen	100%	100%	62%

Forrás: D kutatás.

Az egészségkárosodással élő férfiak jellemző iskolai végzettsége a szakma (50%) ill. az általános iskola, a nőkhez hasonlóan alacsony (5%) a felsőfokú végzettségűek aránya, de az érettségizet-teké is mindössze 14%. Az egészségkárosodással élő férfiak negyötödének érettségénél alacsonyabb végzettsége van.

3. ábra Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség lakóhely szerint

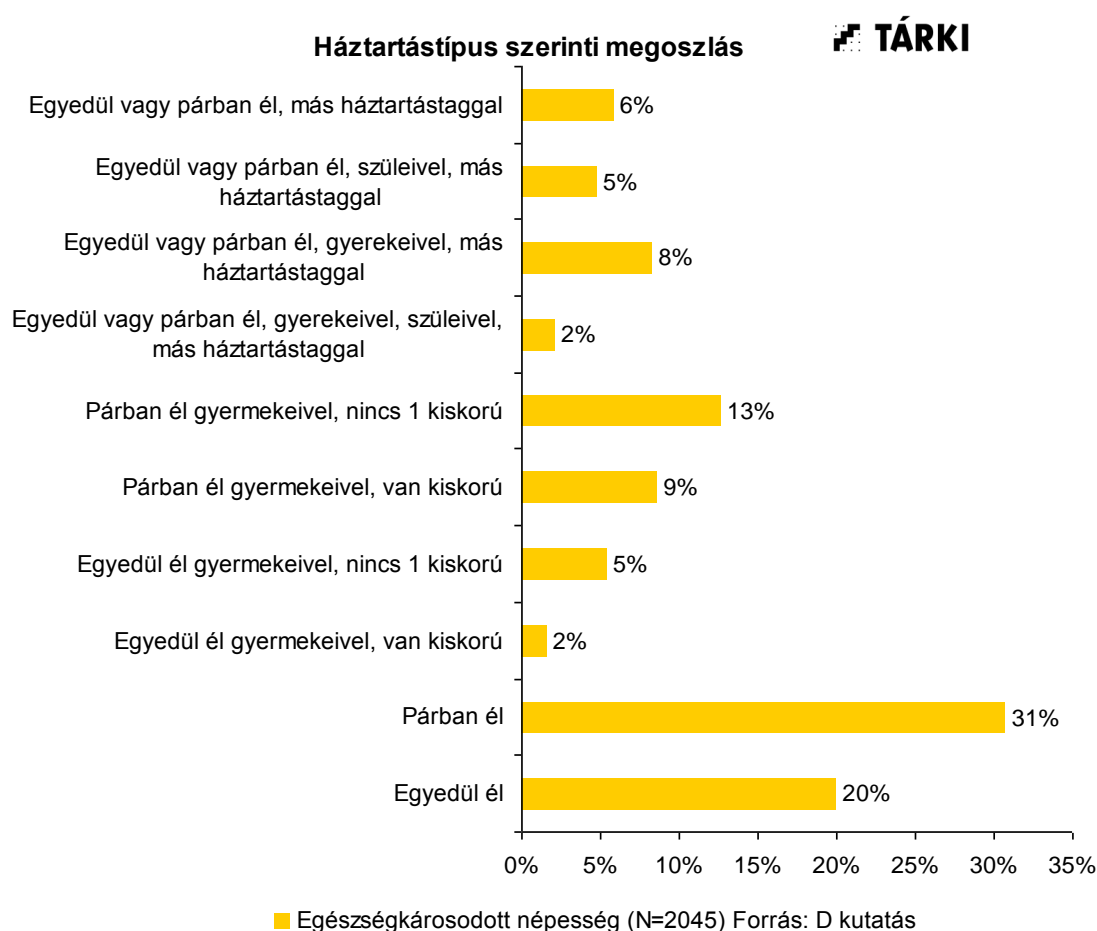


Ha a megváltozott munkaképességű népesség lakóhelyét vizsgáljuk, megállapítható, hogy az egészségkárosodással élő népesség a 18-62 évesek átlagánál nagyobb arányban él

megyeszékhelyeken és falvakban. A területi megoszlást figyelve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében valamint Baranya és Tolna megyében figyelhető meg sűrűsödés, de Békés és Csongrád megyében is az nagyobb a munkaképes korú rokkantak aránya. A főváros és Pest megye képezi e tekintetben az ellenpontot, itt jelentősen alacsonyabb arányokat tapasztalhatunk.

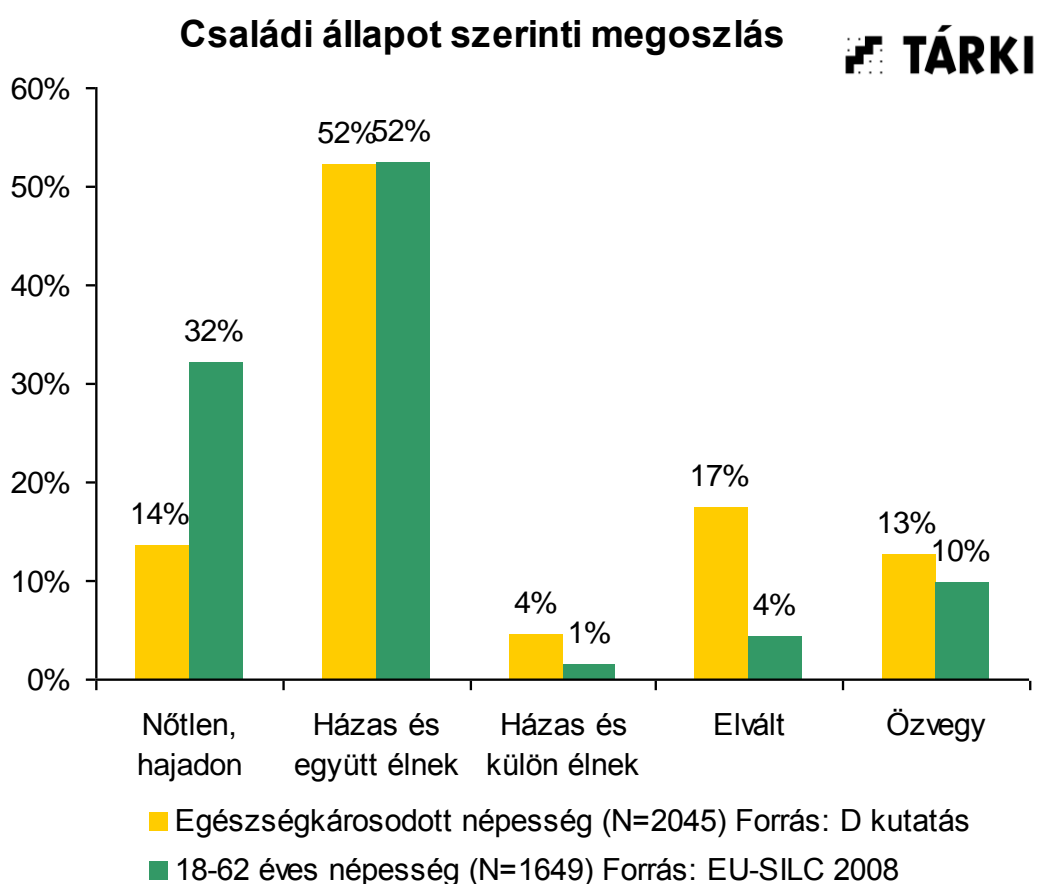
A rokkant népesség 20%-a él egyedül, csaknem egyharmaduk pedig párban. Összességében az egészségkárosodottak kétötöde él gyermekével egy háztartásban. Ezen belül 7% azok aránya, akik egyedül nevelik - jellemzően nagykorú – gyermeküket, 9%-uk párjával együtt neveli kiskorú gyermekét vagy gyermekeit, és 13% él társával és nagykorú gyermekeivel. Összesen 7% él szüleivel, igen alacsony hányad, (2%) él klasszikus többgenerációs (gyerek, szülő, nagyszülő) családban.

4. ábra Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség háztartástípus szerint – a háztartásban élő felnőttek és kiskorú gyerekek száma alapján



A családi állapotot vizsgálva nem meglepő, hogy a nőtlen, hajadonok aránya jelentősen alacsonyabb, mint a 18-62 évesek körében. Az egészségkárosodással élők jelentős része (52%-uk) házasságban él, ez megegyezik a megfelelő korú népesség arányával. Jelentős különbség az elváltak arányában mutatkozik: a 18-62 éves népesség 4%-ával szemben az egészségkárosodással élők 17%-ára jellemző.

5. ábra Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség családi állapot szerint

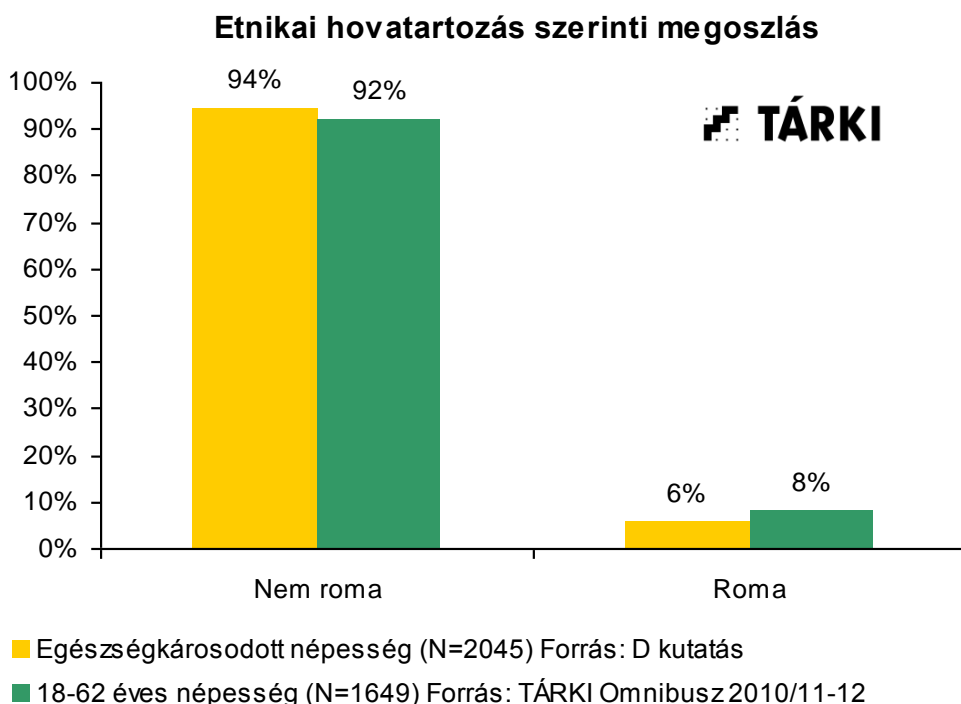


A kutatás során a kérdezettek etnikai hovatartozásáról is gyűjtöttünk információt, önbevallásos alapon. A kérdezett etnikai identitására két kérdéssel kérdeztünk rá, így adva lehetőséget a többes identitásúak önbesorolására. Az egészségkárosodottak 6%-a nevezte magát cigánynak, míg a 18-62 éves teljes népesség körében 8% a romák aránya a kérdezőbiztos besorolása alapján. (6. ábra) Bár a két adat között fontos a különbség abból a szempontból, hogy kitől származik az identifikáció (önbesorolás vagy egy külső személy besorolása), az arányok lényegében hasonló-

ak, mint ahogy a legutóbbi ún. országos cigánykutatás során 2003-ban is a romák aránya a teljes magyar népességén belül (azaz nem csak a 18-62 éves korosztály) 6%-át tette ki.³

³ Kemény I. – Janky B. – Lengyel G. 2004: A magyarországi cigányság 1971–2003. Budapest: Gondolat – MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet.

