

# Az egészségkárosodott népesség helyzete Magyarországon

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

Budapest, 2011. június

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség  
[www.ujszechenyierv.gov.hu](http://www.ujszechenyierv.gov.hu)  
06 40 638 638



MAGYARORSZÁG MEGÚJUL



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

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

*Az elemzést készítette:*

**GÁBOS ANDRÁS  
TÁTRAI ANNAMÁRIA**

*Szakmai tanácsadó:*

**TAUSZ KATALIN**

TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Zrt.  
1112 Budapest, Budaörsi út 45.  
Tel.: 309 7676, Fax: 309 7666  
E-mail: [tarki@tarki.hu](mailto:tarki@tarki.hu)  
Internet: [www.tarki.hu](http://www.tarki.hu)

# Tartalom

<b>Vezetői összefoglaló .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Bevezetés .....</b>	<b>13</b>
Az adatfelvétel fő jellemzői .....	15
<b>2. A népesség fő jellemzői.....</b>	<b>18</b>
2.1. Társadalmi-demográfiai jellemzők.....	18
2.2. Az élettörténet legfőbb jellemzői.....	26
<b>3. Akadályozottságbeli helyzet és egészségi állapot .....</b>	<b>29</b>
3.1. Szubjektív egészségi állapot .....	29
3.2. Mindennapi akadályozottság .....	31
3.3 Az akadályozottság áthidalása .....	37
3.4. Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele .....	38
3.5. Adminisztratív minősítés.....	43
3.6. Fogyatékosok? .....	47
<b>4. A társadalmi kirekesztettség anyagi vetülete.....</b>	<b>49</b>
4.1 Az egészségkárosodott személyek és háztartásaik munkaerő-piaci helyzete.....	49
4.2. Jövedelmi helyzet és szegénység .....	58
4.3. Anyagi depriváció .....	62
4.4. Lakáskörülmények.....	66
4.5. EU2020 szegénységi cél elemzése az egészségkárosodottak körében .....	68
<b>5. Jóléti ellátások szerepe és az állammal kapcsolatos attitűdök.....</b>	<b>73</b>
5.1. Az egészségkárosodottsággal kapcsolatos pénzbeni ellátások szerepe az egyéni jövedelmekben.....	73
5.2. Szolgáltatásokhoz való hozzáférés .....	80
5.3 Az állam szerepével kapcsolatos attitűdök.....	82
<b>6. Foglalkoztathatóság .....</b>	<b>88</b>
6.1 Munkaképesség és személyes szándék .....	89
6.2. A munkakeresés akadályai.....	94
6.2. Munkába állást segítő program egy lehetséges célcsoportja .....	95
6.3. Képességek és munkatapasztalat.....	96
6.4. Az aktívak helyzete a munkaerő-piacon.....	96
<b>7. A társadalmi kirekesztettség nem anyagi vetülete .....</b>	<b>98</b>
7.1. Családi és baráti kapcsolatok .....	98

---

7.2. Munkahelyi és társas kapcsolatok, társadalmi aktivitás .....	107
7.3. Elégedettség, attitűdök, világnézet.....	114
7.4. Diszkrimináció.....	115
<b>Melléklet.....</b>	<b>117</b>

# Vezetői összefoglaló

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.

A két kutatás közül a D jelű vizsgálat azokat célozta, akik rendelkeznek egészségkárosodásukat igazoló orvosszakértői véleménnyel. Összesen 2045 kérdőív készült a 18-62 éves, magánháztartásban lakó népességből a szűrőszempontok szerint kiválasztott válaszadók körében. A kutatás adatfelvétele 2010. november-decemberében zajlott, véletlen sétával és szűrőkérdőív segítségével választva ki a válaszadókat. A terepmunka idején azonban világossá vált, hogy a mintavételi módszer kismértékű módosítására van szükség: a klasszikus véletlen séta mellett az ajánlásokkal segített kérdezés módszerét alkalmaztuk. A D kutatás célcsoportját azon 18-62 évesek képezték, akik rendelkeznek orvosszakértői bizottság által meghatározott munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal. A kutatás célcsoportjának megnevezésére az „egészségkárosodott”, „rokkant” és „megváltozott munkaképességű” népesség megnevezéseket szinonimaként használtuk.

A kutatás eredményeinek összefoglaló jellegű bemutatása előtt fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az egészségkárosodott népesség survey típusú vizsgálatának, legyen az átfogó vagy speciális fókuszú, jelentős társadalompolitikai hozadéka van. Annak érdekében, hogy az így nyert adatok minél jobban kontextusba helyezhetőek legyenek, tehát minél jobban összehasonlítható legyen a teljes társadalomra, illetve annak fontosabb társadalmi-demográfiai jellemzőkkel leírható csoportjaira vonatkozó eredményekkel, azt javasoljuk, hogy az egészségkárosodottak részmintája átfogó, a teljes vagy az aktív korú népesség körében végzett nagymintás felvételekből kerüljön kiválasztásra és e részminta megkeresésével történjen meg a megváltozott munkaképességűek részletes vizsgálata.

A kutatás fontosabb eredményeit az alábbiak szerint foglalhatjuk össze.

## ***A népesség általános jellemzői***

- A mintában női túlsúlyt tapasztaltunk, a megkérdezettek 58%-a volt nő, míg a 18-62 éves népességben ennél enyhébb, 52%-os a női túlsúly. 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 fe-

letti. A munkaképes korú rokkant népesség iskolázottsága lényegesen alacsonyabb, mint a megfelelő korú többségé: a rokkantak között igen jelentős a legfeljebb általános iskolát végzettek aránya, a megfelelő népesség körében tapasztalt egyötöddel szemben több mint egyharmad. Mindössze 20% az érettségizettek, 5% a diplomások aránya.

- 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 átlagosnál nagyobb a munkaképes korú rokkantak aránya.
- A rokkant népesség 20%-a él egyedül, csaknem egyharmaduk pedig párban. Összességében az egészségkárosodottak kétötöde él (nem csak kiskorú) gyermekével egy háztartásban. A nőtlenek, hajadonok aránya jelentősen alacsonyabb, mint a 18-62 éves teljes népesség 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.

#### ***Akadályozottságbeli helyzet és egészségi állapot***

- Az egészségkárosodottak 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.
- Az általunk vizsgált 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 pszichés 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.
- 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 százalék az érzékszervi, ill. kommunikációs problémákkal, a pszichés, értelmi akadályozottsággal, és egyéb vagy többféle akadályozottsággal élők aránya.

- Bár az egészségkárosodott népesség saját bevallása szerint sok mindent nem tud egyedül ellátni, többségük nem vesz igénybe *személyes segítséget* mindennapi tevékenységei során. Tízből négy személy (38%) támaszkodik személyes segítségre a mindennapokban. A segítők jellemzően közeli családtagok, akik egy háztartásban is élnek a megváltozott munkaképességű személlyel (84%).
- A megváltozott munkaképességűek 92%-a rendszeresen igénybe vesz valamilyen gyógyszeres, pszicho- vagy fizioterápiát, alternatív terápiákat vagy speciális élelmiszereket fogyaszt. Leggyakrabban gyógyszeres terápiát említettek (87%), fizioterápiát (fizioterápia, masszázs, gyógyfürdő, gyógytorna) tízből négy kérdezett említett, 16% pedig pszichoterápiát (is) igénybe vesz. Ezek a terápiák együttesen egy hónapban átlagosan 10.300 Ft-ot emésztene fel a családi költségvetésből.
- A megváltozott munkaképességű 18-62 éves népesség kb. hetede (14%) számolt be arról, hogy az elmúlt egy évben előfordult, hogy orvosi ellátásra lett volna szüksége, de nem vette azt igénybe. Az egyik legfontosabb egészségügyi rendszertől távol tartó tényező a roma identitás. A nem romákhoz viszonyítva, 1,8-szor nagyobb eséllyel fordul az elő, hogy egy orvosi segítségre szoruló roma személy nem vette igénybe az ellátást. Másik fontos tényező a lakóhely típusa. Fővárosi társaikhoz viszonyítva a vidékiek 1,7-2,5-ször nagyobb eséllyel maradnak távol a segítséget jelentő ellátástól.
- A megkérdezettek beszámolója szerint döntő többségük (69%-uk) 50-79%-os egészségkárosodást (ill. munkaképesség-csökkenést) megállapító ORSZI vagy OOSZI igazolással rendelkezik. További 14% a 80% feletti egészségkárosodással élőké, míg 17%-uk egészségkárosodása (munkaképesség-csökkenése) 50% alatti.
- Minél rosszabbnak ítélte a személy saját egészségi állapotát, annál magasabb a hivatalosan is igazolt egészségkárosodása. Az akadályozó tényezők közül a feltűnő deformitás, beszédnehézség, látássérülés, tartósan fennálló krónikus betegség, illetve fájdalomérzet jár együtt nagymértékű egészségkárosodást mutató minősítéssel. Az is látható, hogy minél fiatalabb korban szerzett akadályozottságról van szó, annál magasabb a szakértői bizottságok minősítése is.

#### ***A társadalmi kirekesztettség anyagi vetületei***

- Az egészségkárosodott népesség gazdasági aktivitása, már csak a népességnek a D kutatás során használt meghatározásánál fogva is, jelentős mértékben különbözik a 18-62 éves felnőtt népességétől. A megváltozott munkaképességűek háromnegyede nyugdíjas,

mely kategória magában foglalja a 71%-nyi rokkantnyugdíjast. A megkérdezettek 15%-a azonban dolgozik, ebből 12% alkalmazottként, felük (6%) részmunkaidőben.