6. ábra. Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség etnikai hovatartozás szerint



Megjegyzés: a D kutatásban önbesorolás, az Omnibusz-kutatásban a kérdezőbiztos besorolása az alapja az etnikai identifikációnak.

2.2. Az élettörténet legfőbb jellemzői

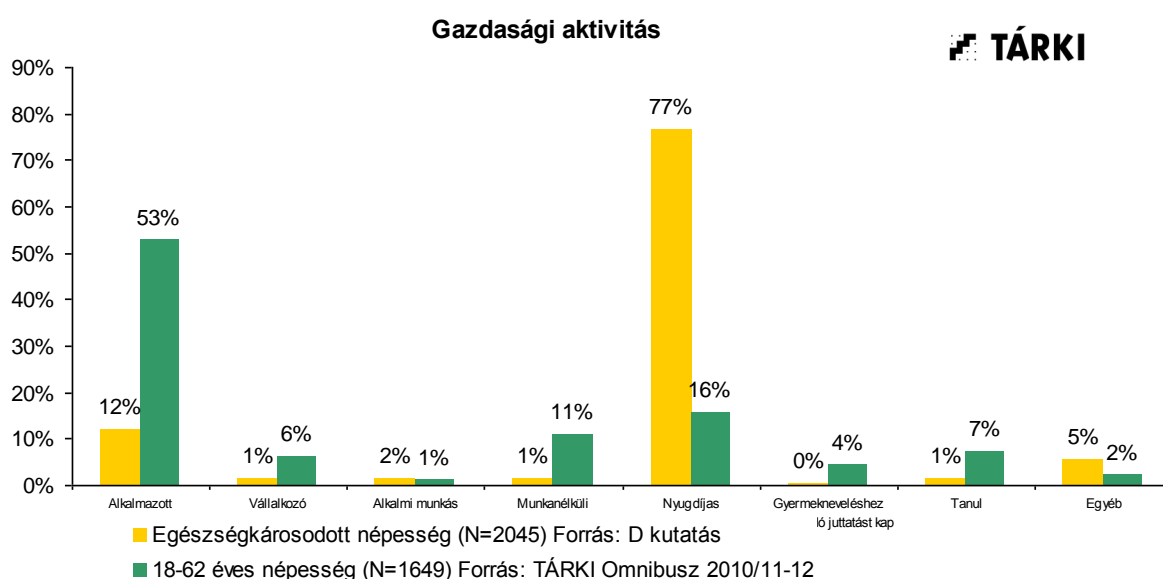
Az egészségkárosodással élő népesség mindössze 1-2 %-a járt ill. lakott speciális bentlakásos iskolában. 1,5% azon kérdezettek aránya, akik voltak állami gondozottak, 1,6% élt tartósan bentlakásos intézményben. Az egészségkárosodottak tehát összességében otthon, integráltan, kollégiumban vagy albérletben laktak iskolai pályafutásuk során. Ennek számos más ok között az egyik legfontosabb magyarázata az lehet, hogy a kutatásban már felnőttként résztvevő akadályozottak jelentős része csak felnőttkorában került olyan tartós egészségi állapotba, amely korlátozza hétköznapi tevékenységeiben. Fontos azonban kiemelnünk, hogy jelen vizsgálat a magánháztartásokban élő népességet vizsgálta. Az egészségkárosodással élők azon csoportjait, akik jelenleg intézményekben élnek, nem vizsgáltuk.

3. Munkaerő-piaci helyzet és életkörülmények

3.1. Munkaerő-piaci helyzet

Az egészségkárosodott népesség gazdasági aktivitás, már csak a népességnek a D kutatás során használt meghatározásánál fogva is, jelentős mértékben különbözik a 18-62 éves felnőtt népességétől. A 7. ábrán látható, hogy a megváltozott munkaképességűek háromnegyede nyugdíjas, mely kategória magában foglalja 71%-nyi rokkantnyugdíjast. A megkérdezett 12%-a dolgozik alkalmazottként, felük (6%) részmunkaidőben. További 5% az egyéb inaktív kategóriába tartozik, 2% pedig alkalmi munkából él. Ezzel szemben a referencianépesség többsége gazdaságilag aktív (alkalmazott, vállalkozó, alkalmi munkás vagy munkanélküli), csupán 16%-uk nyugdíjas.

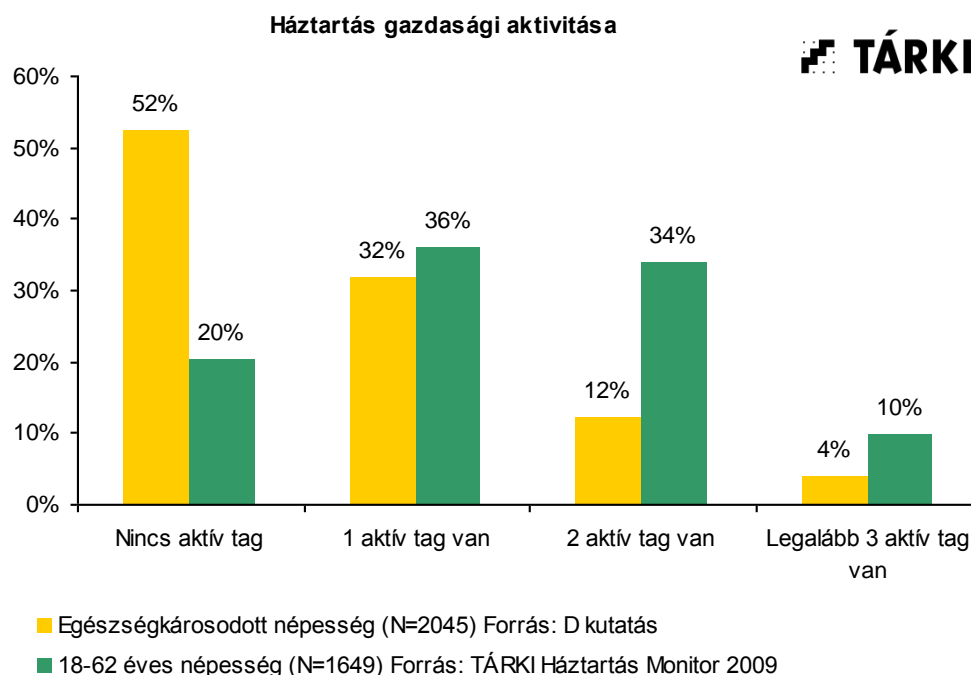
7. ábra Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség gazdasági aktivitás szerint



Teljesebb képet kaphatunk az egészségkárosodott népesség társadalmi integrációjáról akkor, ha megvizsgáljuk annak a háztarásnak a munkaerő-piaci kapcsolódását, melyben élnek. A 8. ábra azt mutatja meg, hogy miként oszlanak meg a megváltozott munkaképességűek a háztartásukban élő foglalkoztatottak száma szerint. Láthatjuk, hogy 100-ból 52 egészségkárosodott háztartásában egyáltalán nem él foglalkoztatott, míg ugyanez az arány egy átlagos 18-62 éves felnőtt esetében 20%. Nagyjából azonos a két népességben azok aránya, akik egy foglalkoztatott háztartástaggal élnek együtt, esetleg éppen maguk dolgoznak csupán a családban. Ezzel szemben a

kétkeresős családban élő megváltozott munkaképességűek aránya mindössze 12%, szemben a 18-62 éves népesség esetében becsült 34%-kal. Csupán minden huszonötödik egészségkárosodott, ám minden tizedik aktív korú felnőtt él legalább háromkeresős háztartásban.

8. ábra. Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség a háztartásuk gazdasági aktivitása szerint

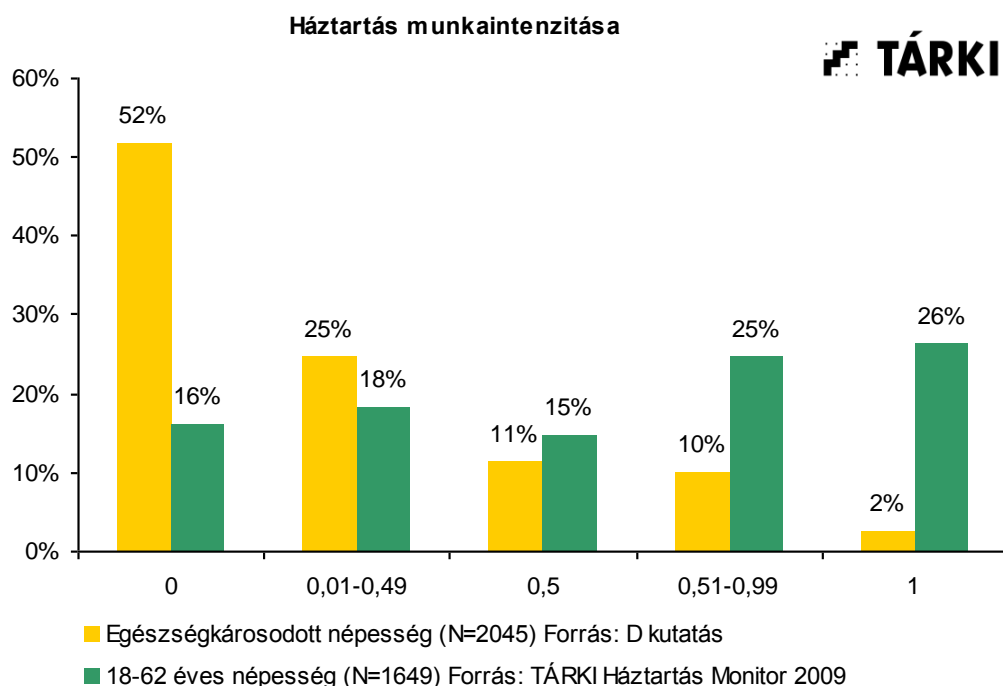


A háztartás munkaerő-piaci kapcsolódásának egy alternatív, az európai uniós elemzési gyakorlatban egyre elterjedtebb mérőszáma a háztartás munkaintenzitása. Az EUROSTAT *munkaintenzitás* indikátora azt méri, hogy a munkaképes korú (18-64 éves) háztartástagok az elméletileg lehetséges egyéves időkeretből mennyit (hány hónapot) töltöttek el foglalkoztatottként (teljes, illetve részmunkaidőben). A mutató 0 (egyetlen háztartástag sem dolgozott az adatfelvételt megelőző 12 hónapban) és 1 (minden aktív korú háztartás teljes munkaidőben foglalkoztatott volt az adatfelvételt megelőző 12 hónap mindegyikében) közötti értékeket vehet fel. A munkaintenzitás mutatója a laeken indikátor-rendszer része⁴. A 9. ábra az egészségkárosodottak megoszlását mutatja a háztartás munkaintenzitása szerint. A referencianépesség ez esetben is a TÁRKI Háztartás Monitor 2010 18-62 éves részmintája.

⁴ Kutatásunkban a munkaintenzitás mérését a TÁRKI Háztartás Monitor 2010 vizsgálathoz igazítottuk, mely némileg eltér az EUROSTAT által alkalmazott sztenderdtől. Bővebben lásd az EU-SILC adatállomány dokumentációját és TÁRKI (2010). Az öt-kategóriás közlés sem EUROSTAT sztenderd, használatát a szegénység kiterjedtsége és a háztartás munkaintenzitása közötti kapcsolat természete indokolja.

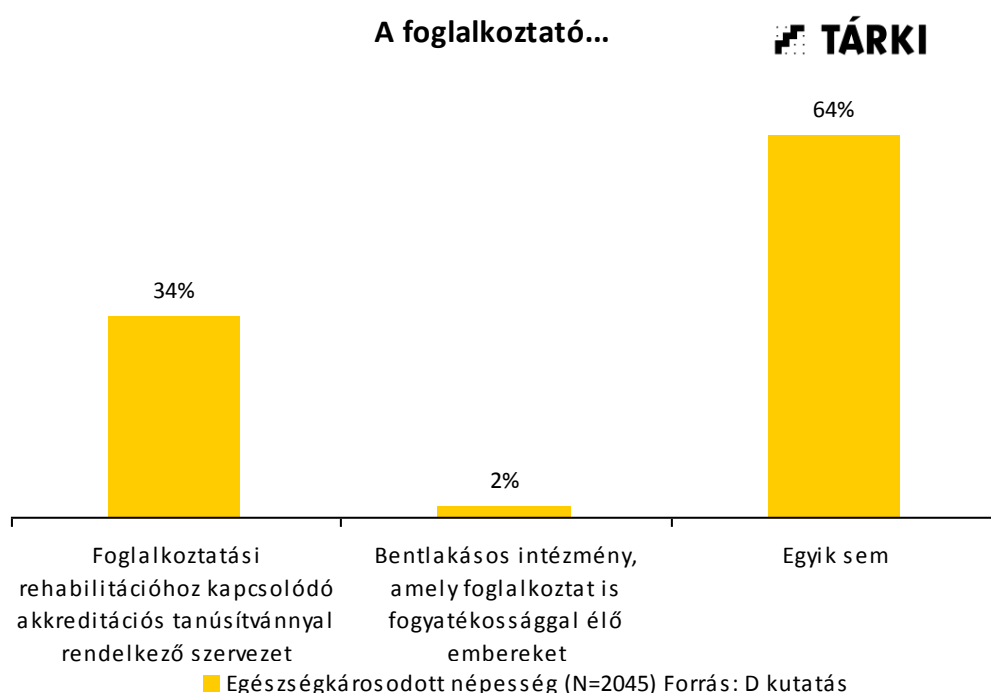
Az adatok azt mutatják, hogy a megváltozott munkaképességű népesség fele nemcsak hogy olyan háztartásban él, ahol a vizsgálat időpontjában nem volt foglalkoztatott családtag, de a teljes inaktivitás a referenciaév egészében megfigyelhető volt. Ezzel szemben a 18-62 éves népesség körében a nulla munkaintenzitású háztartásban élők aránya valamelyest alacsonyabb, mint azoké, akik a vizsgálat időpontjában teljes mértékben munkaerő-piaci kapcsolódás nélküli háztartásokban éltek. Az egészségkárosodottak további egynegyede él alacsony munkaintenzitású (MI=0,01-0,49) háztartásokban, vagyis olyan családban, ahol vagy nincs teljes állású foglalkoztatott, vagy ha van, arra legalább két inaktív háztartástag jut. Míg tehát az egészségkárosodott népesség háromnegyede él nulla vagy alacsony munkaintenzitású háztartásokban, ez az arány a referencia-népességben egyharmados.

9. ábra. Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség a háztartás munkaintenzitása szerint



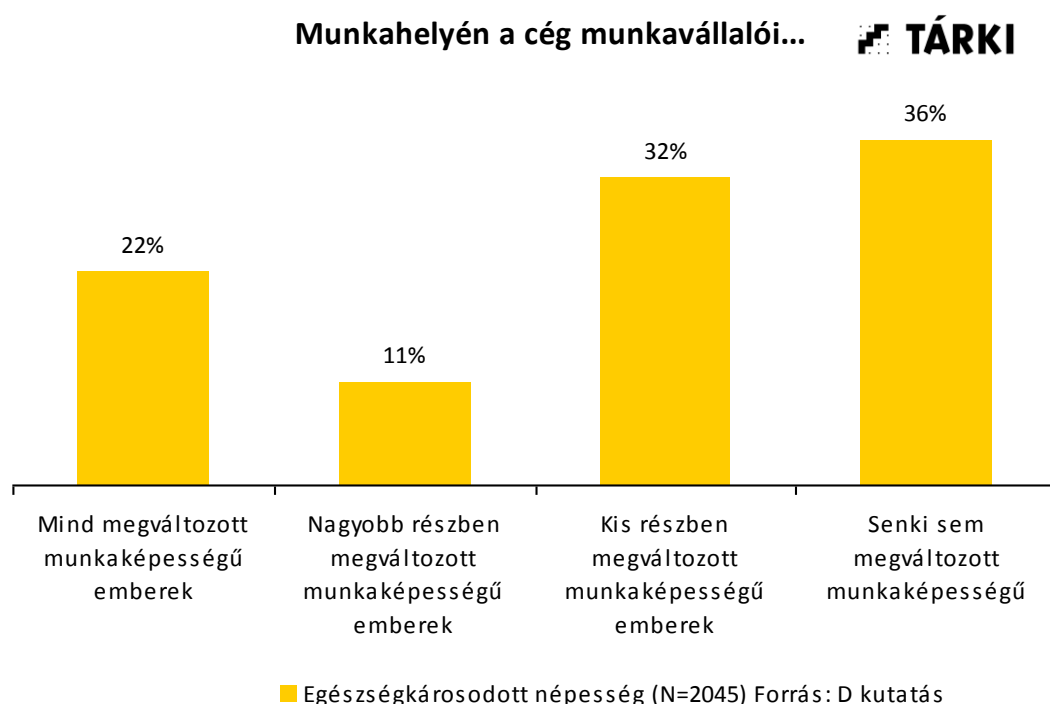
Az egészségkárosodással élő, gazdaságilag aktív népesség kb. kétharmada, vagyis a teljes sokaság mindössze 8%-a dolgozik a nyílt munkaerőpiacon, míg a foglalkoztatottak kb. egyharmada (a teljes sokaság 4%-a) számolt be arról, hogy foglalkoztatója foglalkoztatási rehabilitációhoz kapcsolódó akkreditációs tanúsítvánnyal rendelkezik, vagy bentlakásos intézmény, melynek profilját képezi a fogyatékos emberek foglalkoztatása is.

10. ábra A foglalkoztatott egészségkárosodottak megoszlása a munkaadója rehabilitációs akkreditációja szerint



A megváltozott munkaképességű, gazdaságilag aktív népesség munkahelyi integrációjáról első megközelítésben azt mondhatjuk, hogy kb. egyharmaduk dolgozik teljesen integrált környezetben, vagyis olyan munkahelyen, ahol a kérdezett az egyetlen megváltozott munkaképességű. A népesség kb. egyharmada dolgozik szegregált körülmények között, ahol minden foglalkoztatott, vagy a foglalkoztatottak döntő többsége megváltozott munkaképességű.

11. ábra. A foglalkoztatott egészségkárosodottak megoszlása a munkahelyén dolgozó megváltozott munkaképességűek aránya szerint



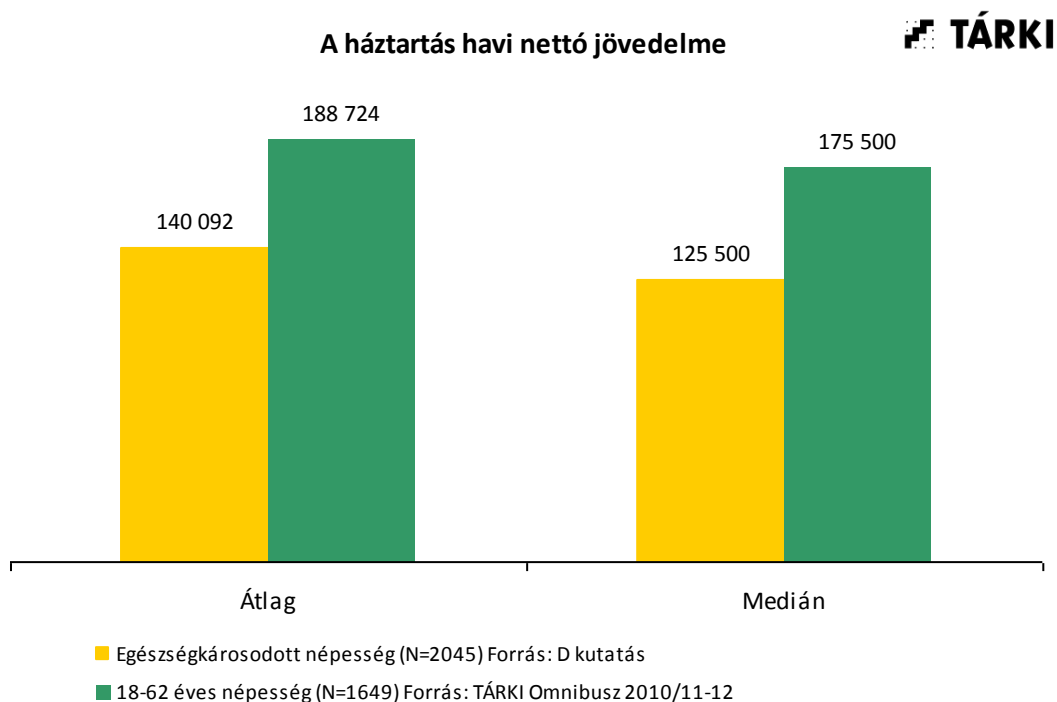
3.2. Jövedelmi helyzet

A vizsgált csoport jövedelmi helyzetét vizsgálva elmondható, hogy a kérdés időpontját közvetlenül megelőzően havi nettó összjövedelmük egynegyedével kisebb, mint a 18-62 éves népesség háztartásaira jellemző.⁵ Az egy fogyasztási egységre jutó, ún. ekvivalens jövedelmet vizsgálva⁶ hasonló eredményre jutunk, ám valamivel kisebb elmaradás látható, kb. 20%-os.

⁵ A referencia-adat forrása a TÁRKI 2010. november-decemberi Omnibusz kutatása.

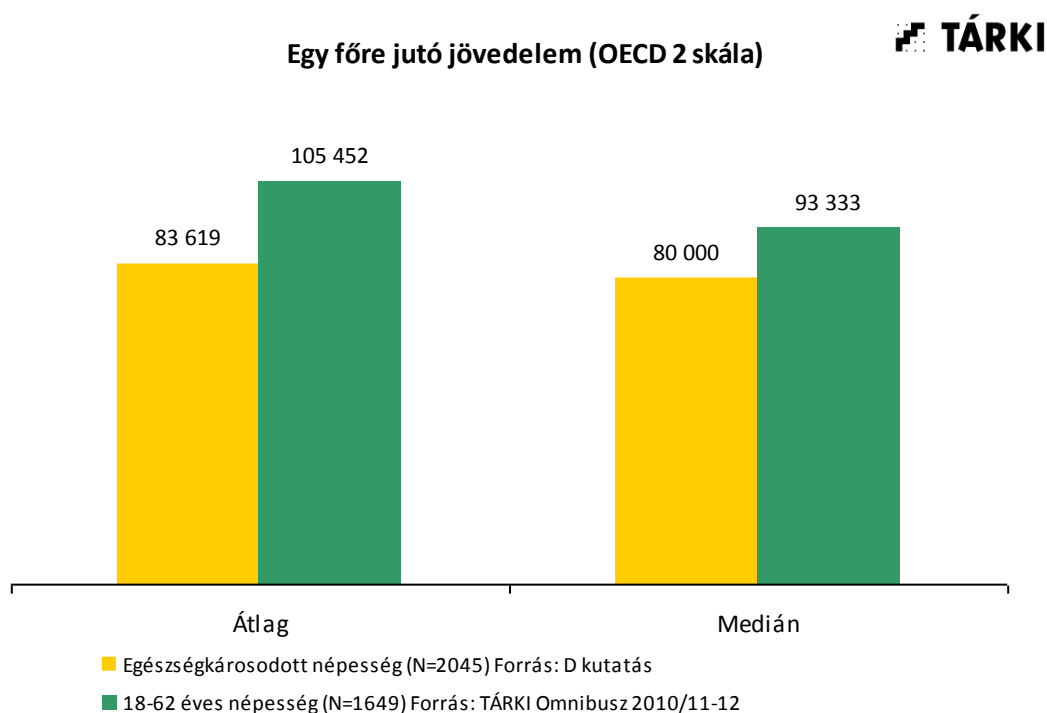
⁶ Egy főre jutó jövedelem alatt egy fogyasztási egységre jutó ekvivalens jövedelmet értünk, melyet ún. ekvivalencia-skálák használatával számítunk ki. A nemzetközi statisztikai összehasonlítások az egy főre jutó jövedelmek kategóriái mellett gyakran használnak más definíciókat is a háztartástagok jövedelmeinek jellemzésére. Emögött az húzódik meg, hogy a különböző méretű háztartások megélhetéséhez szükséges költségek a háztartás méretével nem azonos arányban növekszenek, ennél fogva a pótlólagos háztartástagokat egy bizonyos egynél kisebb együtthatóval korrigált fogyasztási súly segítségével vesszük tekintetbe.