- Az egészségkárosodottak körében nemcsak egyéni, hanem háztartásszinten is gyenge a munkaerő-piachoz fűződő kapcsolat: 100-ból 52 egészségkárosodott háztartásában egyáltalán nem él foglalkoztatott, míg ugyanez az arány a 18-62 éves felnőttek esetében 20%. A teljes egészében munka nélkül lévő háztartásokhoz tartozás esetében ugyanezt a helyzetet látjuk akkor is, ha nemcsak a kérdezés időpontját, hanem a teljes referenciaévet figyelembe vesszük. Ennek alapján, az egészségkárosodottak és háztartásaik kiszorulása a munkaerő-piacról nemcsak időleges, hanem tartósnak, állandónak mondható.
- Az egészségkárosodottak mintegy 2%-a nem rendelkezik egyéni jövedelemmel. A jövedelemmel rendelkezők körében a jövedelmek átlaga 63 ezer forint, mediánja pedig 59 ezer forint. A teljes 18-62 éves népességgel összehasonlítva az átlagos egyéni jövedelmet, az egészségkárosodottaké annak háromnegyedét sem éri el.
- A D kutatásbeli megváltozott munkaképességűek háztartásai jellemzően havonta 140 ezer forintból gazdálkodnak, ami 63 ezer forintos egy főre jutó és – OECD2-skálával számítva – 84 ezer forintos ekvivalens jövedelem-átlagot jelent. Mindezt a megfelelő korú népesség 186 ezer forintos háztartási szintű összjövedelmével, 72 ezer forintos átlagos háztartásjövedelmével, illetve mintegy 102 ezer forintos ekvivalens jövedelmével érdemes szembeállítani. A D kutatás esetében becsült jövedelmek minden számítás szerint alacsonyabbak nemcsak a teljes népességben megfigyeltnél, hanem a C kutatás esetében becsült összegeknél is.
- Az egy főre jutó háztartásjövedelemnek a teljes 18-62 évesekhez viszonyított arányát összevetve az egyéni jövedelmek átlagának hasonló mutatójával, láthatjuk, hogy az egészségkárosodottak relatív jövedelmi helyzete kedvezőbb akkor, ha a háztartás teljes jövedelmével számolunk. Emögött elsősorban az a tény húzódik meg, hogy az egészségkárosodottak a teljes népességhez képest idősebbek, nagyobb arányban élnek egy-egy személyes és pár típusú háztartásokban, így a háztartásuk átlagos létszáma is alacsonyabb a teljes népességben megfigyeltnél.
- Az egészségkárosodottak 23%-a tekinthető jövedelmi szempontból szegénynek. Ez az érték lényegesen magasabb, mint a referencianépességben tapasztalt eredmény: a 18-62 évesek 15%-a él a szegénységi küszöb alatt. Az egészségkárosodottak körében a szegénységi kockázat az átlagosnál magasabb az egyedülállók (32%), a gyermekes családokban élők (34%), a legfeljebb általános iskolát végzettek (31%), az Észak-Magyarországon (29%) és a Dél-Alföldön élők (28%) és a romák (56%) körében.



- Amennyiben a megváltozott munkaképességűek szegénységi kockázatát az egészségkárosodás mértéke szerint vizsgáljuk, megfigyelhetjük, hogy a szegénység kockázata mind a C, mind pedig a D kutatás esetében csökken az egészségkárosodottság mértékével. Eszerint a D kutatásban, az 50%-os egészségkárosodottságot el nem érők körében valamivel több, mint minden negyedik (28%), míg az 50%-nál nagyobb károsodottságot elszenvedők körében csak minden ötödik (20%) él alacsony jövedelmű háztartásban.
- Az anyagi deprivációnak az EUROSTAT által használt összetett jelzőszámai közül az anyagi depriváció (a háztartás legalább három elemei indikátor szerint deprivált) az egészségkárosodott népesség kétharmadát érinti. Ez az arány lényegesen magasabb, mint a TÁRKI Háztartás Monitor 2009 adataiból a 18-62 éves népességre becsült adat: 51%. Hasonló különbség mutatható ki az egészségkárosodottak és a referencia-népesség között a súlyos anyagi depriváció indikátorának használata mellett is (42%, szemben a 32%-kal). Az egészségkárosodott népesség súlyos anyagi depriváltsága nem mutat számottevő eltérést az egészségkárosodottság szintje szerint.
- A 18-62 éves, tehát aktív korú felnőtt népesség mintegy kétötödét érinti az Európai Unió által megfogalmazott szegénységi cél – a TÁRKI Háztartás Monitor 2009 adatfelvétele szerint (4.7 táblázat). Ezzel szemben a D kutatás által érintett egészségkárosodottak lényegesen nagyobb hányada, több mint 70%-a él ezzel a kockázattal, vagyis jövedelmi szegény, anyagilag deprivált vagy alacsony munkaintenzitású háztartás tagja.

### ***Jóléti ellátások szerepe és az állammal kapcsolatos attitűdök***

- Az adminisztratív minősítéssel rendelkező egészségkárosodottak 68%-a részesült az adatfelvétel idején rokkantsági nyugdíjban melynek a megvalósult mintából becsült átlagos összege közel 59 ezer forint. A minta egészét tekintve, a rokkantsági járadék a második leggyakoribb ellátás: az egészségkárosodottak 14%-a részesül ebben a juttatásban.
- Az ellátások igénybevétele és átlagos összege természetesen nagymértékben függ az egészségkárosodottság mértékétől. Az 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodással élők közül csak minden második (48%) részesül rokkantsági nyugdíjban, viszont magasabb körökben a rokkantsági járadék igénybevétele (21%). A legsúlyosabban (80% felett) károsodottak 83%-a részesül rokkantnyugdíjban, ellátásuk összege pedig 63 ezer forint, tehát közel 4 és fél ezer forinttal haladja meg az egészségkárosodottakra jellemző átlagos összeget. Ezzel párhuzamosan a rokkantsági járadék igénybevétele elmarad a D minta átlagától, ám összege mintegy 9 ezer forinttal meghaladja a becsült mintaátlagot. Kiemelkedően magas a 80%-os egészségkárosodással élők körében a fogyatékossági támogatásban/vakok személyi járadékában részesülők aránya (20%).

- Az egyéni jövedelem nagyságát tehát döntően a rokkantsági és baleseti ellátások teszik ki, összességében az egészségkárosodottak saját jövedelmének 82%-át. A 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodással élők körében ez az arány 74%, míg a legsúlyosabb helyzetben lévők, a 80% feletti egészségkárosodottak között ez a mutató már 90%. A rokkantsági nyugdíj a vizsgált népesség egyéni jövedelmének nagyobbik részét, átlagosan valamivel több, mint háromötödét (62%) teszi ki, a rokkantsági járadék ehhez 12%-ot tesz hozzá.
- Az egészségkárosodottak minden esetben inkább az erősebb, gondoskodóbb államot, társas támogatást preferáló attitűdökkel rendelkeznek. az egészségkárosodottak *ceteris paribus* inkább támogatják a szociális kiadások növelését, mint az adócsökkentést.

### **Foglalkoztathatóság**

- Az egészségkárosodással élő inaktív népesség<sup>1</sup> közel egynegyede (23%-a) gondolja úgy, hogy jelenlegi állapotában alkalmas lenne valamilyen típusú munkavállalásra. Továbbváltozós elemzés alapján elmondható, hogy a szakértői bizottságok által elismert nagyarányú egészségkárosodás/munkaképesség-csökkenés mértéke negatív, míg a szubjektív egészségi állapot pozitív kapcsolatot mutat azzal, hogy az érintett személy mennyire tartja magát képesnek a munkára. Azt is megfigyelhetjük, hogy minél nagyobb részt tesz ki az adott személy életéből a fizetett munkával töltött idő, annál inkább alkalmasnak tartja magát jelenleg is a munkavállalásra.
- Ami a munkavállalási szándékot illeti, az inaktívak egyharmada (33%) tud elképzelni olyan munkakörülményeket vagy munkavégzési formát, amely mellett hajlandó lenne dolgozni, ahogy ezt már bemutattuk, 23%-uk tartja magát képesnek a munkavégzésre. Az inaktívak kevesebb, mint egyharmada (27%) szeretne jelenleg munkát vállalni. Az elmúlt két évben 18%-uk kísérelt meg munkát szerezni, jelenleg 12%-uk keres állást. A munkaügyi központok nyilvántartásában jelenleg 9%-uk szerepel.
- Mindezek alapján a jelenleg inaktívakat négy csoportba sorolhatjuk: tízből hat személy (60%) egyáltalán nem tartja magát alkalmasnak a munkavállalásra és nem is szeretne dolgozni, 13% képesnek tartja magát a munkára, de nem szeretne dolgozni, 15%-uk szeretne dolgozni, de jelenleg nem keres munkát, míg 12% tekinthető aktív álláskeresőnek.
- Minden más feltétel azonossága mellett azt mondhatjuk, hogy az egyéb városokban élők munkakeresési motivációja jóval nagyobb a budapestiekénél, és az 50 év feletti generáció munkavállalási hajlandósága szignifikánsan alacsonyabb a fiatalabbakénál. Az anyagilag

---

<sup>1</sup> Akik a teljes egészségkárosodott népesség 85%-át teszik ki.

deprivált háztartások tagjai inkább szeretnék munkát vállalni. A jónak ítélt egészségi állapot természetesen szintén növeli a hajlandóságot, de nem találtunk azonban kapcsolatot a munkával töltött évek arányával, az akadályozottságban töltött évek arányával.