12. ábra. Az egészségkárosodottak háztartásának havi nettó összjövedelmének fő statisztikai jellemzői (Ft)



A megváltozott munkaképességűek háztartásai jellemzően havonta 120-140 ezer forintból gazdálkodnak, ami – OECD2-skálával számítva - 80-85 ezer forintos ekvivalens jövedelmet jelent. Mindezt a megfelelő korú népesség 180-190 ezer forintos összjövedelmével, ill. kb. 100 ezer forintos ekvivalens jövedelmével érdemes szembeállítani.

13. ábra. Az ekvivalens jövedelem nagysága az egészségkárosodottak háztartásában (Ft)



Ha jövedelmekről beszélünk nem kikerülhet a kérdés: a vizsgált csoport hány százaléka él szegénységi küszöb alatt. Ennek megállapításához a referenciakutatás jövedelemeloszlásából indulunk ki, melyen belül az ekvivalens jövedelem mediánjának 60%-ánál húztuk meg a szegénységi küszöböt⁷. Ezt figyelembe véve az egészségkárosodottak egyötöde tekinthető jövedelmi szempontból szegénynek. Ez az érték valamivel magasabb, mint a referencianépességben tapasztalt eredmény: a 18-62 évesek 14%-a él e szegénységi küszöb alatt. Megállapítható tehát, hogy az átlagosnál valamivel magasabb szegénységi kockázatú csoportról van tehát szó, a megváltozott munkaképességű háztartástag mintegy egyharmadával növeli a szegénységi kockázatot.

3.3. Anyagi depriváció

A 3.2 pontban a D kutatás által érintett egészségkárosodott népesség jövedelmi helyzetével, szegénységi kockázatával foglalkoztunk. A társadalmi kirekesztettségnek azonban vannak más megjelenési formái is. Ezek közé tartozik például az anyagi depriváció vagy a lakhatáshoz kapcsolódó hátrányos helyzet is. Ebben a részben, az EUROSTAT módszertanát követve, az anyagi

⁷ Ez havi nettó 54.258 Ft-ot jelent.

depriváció indikátorait használva bemutatjuk a fő indikátorok számításához használt egyedi tételek szerinti eredményeket is.

Az Európai Unió gyakorlatában ezen a területen az anyagi depriváció ún. elsődleges és másodlagos indikátora (a Nyitott Koordinációs Mechanizmus társadalmi befogadás indikátorai, Guio 2009), valamint a súlyos anyagi depriváció (EU2020 szegénységi cél) szerepel.

Elsődleges indikátor. Anyagilag depriváltak tekinthető valaki akkor, ha az alábbi – a háztartás pénzügyi nehézségeinek percepcióját és tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottságát felölölő – kilenc tétel közül legalább három esetében depriváltként azonosítható.

1. Képes-e a háztartás arra, hogy váratlan, nagyobb összegű kiadást saját forrásból fedezzen?
2. Előfordult-e az elmúlt évben, hogy pénzhány miatt nem tudták befizetni a lakbért, lakástörlesztést, közös költséget, közüzemi díjat, pénzkölcsön törlesztőrészletét?

Megengedhetnék-e maguknak, hogy...

3. automata mosógépük legyen?
4. színes televíziójuk legyen?
5. telefonjuk (vezetékes vagy mobil) legyen?
6. személyautójuk legyen?
7. évente legalább egy hétre elmenjenek nyaralni?
8. legalább minden második nap húst egyenek?
9. lakásukat megfelelően fűtsék?

Az elsődleges indikátor célja, hogy az anyagi depriváltság kiterjedtségét mutassa.

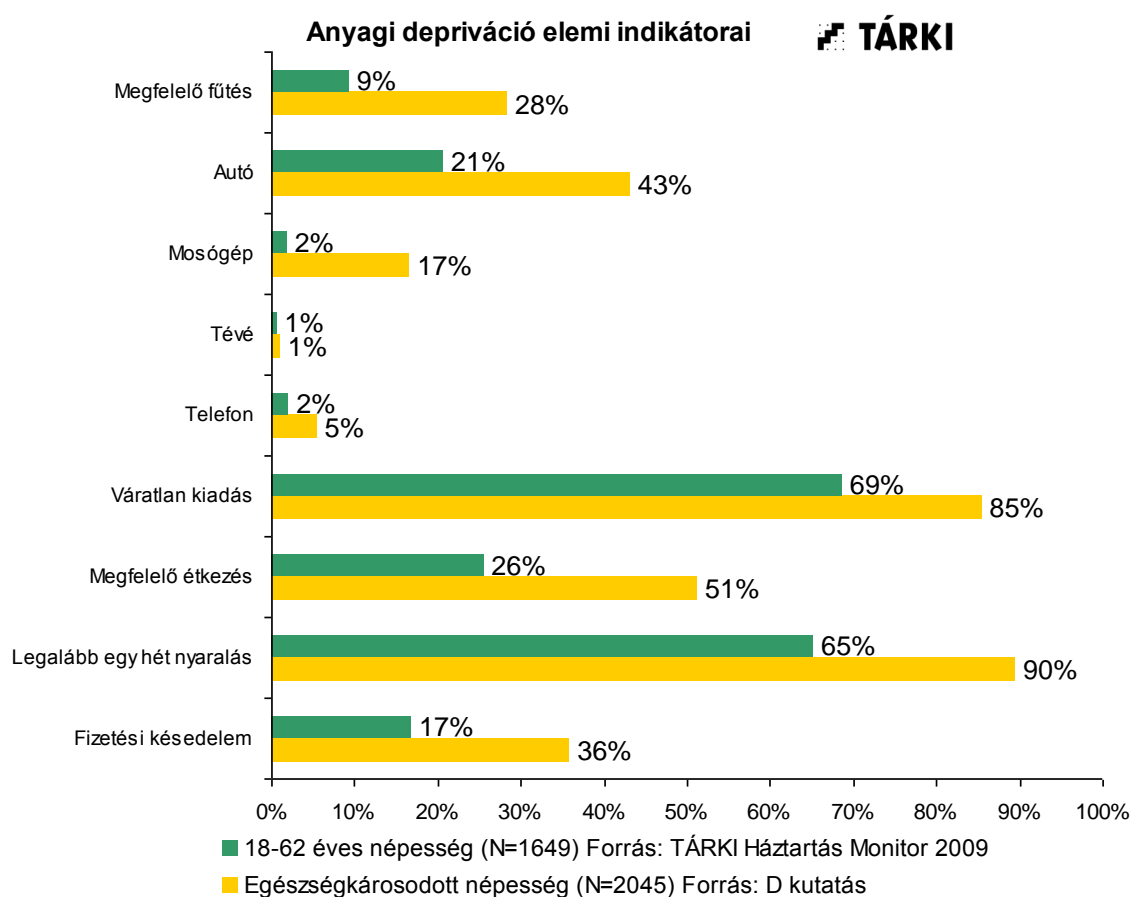
Másodlagos indikátor. Az elsődleges index szerint depriváltak körében mutatja meg depriváltságot mutató tételek átlagos számát. Célja, hogy az anyagi depriváltság súlyosságát mutassa.

Az anyagi depriváció az EU2020 stratégia célkitűzései között megjelenő ún. szegénységi célt meghatározó indikátorok között is szerepel. Szemben azonban a fent bemutatott elsődleges indikátorral, e konkrét cél definiálásához az ún. *súlyos anyagi depriváció* indikátorát használják. Ez utóbbi szerint valaki akkor tekinthető anyagilag depriváltnak, ha a kilenc elemi indikátorból legalább négy esetében depriváltként azonosítható. Gyorsjelentésünkben az anyagi depriváció elsődleges indikátorával és a súlyos anyagi deprivációval foglalkozunk, de bemutatjuk a gyakoriságát az egészségkárosodottak körében.

Magyarországon, tíz 18-62 éves egészségkárosodott ember közül kilenc olyan háztartásban él, melynek tagjai egyáltalán nem engedhetik meg maguknak, hogy legalább egy hétig nyaraljanak, még belföldön sem. Hasonlóan magas (85%) azoknak az aránya, akik egy váratlan hóvégi kiadást nem lennének képesek fedezni. A TÁRKI Háztartás Monitor 2010 alapján készült becslések szerint e két jelzőszám a teljes 18-62 éves népesség körében is nagyon magas, az aktív korú felnőttek háromnegyedét érinti ez a probléma. Más indikátorok mentén az egészségkárosodottak re-

latív helyzete hasonlóan rossz: 51%-uk olyan háztartás tagja, ahol a megfelelő étkezés problémát jelent (18-62 éves népesség esetében: 41%), 43%-uk pedig olyanban, amely nem engedheti meg személyautó vásárlását (18-62 évesek: 28%). Ugyancsak magas, 36% azok aránya, akik olyan háztartásban élnek, amely valamilyen fizetési késedelemben van (18-62 évesek: 23%), 28% pedig olyanban, ahol nem engedhetik meg maguknak a lakás megfelelő fűtését (18-62 évesek: 20%). Továbbá, minden ötödik megváltozott munkaképességű ember él olyan háztartásban, mely azért nem rendelkezik mosógéppel, mert anyagi helyzete nem teszi azt lehetővé (18-62 évesek: 9%). Ezzel szemben a színes televízióval és a telefonnal nem rendelkező megváltozott munkaképességűek aránya alacsony (1-, illetve 5%).

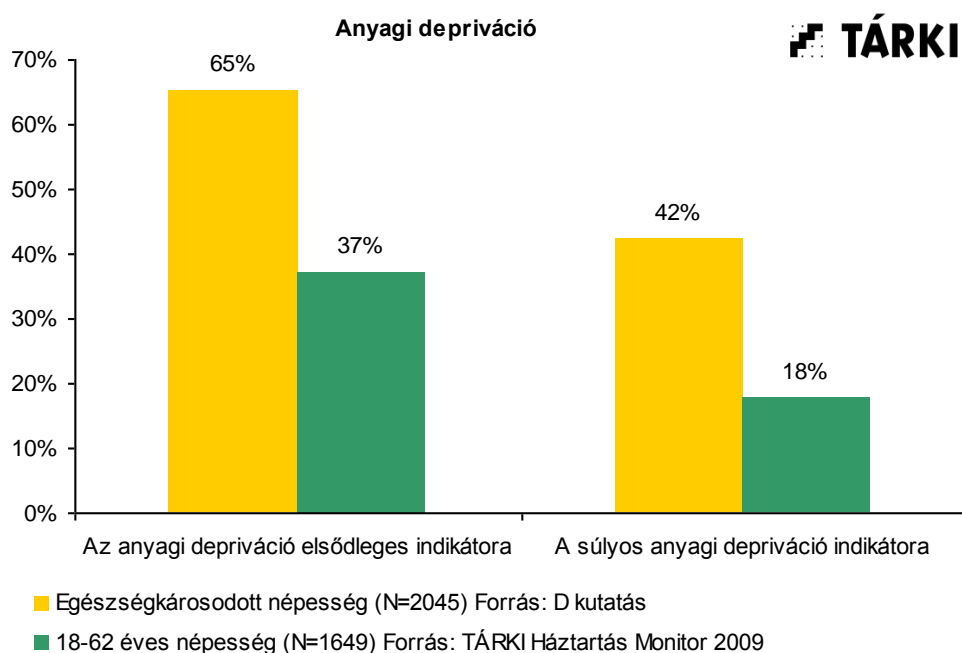
14. ábra. Az anyagi depriváció elemi indikátorai



Az anyagi depriváció fentebb bemutatott elemi indikátorokból képzett összetett jelzőszámai közül az elsődleges anyagi depriváció az egészségkárosodott népesség kétharmadát érinti. Ennyien élnek tehát a D kutatás által érintett népességből olyan háztartásokban, melyek legalább három dimenzióban depriváltak. Ez az arány lényegesen magasabb, mint a TÁRKI Háztartás Monitor

2010 adataiból a 18-62 éves népességre becsült adat (51%). Hasonló különbség mutatható ki az egészségkárosodottak és a referencia-népesség között akkor is, ha a súlyos anyagi depriváció indikátorát használjuk. Eszerint az egészségkárosodottak kétötöde él anyagiilag deprivált háztartásban, míg a teljes 18-62 éves népességben ugyanez az aránya egyharmados.

14. ábra. Az anyagi depriváció összetett indikátorai



3.4. Lakáskörülmények

Az egészségkárosodottak lakáskörülményeinek áttekintéséhez a gyorsjelentésben azokat a problémákat vizsgáljuk, melyek a lakás állapotához kapcsolódnak.⁸ A kérdőív összesen hét problémára kérdezett rá, miszerint jellemző-e a kérdezett lakására, hogy (i) beázik a tető, (ii) nedvesek a falak, (iii) nedves a padlózat, (iv) korhadt az ablakkeret, (v) korhad a padlózat, (vi) a lakás túl sötét, illetve (vii) repednek a falak. A D kutatás mintájába kerültek körébe a leggyakrabban említett probléma a nedves, illetve repedt fal (17-17%), valamint a korhadt ablakkeret (14%). Ezzel szem-

⁸ A lakhatási depriváció indikátorainak köre természetesen ennél jóval szélesebb. Az Európai Unió társadalmi befogadás indikátorai között például a lakhatással kapcsolatos költségeknek a rendelkezésre álló jövedelem arányában kifejezett mutatója, vagy például a túlszűfolttság szerepel. A lakáskörülmények részletesebb bemutatására a zárójelentésben kerül majd sor.

ben csupán az egészségkárosodottak 6%-a számára jelent problémát a nedves, illetve korhadt padlózat.

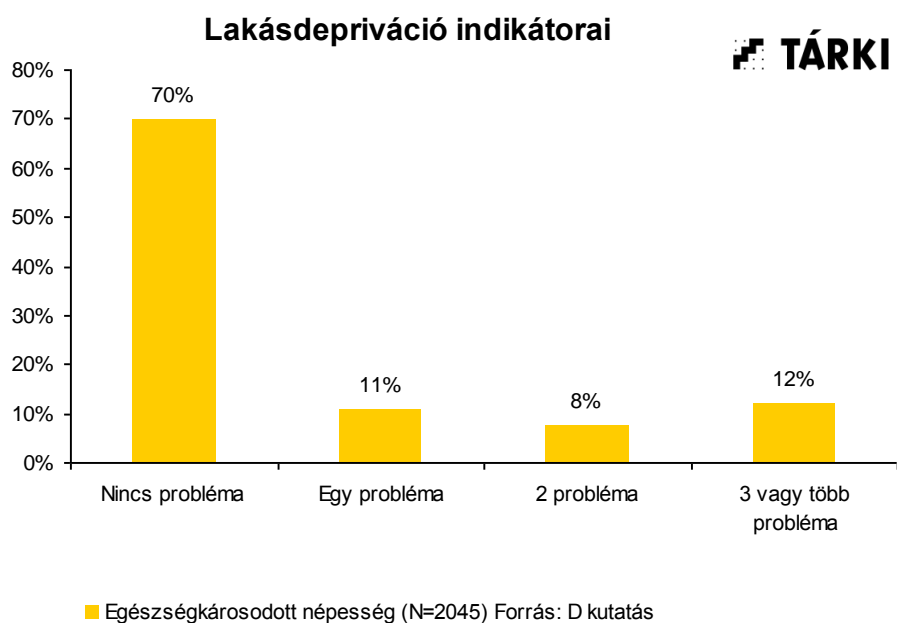
3. táblázat A lakásdepriváció egyes elemi indikátorai

	A probléma gyakorisága az egészségkárosodottak körében (%)
Beázik a tető	9,4
Nedvesek a falak	16,6
Nedves a padlózat	6
Korhad az ablakkeret	14,3
Korhad a padlózat	5,7
Repednek a falak	16,6
A lakás túl sötét	11,4
Beázik a tető	9,4

Forrás: D kutatás.

Megvizsgáltuk azt is, hogy a lakáskörülmények ezen indikátorai hogyan járnak együtt, a vizsgált népesség mekkora része tekinthető deprivátnak e tekintetben. Az egyes elemi indikátorok összegzése nyomán megállapíthatjuk, hogy tíz megváltozott munkaképességű személyből három él olyan lakásban, ahol valamilyen probléma jelentkezik. Ezen belül közel azonos arányban vannak olyanok, akiknél a lakás egy, kettő, illetve legalább három jellemzője is rossz lakókörülményekre utal. Összességében az egészségkárosodottak 11%-a él olyan lakásban, ahol egy, 8% olyanban ahol kettő és 12%-a olyanban ahol három vagy több probléma is megfigyelhető. A legalább három, a lakás állapotával kapcsolatos problémát felsorolók súlyosan deprivátnak tekinthetők a lakáskörülmények dimenziójában.

15. ábra A lakásdepriváció indikátorainak együttes eloszlása az egészségkárosodott népesség körében



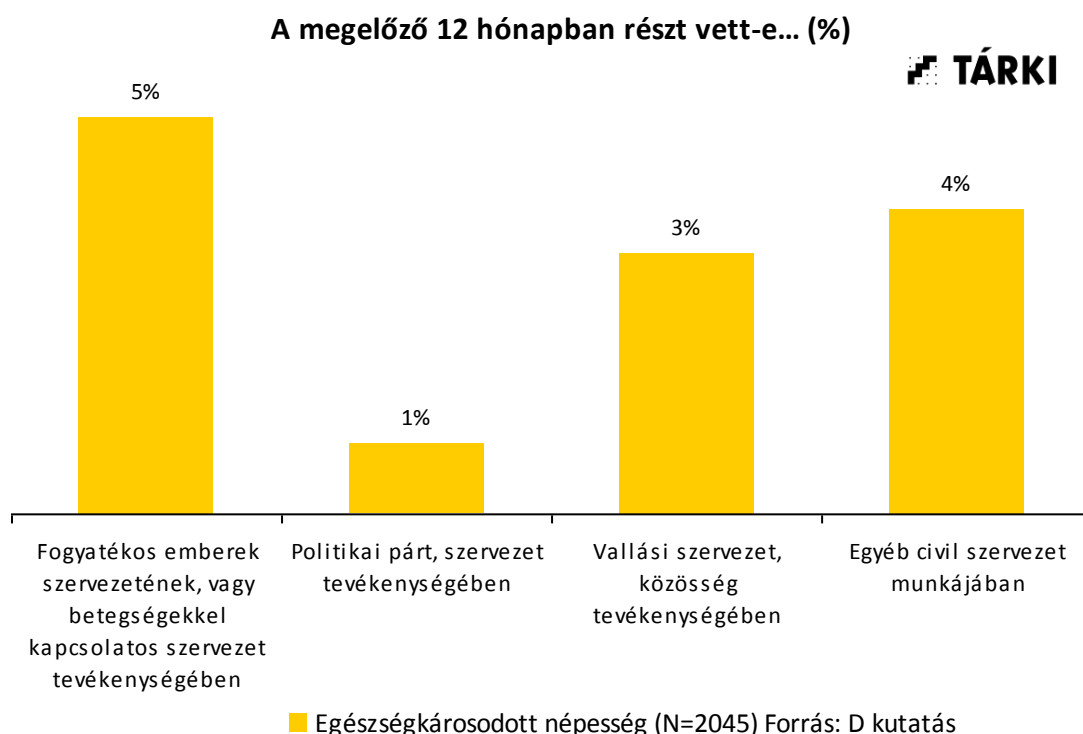
4. Integráció a hétköznapi élet további területein

4.1. Társadalmi kapcsolatok

Az egészségkárosodással élők társas kapcsolatai a megfelelő korú népességhez hasonlóan nem szervezetekben, egyesületekben zajlik. Politikai párt vagy szervezet tevékenységében 100-ból egy, vallási szervezet vagy közösség életében százból három, egyéb civil szervezet munkájában százból négy kérdezett vett részt. Hasonlóan alacsony, ám a fentieknél valamivel gyakrabban említették fogyatékos emberek szervezeteit, ill. más betegségekkel kapcsolatos szervezeteket. Ilyen szervezet munkájában százból öt kérdezett vett részt az elmúlt 12 hónapban.

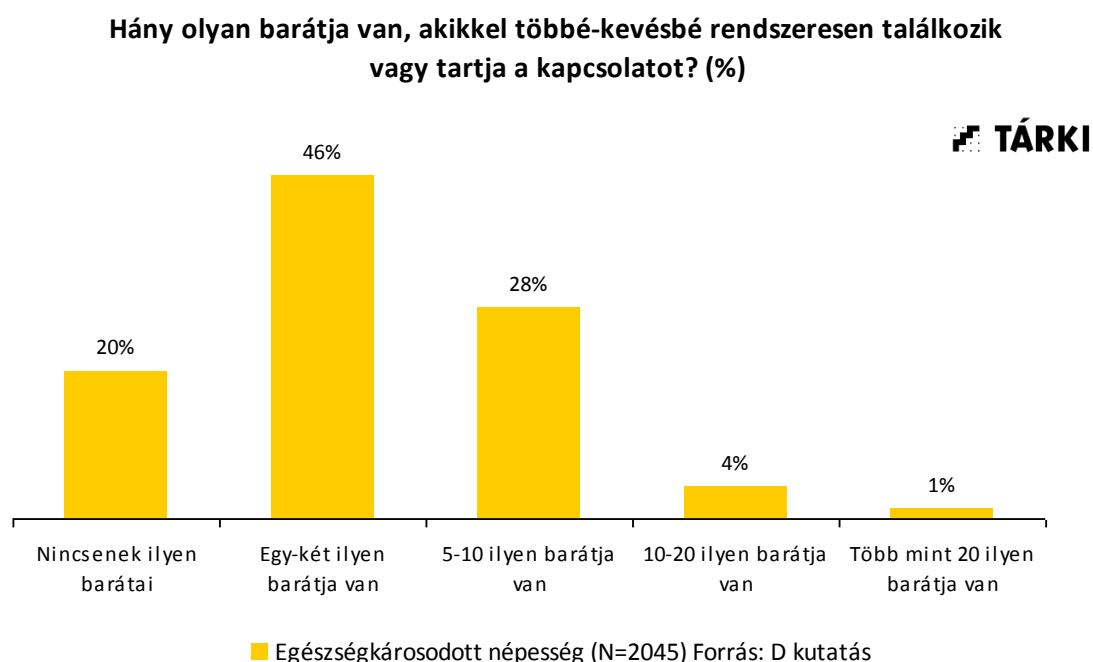
A referencianépességet vizsgálva hasonló eredményeket találhatunk: politikai szervezet munkájában 1% vett részt, és további 6% számolt be arról, hogy részt vett valamilyen más szervezet vagy egyesület munkájában (ESS 2009).