- Azoknak, akik szívesen dolgoznának, de nem keresnek állást, kb. 65%-a 50-79%-os egészségkárosodással él, 20%-uk minősítése 50% alatti, 14%-uké pedig a 80%-ot is meghaladja. Csak 13%-uk kerül ki a 40 évnél fiatalabbak köréből, a derékhad (52%) 40-54 éves. Körükben az összes inaktív válaszaihoz viszonyítva még inkább kiemelkedő, 60% körüli azok aránya, akik az álláslehetőségek hiányára hivatkoznak, a legmarkánsabb különbség azonban az, hogy többségük (60%-uk) úgy érzi iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő a munkavállaláshoz. Ez az arány az összes inaktív között mindössze 19% volt.
- Az inaktív, munkát nem keresők közel fele szerint egyáltalán nincsenek munkalehetőségek azon a környéken, ahol ők élnek és nagyjából ugyanennyien vannak, akik nem ismernek szükségleteiknek megfelelő munkalehetőségeket (45%). Az inaktív egészségkárosodott népességen belül 20-30% azok aránya, akik azért nem keresnek munkát, mert attól tartanak, hogy munkába állás esetén elveszítenék jelenlegi jövedelmük, vagy támogatásaik egy részét. Minden ötödik érintett úgy érzi, hogy nincs megfelelő képzettsége ahhoz, hogy munkába álljon, 17% pedig a közlekedési lehetőségek hiányára hivatkozik. Jelentős, szintén egyötöd körüli azok aránya, akik azt állítják, családjuk és barátaik lebeszélük őket arról, hogy munkába álljanak. 10% azok aránya, akik esetleges munkába állásuk esetén diszkriminációtól tartanak.

#### ***A társadalmi kirekesztettség nem anyagi vetületei***

- A rokkant népesség 80%-ának van olyan barátja, akivel többé-kevésbé rendszeresen találkozik. A megváltozott munkaképességűek baráti kapcsolatai jellemzően összeszövődnek a nem egészségkárosodott népességgel. 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.
- 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.
- A megváltozott munkaképességű élő aktív korú magyar lakosság társadalmi kapcsolatait, és ezáltal társadalmi beilleszkedésüket, nem fenyegeti az egészség-alapú „szegregáció”.

Emellett, a gyermekkori, iskolai életút során sem volt jellemző az egészségkárosodottak elkülönülése, elszigetelődése.

- Más viszont a helyzet a munkahelyi kapcsolatok esetében: amellett, hogy az egészségkárosodással élő népességnek csak töredéke aktív, ezen belül is csak alig több mint egyharmaduk (36%) dolgozik teljesen integrált munkahelyen, azaz ahol a kollégái közül senki sem megváltozott képességű, míg további egyharmaduk (32%) munkahelyén pedig legfeljebb a munkavállalók kis része megváltozott munkaképességű.
- Az egészségkárosodással élők társas kapcsolatai a megfelelő korú népességhez hasonlóan nem szervezetekben, egyesületekben zajlanak. Politikai párt vagy szervezet tevékenységében százból 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, illetve más betegségekkel kapcsolatos szervezeteket. Ilyen szervezet munkájában százból öt kérdezett vett részt az elmúlt 12 hónapban.
- Az egészségkárosodottak valamivel elégedetlenebbek eddigi életükkel, jövőbeli kilátásaikkal és életszínvonalukkal, mint a teljes népesség aktív korú része.
- Az egészségkárosodással élő népesség 36%-a emlékszik olyan esetre, amikor akadályozottsága miatt hátrányos megkülönböztetés áldozatává vált. A diszkrimináció leggyakrabban a munkavállalás (27%), és az egészségügyi ellátás igénybevétele (15%), valamint a közlekedés (16%) során éri őket.

# 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 zajlott. 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, azonos mintavételi módszert alkalmazva, véletlen sétával és szűrőkérdőív segítségével választva ki a válaszadókat.<sup>2</sup> Mindkét minta esetében adminisztratív forrásokból származó adatok alapján<sup>3</sup>, 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.

---

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

A két kutatás összehangolt megtervezésén és kivitelezésén túl az adatok elemzését és az eredmények bemutatását célzó gyorsjelentések, illetve a zárótanulmányok elkészítése nagymértékben egységes szerkezetet követ. Tanulmányunk mindkét kutatás esetében kitér a minta főbb szocio-demográfiai jellemzőinek bemutatására, a mintába kerültek egészségi állapotának, munkaerő-piaci, jövedelmi helyzetének és életkörülményeinek leírására, az inaktív csoportok foglalkoztathatósági esélyeire, továbbá attitűdjeik, társadalmi kapcsolataik feltérképezésére és diszkriminációval kapcsolatos tapasztalataikra.

Zárótanulmányunkban 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, illetve az egészségkárosodott 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.

Mielőtt 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 „leszállékolt” vagy „rokkant” névvel illetik, a szociálpolitikai szóhasználatban leginkább a „megváltozott munkaképességű” megnevezés uralkodó, a sajtóban jellemzően a „rokkantnyugdíjas” szó szerepel. A kutatás fókuszában álló népeséget 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”, „rokkant” 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” népességgént írunk le. Másrészt az „egészségkárosodott” vagy „egészségkárosodással élő” terminológia a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (korábban Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet, ORSZI) szóhasználatához 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.

A bemutatott eredmények esetében a kerekítés miatt előfordulhat, hogy egyes kérdésekben a lehetséges válaszlehetőséget választók százalékos aránya kismértékben eltér a 100%-tól.

## Az adatfelvétel fő jellemzői

### A MINTA KIALAKÍTÁSA A KUTATÁS TERVEZÉSEKOR

A kialakított mintavétel többlépcsős, rétegzett valószínűségi minta.

Elsőként a kiemelt településekre valamint a megyékre/régiókra és azon belüli településtípusra eső elemszámok kerültek kiszámításra arányosan a Nyugdíjfolyósító Intézet 2008. évi adatai alapján. A számítások során a kor alatti rokkantsági nyugdíjban részesülők, valamint a megváltozott munkaképességűek számának összegét használtuk.

A budapesti kerületek és a 78 ezer feletti lakossággal rendelkező városokat kiemelten kezeltük, ezek a települések mindenképp részei voltak a mintának.

A mintavétel első lépcsőjében kerültek kiválasztásra a nem kiemelt települések. Ezeket a településeket településrétegenként (vagyis egy régión és településtípuson belül) PPS (méretarányos valószínűségi mintavételi eljárás) segítségével választottuk ki.

A településrétegen (vagyis régión/megyén és településtípuson) belüli az egyes településekre jutó elemszámot az adott rétegre eső elemszám egyenlő elosztásával számítottuk ki. Így biztosítható, hogy az egyes településeken élők mintába kerülési valószínűsége egyenlő legyen.

Az adatfelvétel megvalósíthatóságának érdekében ki kellett zárjuk a mintavételi mechanizmusból azokat a településeket, ahol a hivatalos 2008. évi adatok szerint nagyon alacsony a mintavételi keretbe tartozók száma vagy aránya, és így rendkívül nehéz a megtalálhatóságuk az adott személyeknek. A reális megvalósíthatóság érdekében azon településeket zártuk ki, ahol kevesebb, mint 60 célcsoportnak megfelelő személy élt, vagy a 18-62 éves népességben belül a célcsoportba tartozók aránya nem érte el az 5%-ot.

Kivételt azoknak a településeknek az esetében tettünk, ahol ugyan kevesebb, mint 60 célcsoportba tartozó személy élt, de ők a 18-62 éves népesség több mint 15%-át tették ki. Ezen településeknek megadtuk az esélyt a településmintába való bekerülésre.

A fenti két korrekció következtében a célcsoportba tartozó személyek 7,9%-át veszítettük el.

A mintavétel második lépcsője a településen belüli háztartás és azon belüli személy választása. A mintába kerülő háztartások kiválasztása véletlen sétával történt. A módszer lényege, hogy a kérdező nem neveket, címeket kap, csupán egy kiindulópontot, egy bejárando útvonalat, és az útvonalon a mintába bekerülő lakások kiválasztásának algoritmusát határoztunk meg számára.

Azokban a háztartásokban, ahol élt 18-62 éves személy, szűrőkérdőív segítségével tudtuk meg, hogy a mintába kerülhetett-e az adott személy.

### **AJÁNLÁSOKKAL SEGÍTETT KÉRDEZÉS**

Az adatfelvétel első részteljesítését követően úgy láttuk, az adatfelvétel kezdetén meghatározott szabályok megtartása mellett nehezen kivitelezhető az adatfelvétel befejezése.

Bár a mintát az ellátásban részesülők száma alapján alakítottuk ki, a terepen szinte fellelhetetlenek voltak a célcsoportba tartozó személyek. Ennek több oka volt:

- az ellátásban részesülőkről használt ONYF statisztikát "felhúzták" az intézményi háztartásban élő ellátottak,
- előfordult, hogy egy háztartáson belül több, a célcsoportba tartozó személy is él, akik közül csak egy kérdezhető, de az ilyen háztartások szintén torzították az ONYF adatbázisát a kutatás mintavétele szempontjából;
- az adatfelvétel idején került napvilágra két, korrupcióval gyanúsított ORSZI-szakértő ügye, mivel felmerült a járadékokra való jogosultság felülvizsgálata, ami néhány körzetben rontotta a válaszadási hajlandóságot.

Úgy láttuk, hogy az adatfelvétel a D kutatás esetében csak akkor megvalósítható, ha minimális beavatkozással változtatunk a megkeresés szabályain. A módosított megkeresés továbbra is a véletlensétás módszerre épül: a véletlensétával felkeresett háztartásokban, függetlenül attól, hogy a szűrőkérdés alapján a mintába kerülnek vagy sem, a kérdezők megkérdezték, hogy tudnak-e a településen olyan személyről, aki a mintába kerülés feltételeinek tudomásuk szerint megfelel. Az ajánlott, mintának megfelelő személyeket a kérdezők felkeresték, és a szűrőkérdőív segítségével ellenőrizték, hogy valóban megfelel-e a feltételeknek. Amennyiben megfeleltek, elkészítették az interjút. Egy véletlensétával felkeresett háztartás több személyt is ajánlhatott, ám közülük csak egy kerülhetett a mintába. Ha több személyt ajánlott a háztartás, akkor a legközelebb lakó ajánlott személyt keresték fel. Ezáltal biztosítottuk, hogy az ajánlott kérdezett a legközelebb legyen az eredeti sétaútvonalhoz.



Egy ilyen – ajánlás segítségével szervezett – sikeres interjú után a kérdezők tovább folytatták a véletlensétát. Tehát a hólabdás mintavétellel összehasonlítva fontos különbség, hogy azok a kérdezetek, akikhez ajánlás útján jutottunk el, nem ajánlhattak további személyeket.

Az adatfelvétel összesen 193 településen 185 kérdező közreműködésével történt.

Az adatfile-on változó különíti el azokat az eseteket, amelyeket ajánlás segítségével sikerült megtalálni.

### 1.1. táblázat. A D kutatás megvalósulásának fontosabb jellemzői

Felkeresett címek száma	19410	
Elkészült kérdőívek száma	2045	
Véletlensétás módszerrel elkészült kérdőív	1494	73%
Ajánlásokkal segített kérdezés	551	27%

Forrás: D kutatás.

A két mintavételi módszerrel bekerült személyek megoszlása nem különbözik a legfontosabb demográfiai változók, így a nem, az iskolai végzettség, a korcsoport szerint. Szintén nem mutatható ki különbség az egészségkárosodás mértékében.

## 2. A népesség fő jellemzői

### 2.1. Társadalmi-demográfiai jellemzők

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 (2.1. táblázat).

2.1. 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.

Nem meglepő, hogy az egészségkárosodott népesség korfeloszlása a 18-62 éves *korcsoporton* belül az idősebb kohorszok felé tolódik el: mindössze 10% a 40 évnél fiatalabbak aránya, három-negyedük 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 derékhadra elérje az öregségi nyugdíjkorhatárt.

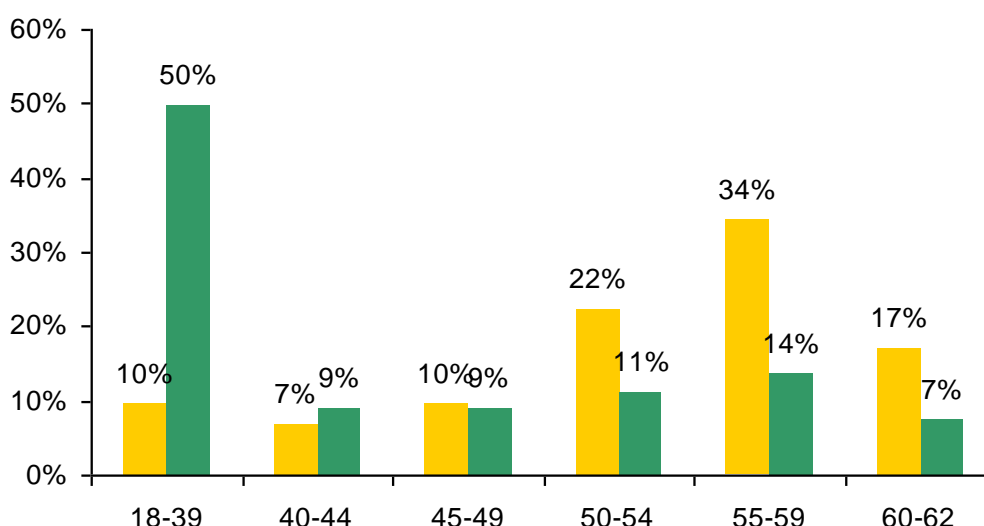
Az egyes korcsoportokba tartozók nem térnek el egymástól jelentősen se nem, se iskolázottság, se pedig a lakóhely településtípusa szerint, de régió tekintetében már találunk megemlíthető különbségeket. Az egészségkárosodással élők legidősebb korcsoportja, az 55-62 évesek legalacsonyabb arányban a Dél-Alföldön és a Dél-Dunántúlon élnek (47-47%), míg legmagasabb arányban Közép- és Nyugat-Dunántúlon (57-57%). (M1. táblázat)

Szintén jelentős különbségeket találunk az egészségkárosodottak korosztályi megoszlásában aszerint, hogy a kérdezett orvosszakértői igazolása 50% alatti vagy feletti egészségkárosodottságáról szól: míg a legfiatalabbak kötött csak minden 11. egészségkárosodott (9%) rendelkezik 50%-nál nagyobb egészségkárosodást megállapító orvosszakértői véleménnyel, addig a legidősebb korcsoportban már több mint minden második (55%). A nagy ugrás a súlyosabb állapotot

bizonyító igazolással rendelkezők arányában az ötvenes generáción belül van: míg az 50-54 évesek között csak minden ötödik akadályozottnak van ilyen igazolása állapotáról (21%), addig a néhány évvel idősebbek, az 55-62 évesek körében két és félszer többen (54%) rendelkeznek 50% fölötti egészségkárosodást igazoló papírral (M1. táblázat).

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

### Korcsoportok szerinti megoszlás



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

■ 18-62 éves népesség (N=1649) Forrás: TÁRKI Omnibusz 2010/11-12

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. Körükben mindössze 20% az érettségizettek és 5% a diplomások aránya (2.2. ábra).

A megváltozott munkaképességűek iskolázottsága számos jellemzőjük mentén eltérő. Így például a nők között magasabb a legfeljebb általános iskolát végzettek aránya (39%), mint a férfiak között (31%), de az érettségizettek is nagyobb arányban kerülnek ki a nők közül (nők: 25%, férfiak: 14%). Ezzel szemben a férfiak között majdnem 20 százalékponttal magasabb a szakmunkás végzettségűek aránya (50%), mint a nők körében (31%). Az életkor szerint eléggé homogén az

egészségkárosodottak iskolázottsága az érettségi szintjéig, azaz a különböző korcsoportok nem térnek el egymástól számottevő mértékben iskolázottság szerint. Annyi azért kiemelő, hogy a 40 év alattiak körében találjuk a legfeljebb 8 osztályt végzetteket a legnagyobb arányban (44%), míg a következő korosztályban, a negyvenesek között pedig a legalacsonyabb arányban (33%), de a náluk idősebbek között is ehhez hasonló az iskolázatlanok részesedése (37% és 35%). (M2. táblázat)

A lakóhely településtípusa is jelentősen befolyásolja az iskolai végzettség alakulását: a települési hierarchiában a községtől a főváros felé haladva egyre nő a magasabb végzettségűek és csökken az alacsonyan iskolázottak aránya. Így például míg a budapesti egészségkárosodottak tizede (11%) diplomás, addig a községben élőknek csak 3%-a; illetve míg a községben élő akadályozottak közel fele végzett csak legfeljebb nyolc osztályt (45%), addig a budapestieknek csak negyede sorolható ide (24%). A legalacsonyabb végzettségűek körében lényegében ugyanez a különbség áll fenn a közép-magyarországiak (26%) és az észak-alföldiek és észak-magyarországiak (43-43%) között, míg a diplomások esetében szintén a legmagasabb arányt felmutató közép-magyarországiak (8%) és nyugat-dunántúli egészségkárosodottak (3%) között. (M2. táblázat)

Az etnikai hovatartozás is kapcsolatot mutat az iskolai végzettséggel az egészségkárosodással élők esetében is: míg tízből nyolc-kilenc rokkant roma (85%) rendelkezik legfeljebb általános iskolai végzettséggel, addig a nem roma egészségkárosodottaknak csak a harmada (33%). Emiatt nem meglepő, hogy a romák minden más iskolázottsági szinten jelentős hátrányban vannak a nem romákkal összevetve az egészségkárosodással élőkön belül is: a nem romák nyolcada (13%), a romák 40%-a rendelkezik szakmunkás végzettséggel, azaz itt háromszoros a különbség a nem romák javára, az ennél magasabb végzettségűek körében viszont ennek sokszorososa. Míg ugyanis a nem roma egészségkárosodással élők 21%-ának legmagasabb végzettsége érettségi, és 5%-uknak diploma, addig a roma egészségkárosodottak 2%-a rendelkezik középfokú végzettséggel, azaz hátrányuk 10-szeres itt, diplomás roma pedig nem is került a mintába (M2. táblázat).<sup>4</sup>