16. ábra Az egészségkárosodottak társadalmi szervezetekhez kötődő aktivitása



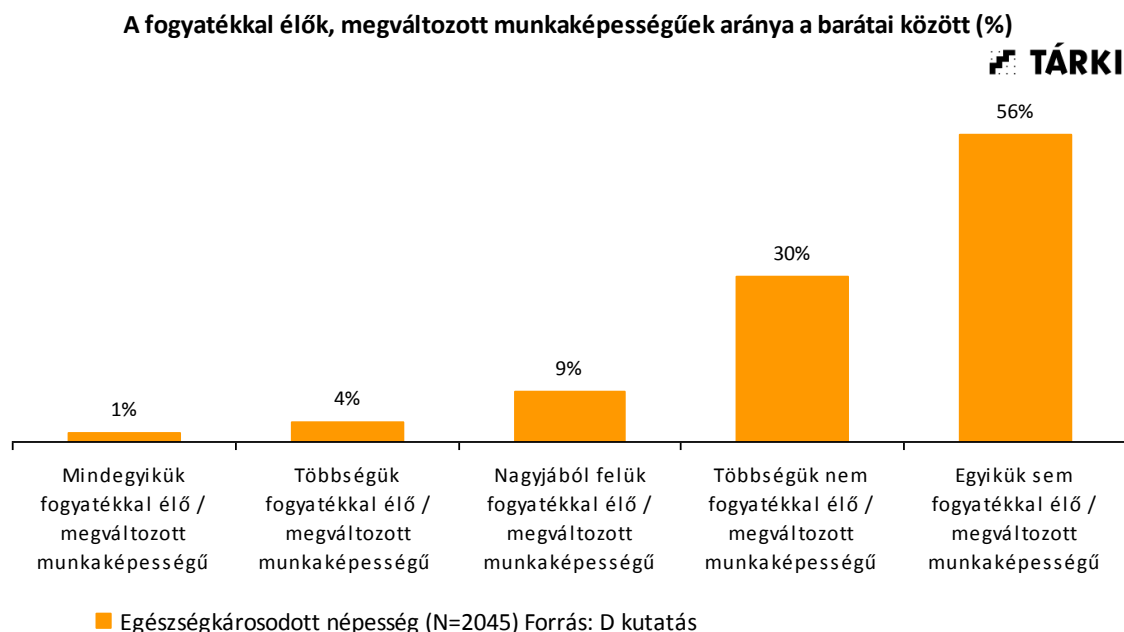
Az egyesületi élettől való távolmaradás azonban nem jelenti azt, hogy az egészségkárosodással élők többsége elszigetelt életet élne. A vonatkozó kérdésekre adott válaszokból látható, hogy a rokkant népesség 80%-ának van olyan barátja, akivel többé-kevésbé rendszeresen találkozik. Jellemzően ez egy vagy két barátot jelent (46%), de egyharmad körüli azon kérdezettek aránya, akik 5 vagy több rendszeresen ápoló baráti kapcsolatról számoltak be.

17. ábra Az egészségkárosodottak megoszlása a barátok száma szerint



A megváltozott munkaképességűek baráti kapcsolatai jellemzően összeszövődnek a nem egészségkárosodott népességgel. Kb. 85%-uk arról számolt be, hogy barátai többsége nem fogyatékkal élő vagy megváltozott munkaképességű. A rokkantak 5%-a többségében vagy kizárólag hasonló élethelyzetű, fogyatékos vagy megváltozott munkaképességű barátokkal ápol kapcsolatot. Szintén megfontolásra érdemes, hogy a leszállékoltak több mint felének (56%) egyáltalán nem tart kapcsolatot olyan személyekkel, akik hozzá hasonló élethelyzetben lennének.

18. ábra Az egészségkárosodottak megoszlása aszerint, hogy barátaik mekkora hányada fogyatékkal élő vagy megváltozott munkaképességű személy



4.2. Elégedettség

A referencianépességhez viszonyítva az egészségkárosodott népesség kevésbé elégedett az élete egészének alakulásával. Az elégedettséget mérő 0-tól 10-ig terjedő skálán mért átlagérték 4,5, jelentősen alacsonyabb, mint a megfelelő korú népesség egészében tapasztalt 5,6-es érték (Gazdasági kultúra kutatás, 2009, TÁRKI). Az életszínvonal tekintetében ennél valamivel kisebb, ám hasonló irányú eltérés mutatkozott: a teljes népességben tapasztalt 4,2-es átlagértékhez viszonyítva a megváltozott munkaképességűek átlagértéke 3,7. Feltételezhetjük, hogy emögött elsősorban a népesség átlagához viszonyított rosszabb anyagi helyzetük áll.

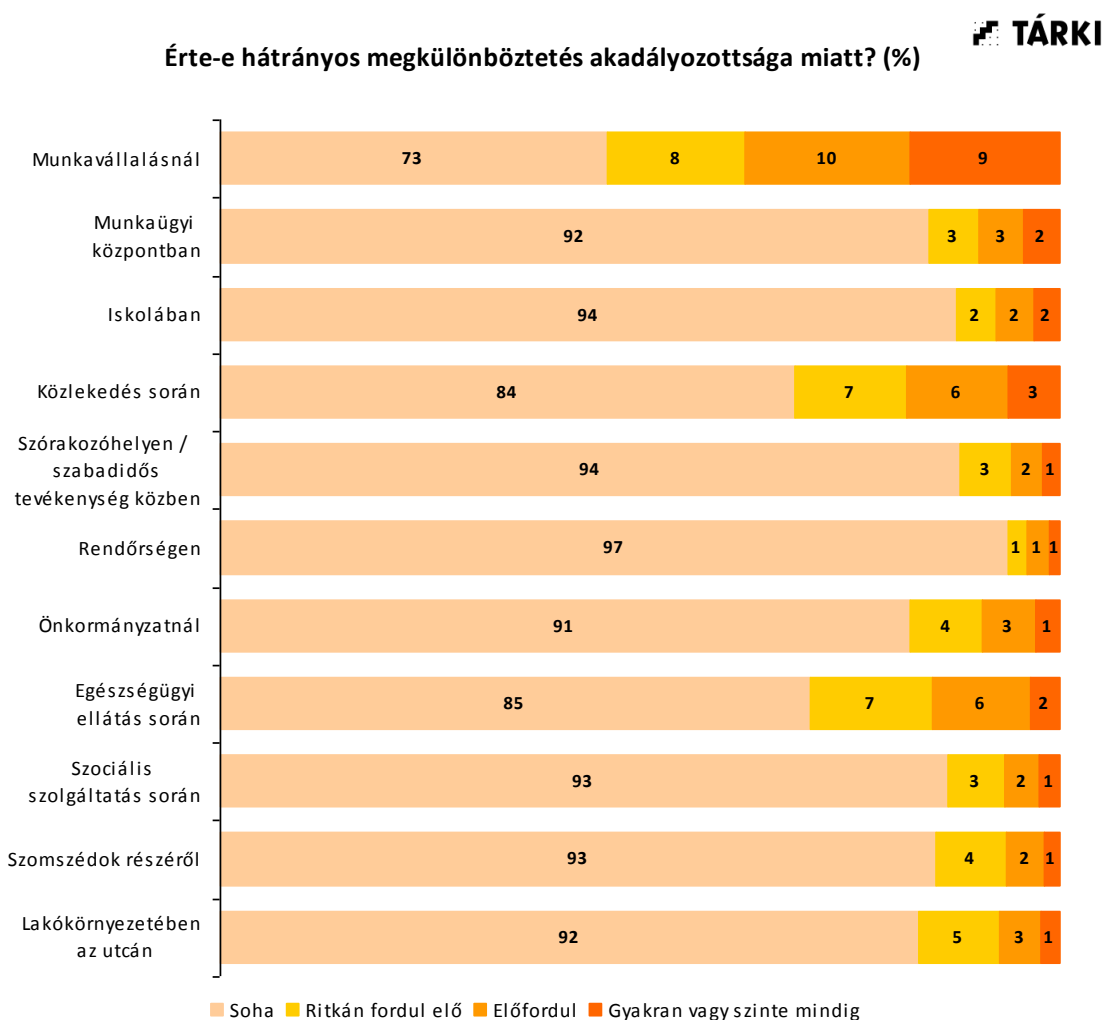
A legnagyobb különbség a jövőbeni kilátások tekintetében mutatkozott, vagyis a rossznak értékelt élethelyzet a „sosem lesz jobb” pesszimizmusával társul, a 11-fokú skálán kirívóan alacsony, 3,5-es átlag jelentősen alatta marad a referencianépesség 4,8-es értékétől.

4.3. Diszkrimináció

Az egészségkárosodással élő népesség 36 %-a emlékszik olyan esetre, amikor akadályozottsága miatt hátrányos megkülönböztetés áldozatává vált. A diszkrimináció leggyakrabban a munkavállalás

lás (27%), és az egészségügyi ellátás igénybevétele (15%), valamint közlekedés (16%) során éri őket. Minden tizedik kérdezett arról számolt be, hogy a munkavállalás területén gyakran vagy szinte mindig hátrányos megkülönböztetés áldozatává válik, további 10% esetében rendszeresen előfordul, 8% esetében pedig ritkán. Százból hét személy számára az egészségügy rendszeres hátrányos megkülönböztetés terepe. Az érintett népesség 16%-át érte hátrány hivatalos helyeken ill. közszolgáltatás igénybevétele során, úgy mint munkaügyi központban (8%), az önkormányzatnál (9%), rendőrségen (3%), szociális szolgáltatások igénybevétele során (7%), ill. az oktatási intézményekben (6%). A diszkrimináció további lehetséges helyszínein, úgy mint a szórakozóhelyeken (6%), a szomszédok részéről (7%) ill. lakókörnyezetükben az utcán a megváltozott munkaképességűek 8%-át érte hátrányos megkülönböztetés.

19. ábra. Az egészségkárosodottak diszkriminációs tapasztalata



Forrás: D kutatás.

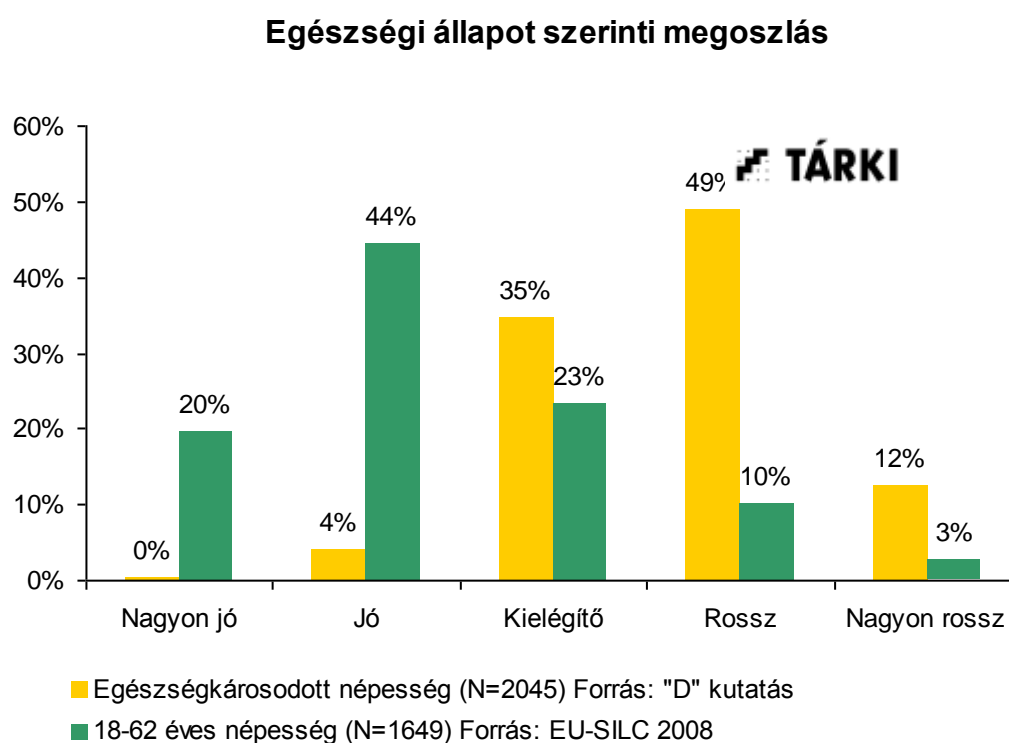
Összességében elmondható, hogy a kérdezettek kb. kétharmada nem tapasztalt akadályozottságból fakadó hátrányos megkülönböztetést, 22% egy vagy két területen számolt be ilyen negatív tapasztalatról. Azok aránya, akik az életük több területén is hátrányos megkülönböztetés áldozatainak érzik magukat, 16%.