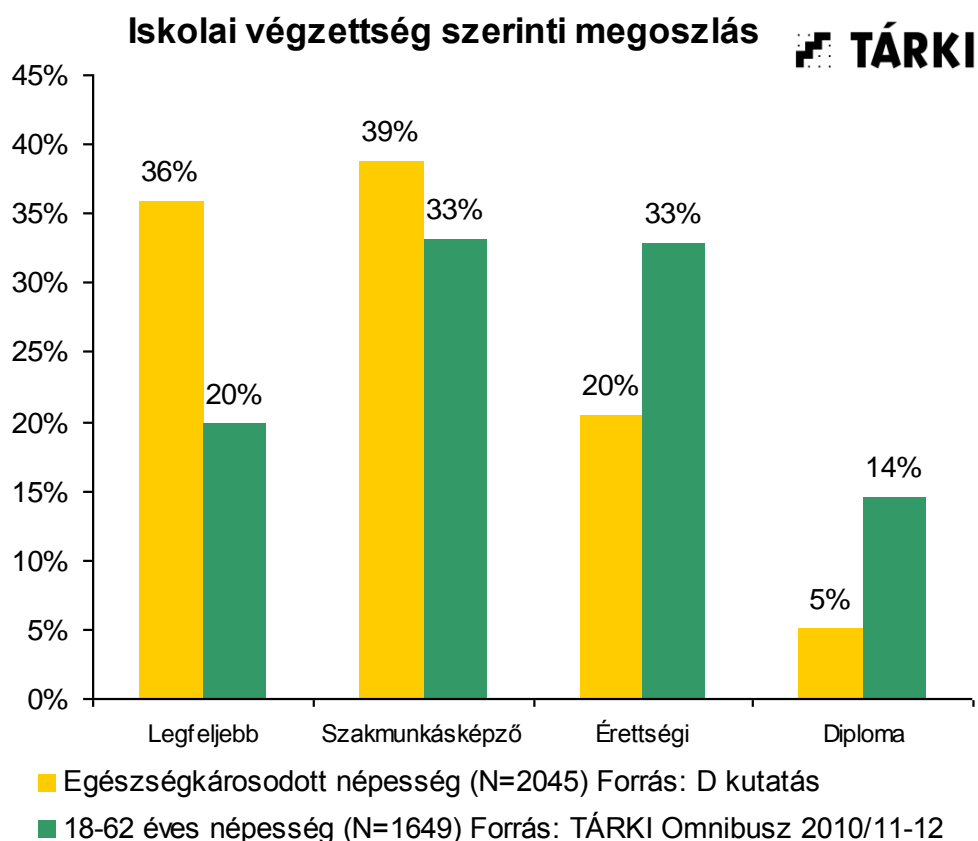
Az egészségkárosodással élők iskolázottság szerinti megoszlását számos olyan tényező is befolyásolhatja, ami az egészségi állapotukkal, illetve ebből fakadó intézményes múltjukkal vagy jelenükkel van összefüggésben. Ilyen tényező lehet az, hogy milyen életkorban szembesült a kérdezett először a jelenlegi akadályozottságát okozó problémájával, hogy van-e egészségkárosodásáról orvosszakértői véleménye, hogy élt-e valaha bentlakásos intézményben, volt-e állami gondozott gyerekkorában illetve van-e jelenleg gondnoka. Ezekkel a kérdésekkel részletesebben alap-

<sup>4</sup> A roma identitásúak aránya az egészségkárosodottak között közel azonos a teljes népességben tapasztalt aránnyal. (6% ill. 8%)

vetően a következő (al)fejezetekben foglalkozunk (2.2. és 3. fejezet), de mivel ezek a tényezők az iskolai végzettséget jelentős mértékben befolyásolhatják, ezért az összefüggések szintjén előljáróban itt is figyelembe vesszük ezeket a kérdéseket.

Akik már születésük óta élnek egészségkárosodottként jellemzően alacsonyabb végzettségűek: több mint felük (54%) legfeljebb általános iskolát végzett, szemben a teljes egészségkárosodott népesség 36%-os átlagával; valamivel több mint ötödük (22%) szakmunkás végzettségű, ami szintén jóval elmarad a rokkant népesség egészének 39%-os átlagától. Ugyanakkor csak 17%-uk legmagasabb végzettsége érettségi és 7%-uké főiskola, egyetem, ami csak 3 és 5 százalékponttal alacsonyabb, mint az átlagos értékek. Az orvosszakértői véleményben megállapított egészségkárosodás mértéke (azaz hogy az 50% alatti vagy feletti) ill. az iskolai végzettség között nem mutatható ki kapcsolat. Az állami gondozott háttér viszont nagy befolyással van a megszerzett iskolázottság szintjére: az egykor állami gondozottként nevelkedők kétharmadának legmagasabb végzettsége nyolc osztály (66%), ami közel kétszerese a nem állami gondozottak arányának (35%). A középfokú végzettségűek között pedig már több mint kétszeres a különbség a két csoport között, immár az állami gondozottak hátrányára (16% és 39%), diplomás pedig nincs is a valahai állami gondozott egészségkárosodott válaszadók között. Nem tapasztalunk azonban ekkora iskolázottságbeli különbségeket aszerint, hogy a kérdezett élt-e valaha bentlakásos intézményben: kicsit magasabb ugyan körükben is a legfeljebb alapfokon iskolázottak aránya (42% vs. 36%), valamint a legfeljebb érettségit szerzők részesedése (12% vs. 21%), de nem olyan nagyok az eltérések, mint az előbbi kérdésekben. Végül, a gondnokoltak iskolázottsági hátránya is nagyon látványos: több mint felüknek legfeljebb nyolc osztálya van (55%), szemben a nem gondnokoltak egyharmadával (34%), így tehát az ennél magasabb végzettségűek között arányuk jelentősen elmarad a nem gondnokolt egészségkárosodottakhoz viszonyítva (M3. táblázat).

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



Ahogy erről már korábban néhány szót ejtettünk, az iskolai végzettségbeli lemaradás elsősorban az egészségkárosodással élő nőkre kiemelten jellemző négytizedük maximum 8 általános végzettséggel rendelkezik, összesen 70%-uknak nincs érettségije. 25% az érettségizett, 5% a felsőfokú végzettségűek aránya (2.2. táblázat).

2.2. táblázat. Az egészségkárosodottak megoszlása nem és iskolázottság szerint

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

Forrás: D kutatás.

Az egészségkárosodással élő férfiak jellemző iskolai végzettsége a szakma (50%) illetve az általános iskola, a nőkhez hasonlóan alacsony (5%) a felsőfokú végzettségűek aránya, de az érettségizettek is mindössze 14%. Az egészségkárosodott férfiak négyötödének érettségénél alacsonyabb végzettsége van.

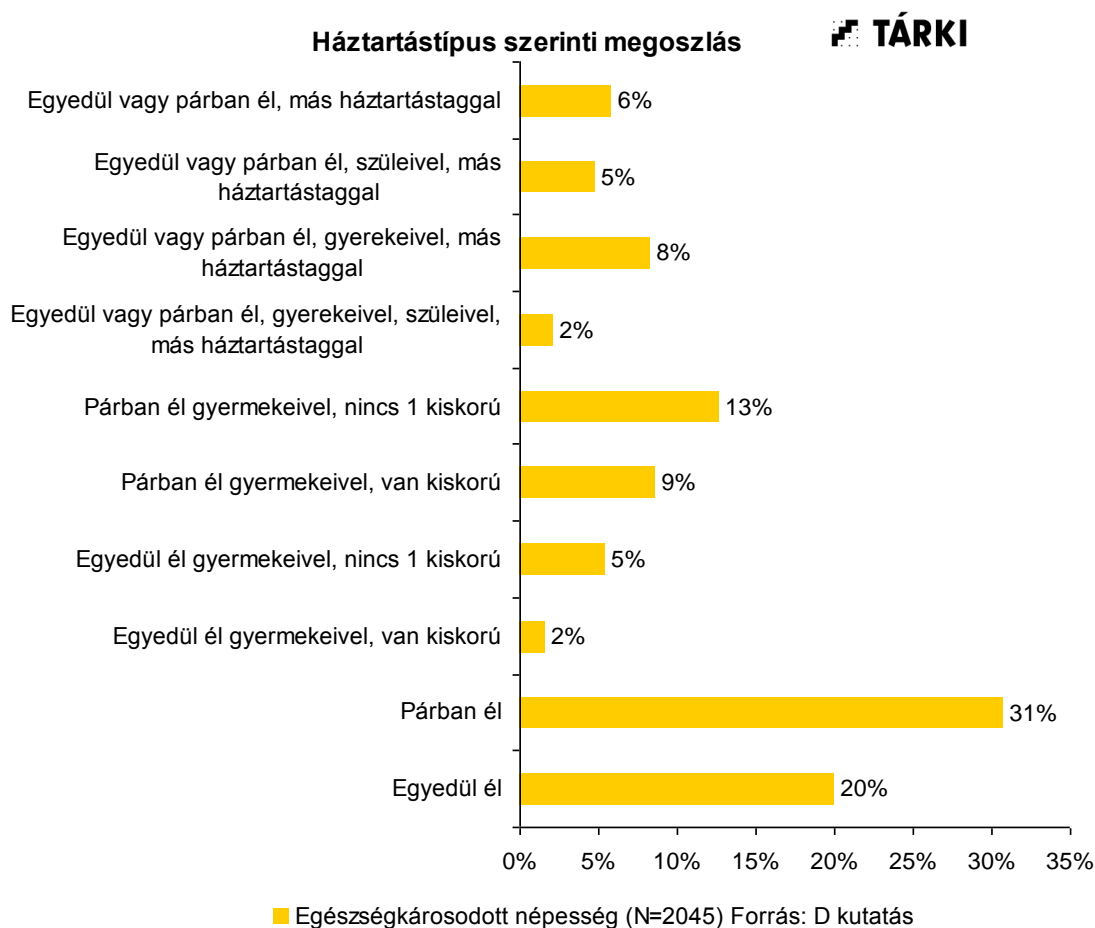
Ha a megváltozott munkaképességű népesség lakóhelyét vizsgáljuk, megállapítható, hogy a 18-62 évesek átlagánál nagyobb arányban élnek megyeszékhelyeken és falvakban. A területi megoszlást figyelve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében valamint Baranya és Tolna megyében figyelhető meg sűrűsödés, de Békés és Csongrád megyében is nagyobb a munkaképes korú rokkantak aránya. A főváros és Pest megye képezi e tekintetben az ellenpontot, itt jelentősen alacsonyabb arányokat tapasztalhatunk.<sup>5</sup>

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. (2.3. ábra)

---

<sup>5</sup> A területi megoszlásra vonatkozó információk nem a D kutatás adatfelvételéből származnak, hanem a Nyugdíjfolyósító Intézet 2008. évi adatai ill. a 18-62 éves népesség területi megoszlása alapján számítottak.

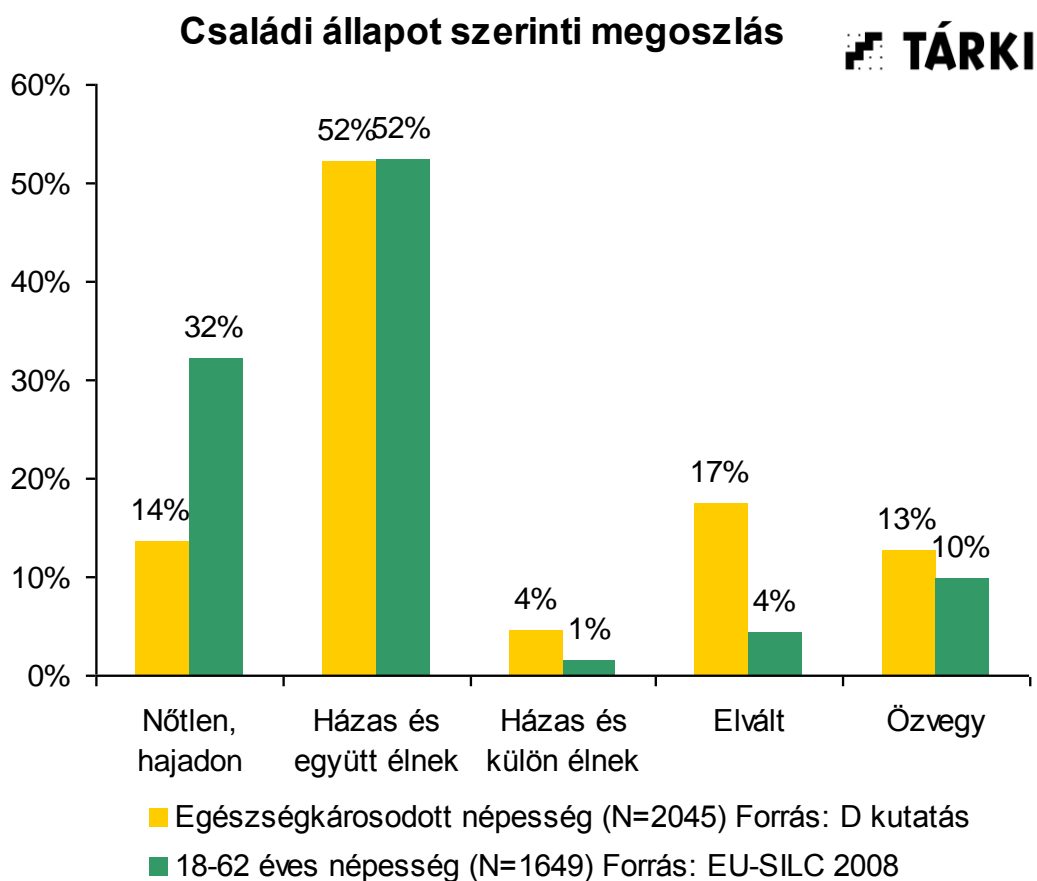
2.3. ábra Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség háztartástípus szerint – a háztartásban élő felnőttek és kiskorú gyerekek száma alapján



A családi állapotot vizsgálva nem meglepő, hogy a nőtlenek, hajadonok aránya jelentősen alacsonyabb, mint a 18-62 éves teljes népesség 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. (2.4. ábra)



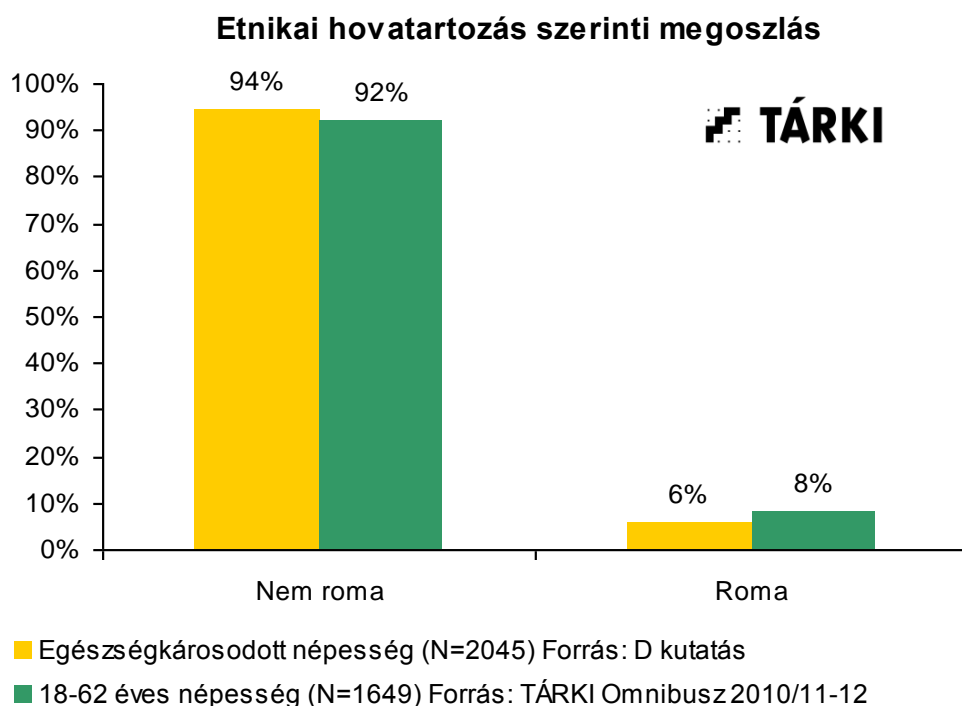
2.4. ábra Az egészségkárosodottak és a teljes 18-62 éves népesség családi állapot szerint



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 első- vagy másodsorban cigánynak, míg a 18-62 éves teljes népesség körében 8% a romák aránya a kérdezőbiztos besorolása alapján (2.5. 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 hasonlóak, mint ahogy a legutóbbi ún. országos cigánykutatás során 2003-ban is a romák aránya a teljes magyar népességen belül (azaz nem csak a 18-62 éves korosztály) 6%-át tette ki.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Kemény I. – Janky B. – Lengyel G. 2004: A magyarországi cigányság 1971–2003. Budapest: Gondolat – MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet.

2.5. 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, illetve 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 egészségkárosodottak 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.

Az életút egészének felvázolását is megkíséreltük a kutatás során, annak ellenére, hogy ez igen összetett és a sok átfedés miatt nem is annyira lineáris történet, mint amennyire egy átlagokra építő aggregált módszertannal ez leírható. Ezen nehézségek ellenére a következőkben röviden

bemutatjuk azt, hogy az egészségkárosodással élők 15 éves koruktól kezdve összességében átlagosan hány évig jártak iskolába, hány évet dolgoztak (eddig), hány évet töltöttek munkanélküliként, rokkantnyugdíjasként (vagy rokkantjáradékosként), szülési/gyermekgondozási szabadságon illetve gyesen, valamint egyéb inaktívként.

A 15 éves koruk óta eltelt időben az egészségkárosodottak átlagosan 2 évet tanultak még, majd a legtöbb időt fizetett munkával töltötték: átlagosan 22 évet foglalkoztak ezzel, és ebben nincsen eltérés az 50% alatti és feletti egészségkárosodással rendelkezők között. Inaktívként ehhez képest kevesebb évet töltöttek: munkanélküliként átlagosan 1 évet, rokkantnyugdíjasként átlagosan 9 évet, gyermekszüléssel vagy –neveléssel kapcsolatban 2 évet, egyéb inaktívként pedig 1 évet. Az előzőekhez hasonlóan az egészségkárosodás foka szerint ezek közül egyikben sincs számottevő különbség. (2.3. táblázat)

**2.3. táblázat. Az egészségkárosodással élők életútja: 15 éves koruk óta hány évet töltöttek a különböző státuszokban?**

	összesen		50% alatti egészségkárosodással rendelkezők		50% feletti egészségkárosodással rendelkezők	
	<i>N</i>	<i>évek átlaga</i>	<i>N</i>	<i>évek átlaga</i>	<i>N</i>	<i>évek átlaga</i>
Tanulással	1988	2,2	337	2,1	1613	2,2
Fizetett munkával	1993	21,7	334	20,9	1623	21,9
Munkanélküliként	1936	1,2	327	1,6	1573	1,1
Rokkantnyugdíjasként, rokkantjáradékosként	1992	9,3	333	7,3	1621	9,8
Szülési/gyermekgondozási szabadságon	1919	2,1	326	2,5	1558	2,0
Egyéb inaktívként	1889	1,0	316	1,0	1538	1,1

Forrás: D kutatás.