5. Akadályozottságbeli helyzet és egészségi állapot

Gyorsjelentésünkben az egészségi állapot néhány szubjektív mutatóját, valamint az orvosszakértői bizottságok kategóriarendszerét követő osztályozás eredményét mutatjuk be.

Összességében, a kérdezettek szubjektív egészségi állapota lényegesen rosszabb, mint a 18-62 éves felnőtt népességé: 4% tartja azt nagyon jónak vagy jónak, szemben a teljes népesség körében megfigyelt 64%-os aránnyal. Az egészségkárosodottak egyharmada nyilatkozott úgy, hogy egészségi állapota kielégítő, míg felük már rossznak, egytizedük pedig nagyon rossznak tartja azt.

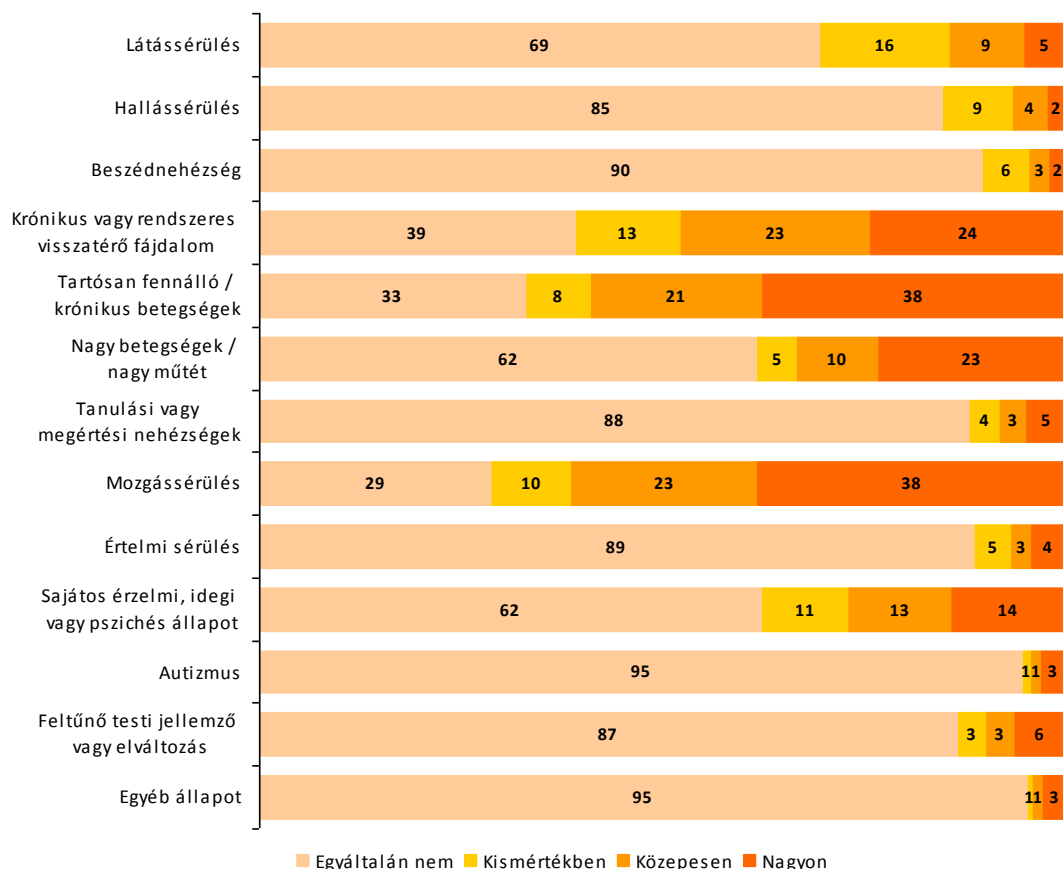
20. ábra Az akadályozottsággal élők és a teljes 18-62 éves népesség szubjektíven megítélt egészségi állapota (%)



Az egészségkárosodással élő népesség körében jellemzően mozgásszervi problémák (71%), tartósan fennálló, krónikus betegségek (67%) valamint krónikus vagy rendszeres fájdalom (61%) jelenik meg akadályozó tényezőként. A megváltozott munkaképességűek 31%-a látássérülésről, 15%-a hallássérülésről, 10%-a beszédnehézségről számolt be. Sajátos érzelmi, idegi vagy pszi-

chés állapotot a megkérdezettek 38%-a említett, mint amit őt (legalább kismértékben) jellemzi, az autizmus megjelenésének aránya 5%, tanulási vagy megértési nehézségekről 12% számolt be, értelmi sérülésről pedig 11%. Legalább kismértékű feltűnő testi jellemző vagy elváltozás a megkérdezettek 13%-át akadályozza.

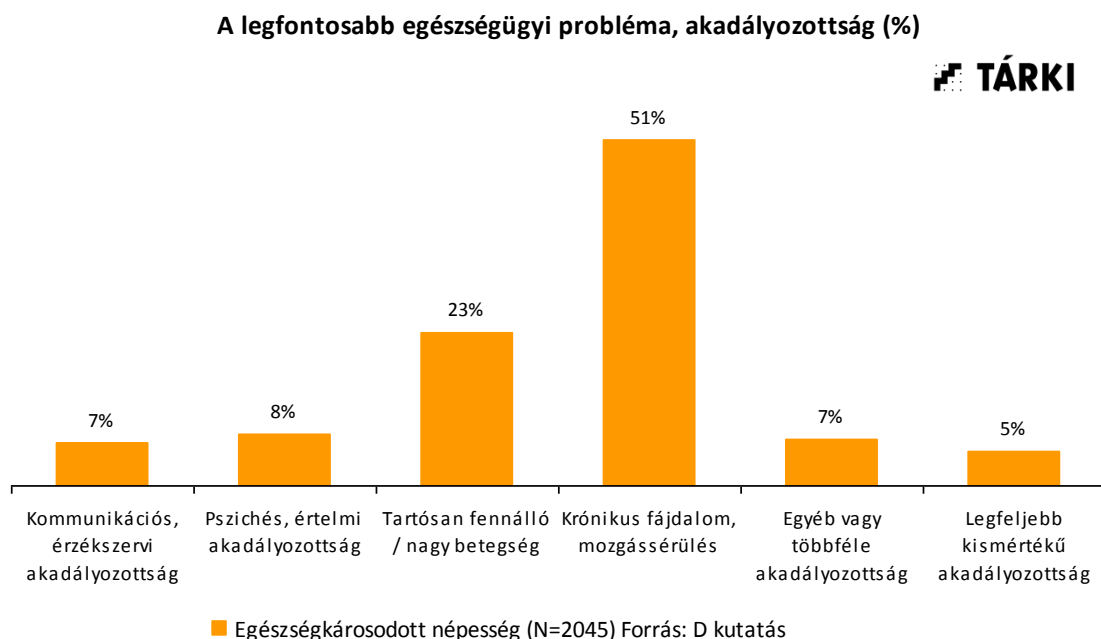
21. ábra. Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség egészségügyi problémák szerint („Jellemzi-e valamelyik állapot?”, a válaszok százalékos megoszlása)



Forrás: D kutatás.

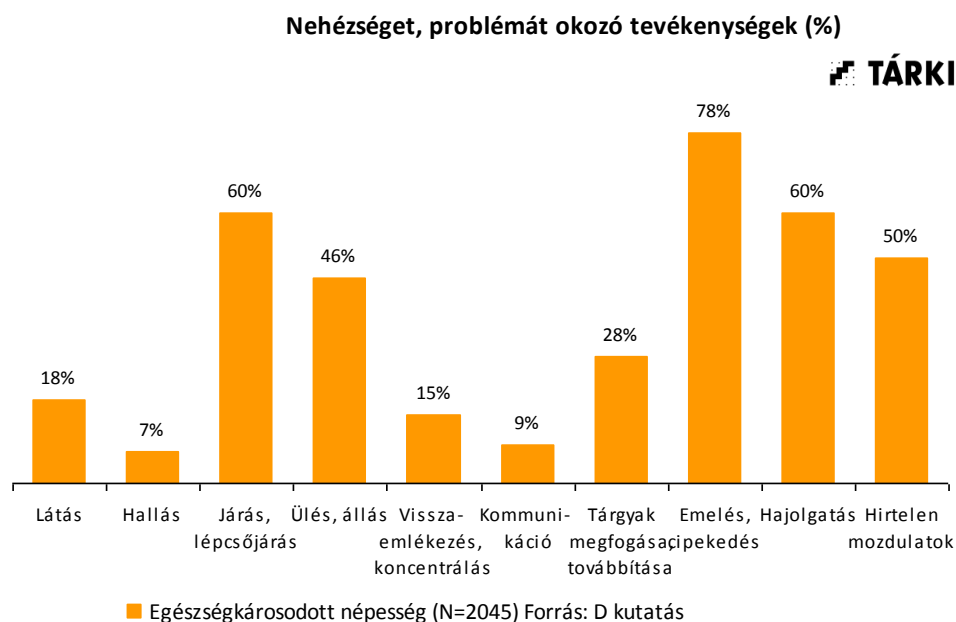
Legfontosabb akadályozó tényezőként (a vizsgált népesség kb. felét érintően) krónikus fájdalom, ill. mozgássérülés jelentkezett. A második legnagyobb csoport a krónikus betegségektől szenvedőké, minden negyedik kérdezett számára ez jelentkezik legfontosabb problémaként. 7-8 százaléka az érzékszervi, ill. kommunikációs problémákkal, a pszichés, értelmi akadályozottsággal, és egyéb vagy többféle akadályozottsággal élők aránya.