Ha az egyes státuszokban eltöltött átlagos évek számát a kérdezett lakóhelye szerint bontásban vizsgáljuk, akkor feltűnő, hogy a fővárosiak a máshol lakóknál átlagosan egy-két évvel többet dolgoztak, ugyanakkor egy évvel kevesebbet töltöttek rokkantnyugdíjasként vagy rokkantjáradékosként. Ez utóbbi a leghosszabban az észak-alföldiek körében jellemző: az itt élők átlagosan közel 10 éve rokkantnyugdíjasok, de a többi régióban élők se maradnak el ettől sokkal.

Az etnikai hovatartozás is befolyásolja, hogy ki hány évet töltött átlagosan tanulással, munkával vagy különböző inaktív státuszokban. A romák ugyanis 15 éves koruk után átlagosan 1 évvel rövidebb ideig tanultak, 6 és fél évvel kevesebbet dolgoztak, 2 évvel tovább voltak munkanélküliek, 1 évvel hosszabb ideje rokkantnyugdíjasok- vagy járadékosok, és közel 2 évvel hosszabb ideig voltak egyéb inaktív státuszban (2.4. táblázat).

**2.4. táblázat. Az egészségkárosodással élők életútja: 15 éves koruk óta hány évet töltöttek a különböző státuszokban? Az évek átlagos száma a kérdezett lakóhelye és etnikai hovatartozása szerint**

	Tanulással	Fizetett munkával	Munkanélküliként	Rokkantnyugdíjas-ként, -járadékos-ként	Szülési/gyermekgon-dozási szabadságon	Egyéb inaktívként
<b>Település típusa</b>						
Budapest	2,8	22,9	0,7	8,3	1,9	1,0
megyeszékhely	3,1	21,3	1,0	9,3	2,2	0,6
város	2,2	21,8	1,3	8,9	2,0	1,0
község	1,7	21,5	1,4	9,9	2,2	1,2
Összesen	2,2	21,7	1,2	9,3	2,1	1,0
<b>Régió</b>						
Közép Magyarország	2,7	22,7	0,9	8,7	1,7	0,9
Közép Dunántúl	2,3	22,6	1,0	9,1	2,2	0,5
Nyugat Dunántúl	1,9	24,5	0,8	8,8	2,1	0,3
Dél Dunántúl	2,6	21,3	1,4	8,5	2,0	1,2
Észak Magyarország	1,9	21,9	1,5	9,1	2,1	1,2
Észak Alföld	1,9	20,3	1,5	10,5	2,5	1,3
Dél Alföld	2,2	21,0	1,2	9,3	2,1	1,2
Összesen	2,2	21,7	1,2	9,3	2,1	1,0
<b>Etnikai hovatartozás</b>						
Nem roma	2,3	22,1	1,1	9,2	2,1	0,9
Roma	0,9	15,7	3,4	10,1	2,4	2,7

Forrás: D kutatás.

## 3. Akadályozottságbeli helyzet és egészségi állapot

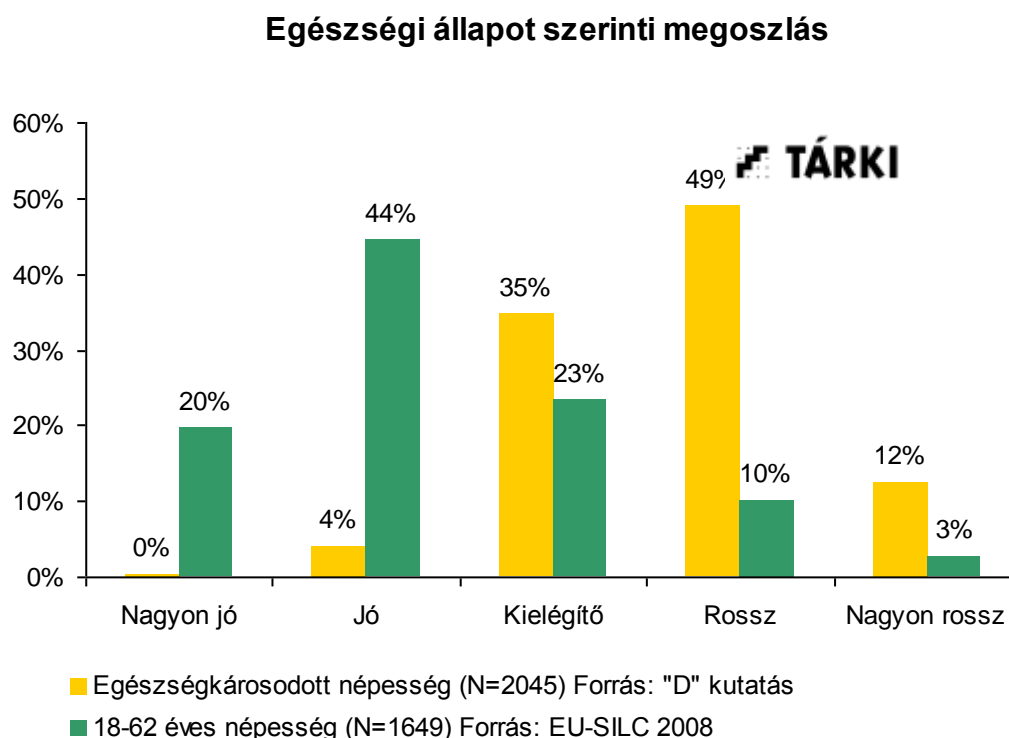
Ebben a fejezetben elsőként az egészségi állapot néhány szubjektív mutatóját, valamint az orvosszakértői bizottságok kategóriarendszerét követő osztályozás eredményét mutatjuk be. Ezt követően az egészségkárosodásból fakadó mindennapi akadályozottság területére adunk bepillantást, majd szót ejtünk arról, hogy milyen eszközökkel, illetve milyen típusú segítséget igénybe véve igyekeznek az érintettek áthidalni a fejezet első felében bemutatott nehézségeiket.

### 3.1. Szubjektív egészségi állapot

A lakosságra vonatkozóan számos egészségi mutató számítható és mutatható be, mi most elsőként a legegyszerűbb, és emellett az egyik legjobban magyarázó mutatóval foglalkozunk: a szubjektív egészségi állapottal. A mintába került személyeket megkértük arra, hogy ítélik meg, egészségi állapotuk nagyon jó, jó, kielégítő, rossz, vagy nagyon rossz.

Összességében nem meglepő, hogy 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 (3.1. ábra). Az egészségkárosodottak egyharmada nyilatkozott úgy, hogy egészségi állapota kielégítő, míg felük már rossznak, egytizedük pedig nagyon rossznak tartja azt.

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



A fent bemutatott szubjektív egészségi állapot (kétfváltozós kapcsolatokat vizsgálva) különbözik nők és férfiak, különböző iskolai végzettségűek, különböző életkorú személyek között, és természetesen azzal is erősen korrelál, hogy mekkora a megváltozott munkaképességű személy hivatalosan is elismert munkaképesség-csökkenése/egészségkárosodása.

A fenti tényezők hatását lineáris regressziós modellben vizsgáltuk, hogy el tudjuk különíteni a magyarázó változók közötti hatásokat, illetve ki tudjuk szűrni, ha egy változó hatását a többi modellben szereplő változó kioltja. A szubjektív egészségi állapotot 1-5-ös osztályzatokként kezelve magas mérési szintű függő változóként építettük a modellbe. A magyarázó változók szintén (a nem kivételével) minimum ordinális mérési szintűek. A modell magyarázóereje szignifikáns, ám szerény, 6%-os.

Várakozásainknak megfelelően a hivatalosan is elismert munkaképesség-csökkenés mértéke negatív kapcsolatban áll a szubjektív egészségi állapottal, minél nagyobb munkaképesség-csökkenés áll fent, annál rosszabb a kérdezett saját egészségét illető szubjektív megítélése. Szintén nem meglepő, hogy az életkor előrehaladtával is csökken az egészség-élmény. Ennél érdekesebb, hogy e változók hatását kontroll alatt tartva is megmarad a nem és az iskolai vég-