22. ábra. Az egészségkárosodottak számára leginkább akadályozó tevékenységek



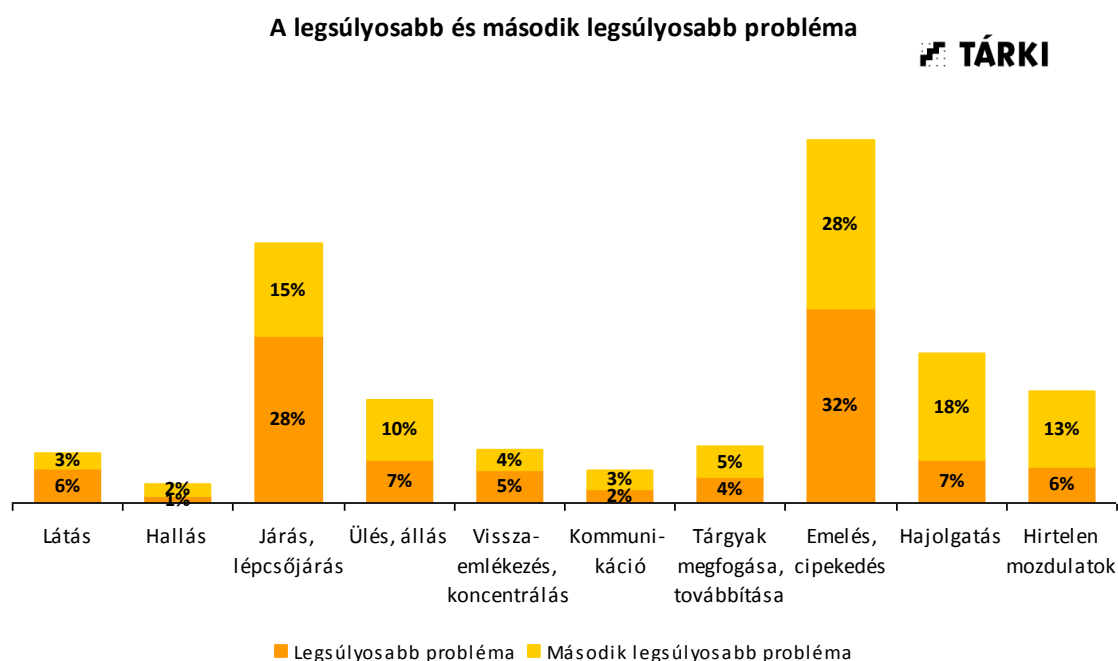
A megváltozott munkaképességűek számára leggyakrabban a mindennapi életvitelhez elengedhetetlen mozgással kapcsolatos tevékenységek jelentenek problémát, úgy mint a járás, lépcsőn járás, emelés, cipekedés, hajolgatás, hirtelen mozdulatok, ülés vagy állás. Ezen tevékenységek valamelyikét a kérdezettek 89%-a említette. Emelés, cipekedés 78% számára jelent problémát, a járás, lépcsőzés, hajolgatás tízből hat személynek nehézséget okoz, az állás és ülés, hirtelen mozdulatok pedig a kérdezettek felének okoznak nehézséget. Érzékszervi problémákról jóval kevesebben számoltak be: (szemüveggel nem korrigálható) látásproblémákról 18%, hallásproblémákról 7% számolt be. Koncentrációs problémákat a kérdezettek 15%-a említett, kommunikációs nehézségei minden tizedik kérdezettnek (9%) vannak.

13. ábra. Az egészségkárosodottak számára nehézséget okozó tevékenységek



A kérdezetteket arra is megkértük, hogy válasszák ki a számukra legnagyobb problémát jelentő tevékenységeket. Egyértelműen mozgásszervi problémák azok, amik a *legnagyobb nehézséget* okozzák a kérdezettek számára. Az említések gyakoriságát szemlélve az emelést és cipelkedést (32%), valamint a járást, lépcsőzést (28%) emelkedik ki legnagyobb arányban.

24. ábra. Az akadályozottsággal élők számára nehézséget okozó tevékenységek súlyosság szerint



A legsúlyosabb problémák vizsgálatakor úgy látjuk érdemes más szemszögből is megvizsgálni a kérdést, szem előtt tartva a tényt, hogy az egészségkárosodással élő népesség jellemzően többféle akadályozottsággal él együtt.

Ha az összes egészségkárosodással élő között vizsgálódunk, természetesen a sokakat érintő (mozgásszervi) problémák jelennek meg legsúlyosabbként. Érdemes ezért az egyes tevékenységeket aszerint is megvizsgálni, hogy az érintetteknek, vagyis akik számára nehézséget okoz az adott tevékenység, azok között hányan jelezték az adott problémát leginkább akadályozóként. Ebben a látószögben talán pontosabban látható, hogy melyek az érintettek számára a súlyosabb akadályozottságok. Olyan típusú akadályozottságokra derülhet tehát így fény, amelyek az egészségkárosodással élő népesség kisebb hányadát érintik, de az érintettek számára komoly problémát jelentenek. Ily módon a kommunikáció, visszaemlékezés és koncentráció ill. látásproblémák kerülnek fókuszba. Azok között, akiknek nehézséget jelent mások megértése illetve önmaguk másokkal való megértetése, egynegyedük (26%) ezt az akadályozottságot emelte ki mint legsúlyosabb problémát. Memória- és koncentrációs problémákkal küszködők között ugyanaz az arány 33%, a látáskárosodottak között pedig 30%.

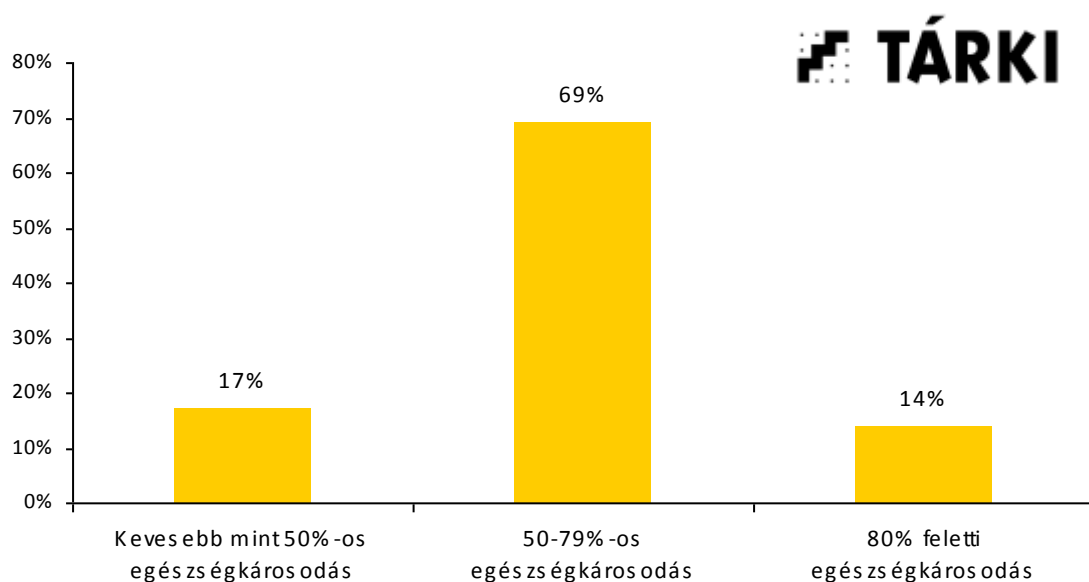
4. táblázat Problémát okozó nehézségek súlyossága (azok között akiknek nehézséget okoz az alábbiak)

	Legsúlyosabb problémaként említette (%)	Második legsúlyosabb problémaként említette (%)	Nem kiemelt problémaként említette (%)	Összesen (%)
Látás	30 %	12 %	58 %	100 %
Hallás	17 %	22 %	61 %	100 %
Járás, lépcsőjárás	44 %	22 %	34 %	100 %
Ülés, állás	15 %	19 %	66 %	100 %
Visszaemlékezés, koncentráció	33 %	20 %	47 %	100 %
Kommunikáció	26 %	33 %	41 %	100 %
Tárgyak megfogása, továbbítása	15 %	15 %	70 %	100 %
Emelés, cipekedés	39 %	32 %	29 %	100 %
Hajolgatás	11 %	26 %	63 %	100 %
Hirtelen mozdulatok	12 %	21 %	67 %	100 %

Forrás: D kutatás.

Az eddigiekben azt mutattuk be, hogy a megkérdezettek hogyan látják saját állapotukat, milyen problémákról, nehézségekről számoltak be. A következőkben a szakértői bizottságok (ORSZI ill. OOSZI) minősítésébe adunk bepillantást. Az adatfelvétel során nem kértük a kérdezettektől hivatalos dokumentumok bemutatását, így ezen információk esetében is a kérdezett emlékezetére kell hagyatkoznunk. A megkérdezettek beszámolója szerint döntő többségük (69%-uk) 50-79%-os egészségkárosodást (ill. munkaképesség-csökkenést) igazoló dokumentummal rendelkezik. 14% a 80% feletti egészségkárosodással élők, 17% egészségkárosodása (munkaképesség-csökkenése) 50% alatti.

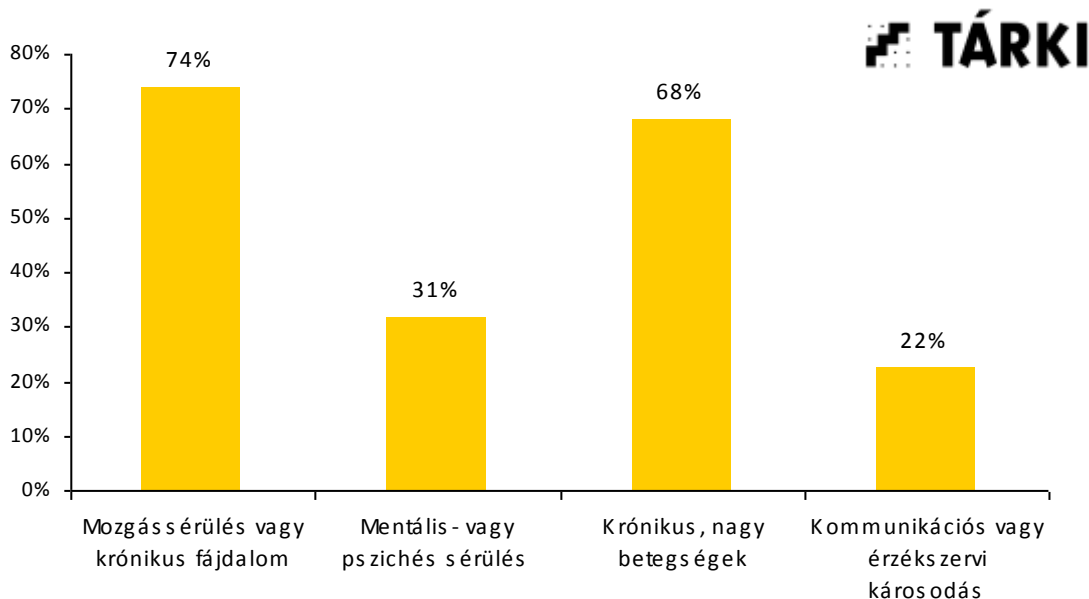
Az ORSZI által megállapított egészségkárosodás mértéke



■ Egészségkárosodott népesség (N=2045) Forrás: D kutatás

A szakértői bizottságok a négyből három személy esetében (74%) valamilyen mozgássérülést állapítottak meg. Ennél valamivel kisebb, 70% körüli azok aránya, akinek esetében az egészségkárosodást valamilyen krónikus, nagy betegséghez kapcsolódóan állapították meg. A megkérdezettek kb. egyharmada (31%) mentális vagy pszichés sérülést igazoló dokumentummal (is) rendelkezik. Minden negyedik célcsoportba tartozó személy (22%) kommunikációs vagy érzékszervi károsodással él.

Milyen jellegű sérültséget állapítottak meg Önnél?



■ Egészségkárosodott népesség (N=2045) Forrás: D kutatás

Zárásként egy a célcsoport identitását, azonosulását érintő kérdés megoszlását mutatjuk be. A mintába került személyektől megkérdeztük, hogy fogyatékos embernek tartják-e önmagukat. A 18-62 éves, magánháztartásban élő egészségkárosodottak csaknem kettőtörede, 38%-a tartja magát fogyatékosnak, szemben a teljes népességben tapasztalt 4%-os aránnyal. (5. táblázat) Mindössze 1% volt a bizonytalanok aránya, tízből hat kérdezett azt fejezte ki, hogy nem tartja magát fogyatékosnak, nem azonosítja magát ezzel a kifejezéssel.

5. táblázat. Az akadályozottsággal élők és a 18-62 éves népesség megoszlása aszerint, hogy fogyatékosnak tartja-e magát (%)

	Egészségkárosodással élők	Teljes népesség (18-62 évesek)
Igen	38%	4%
Nem	61%	96%
Nem tudja	1%	1%
Összesen	100 %	100 %

Forrás: D kutatás és TÁRKI Omnibusz, 2010. 11.