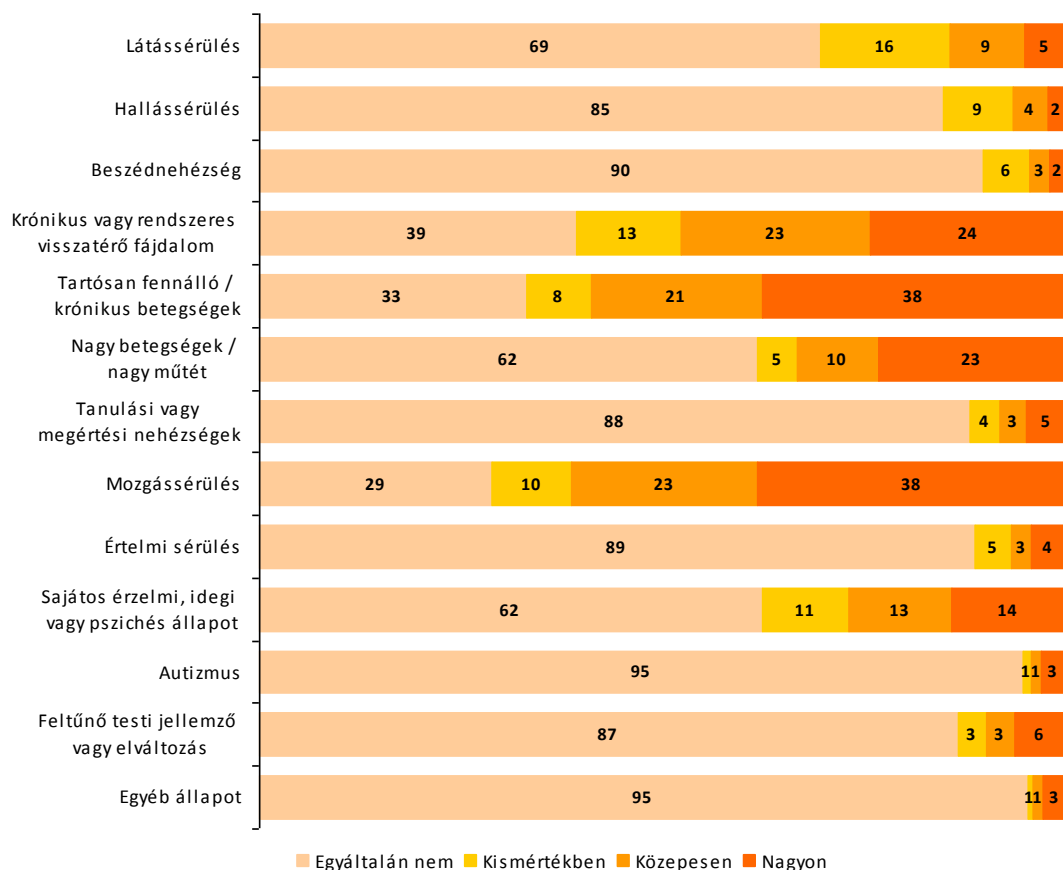
zettség hatása. A nők a férfiakénál rosszabbnak ítélik egészségi állapotukat, míg az iskolai végzettség növekedésével javul az egészségi állapot – a három eddig ismertetett változó hatását kontroll alatt tartva is.

Ha beépítjük a modellbe a kérdezett etnikai hovatartozását is, változatlanul 6%-os a megmagyarázott hányad, ám kitűnik, hogy a fenti magyarázó tényezők mellett a roma identitás megléte is szignifikáns erővel bír. Azok, akik romának vallották magukat, rosszabb egészségi állapotról számoltak be, mint a nem roma egészségkárosodottak (Melléklet M4. táblázat).

### 3.2. Mindennapi akadályozottság

Az egészségkárosodással élő népesség körében jellemzően mozgásszervi problémák (71%), tartósan fennálló, krónikus betegségek (67%) valamint krónikus vagy rendszeres fájdalom (61%) jelenik meg akadályozó tényezőként (3.2. ábra). A megváltozott munkaképességűek 31%-a látássérülésről, 15%-a hallássérülésről, 10%-a beszédnehézségről számolt be. Sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés 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.

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

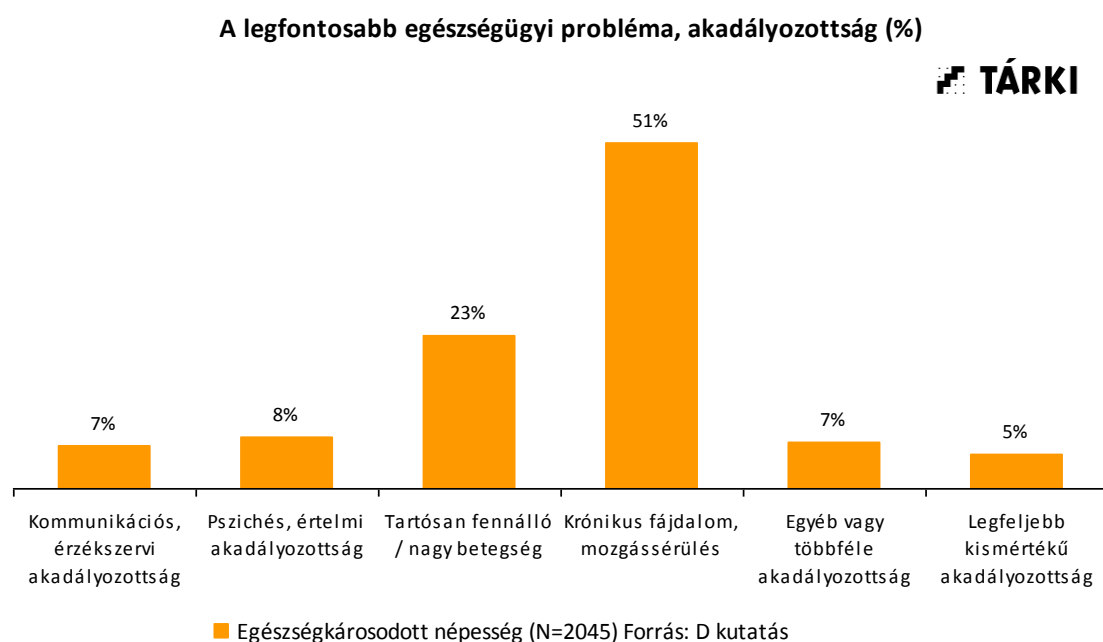


Forrás: D kutatás.

Legfontosabb akadályozó tényezőként (a vizsgált népesség kb. felét érintően) krónikus fájdalom, illetve mozgássérülés jelentkezett (3.3. ábra). A második legnagyobb csoport a krónikus betegségekől szenvedőké, minden negyedik kérdezett számára ez jelentkezik legfontosabb problémaként. 7-8 százalék az érzékszervi, illetve kommunikációs problémákkal, a pszichés, értelmi akadályozottsággal, és egyéb vagy többféle akadályozottsággal élők aránya.



## 3.3. ábra. Az egészségkárosodottak számára leginkább akadályozó tevékenységek



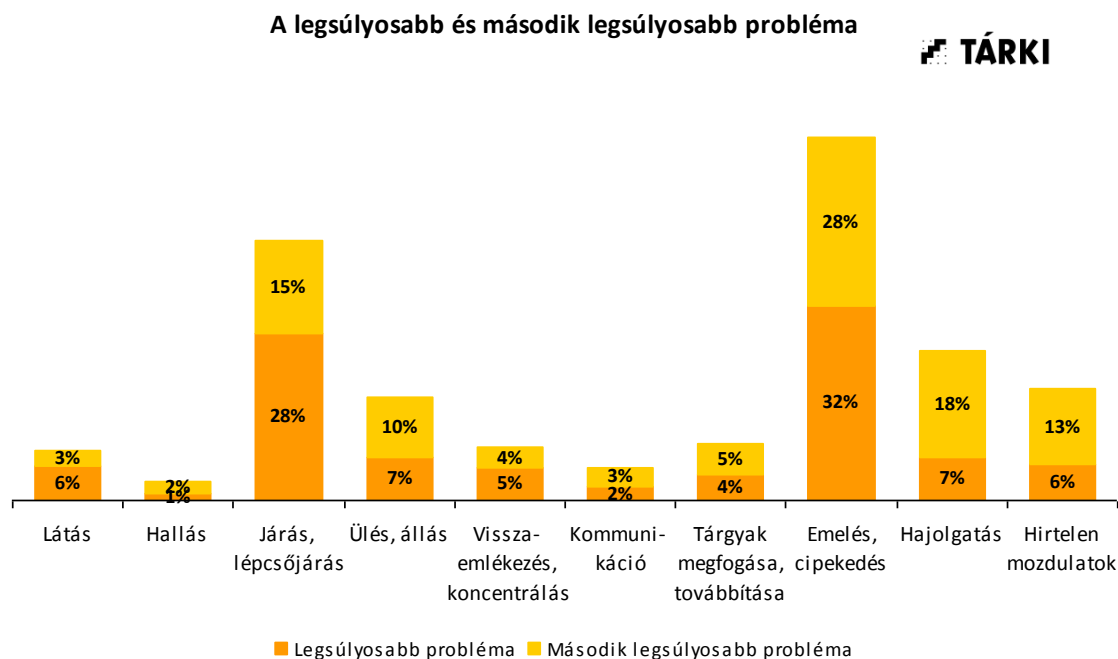
A megváltozott munkaképességűek számára leggyakrabban a mindennapi életvitelhez elengedhetetlen mozgással kapcsolatos tevékenységek jelentenek problémát: a járás, lépcsőn járás, emelés, cipekedés, hajlogatás, hirtelen mozdulatok, ülés vagy állás (3.4. ábra). Ezen tevékenységek valamelyikét a kérdezettek 89%-a említette. Emelés, cipekedés 78% számára jelent problémát, a járás, lépcsőzés, hajlogatás 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.

## 3.4. 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 (3.5. ábra). Az említések gyakoriságát szemlélve az emelés és cipekedés (32%), valamint a járás, lépcsőzés (28%) emelkedik ki legnagyobb arányban.

3.5. ábra. Az egészségkárosodással 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 egészségkárosodottak jellemzően többféle akadályozottsággal élnek együtt.

Ha az összes egészségkárosodással élő között vizsgálódunk, természetesen a sokakat érintő, mozgással kapcsolatos tevékenységekben való akadályozottság valamely formája jelenik meg legsúlyosabbként. Érdemes ezért az egyes tevékenységeket aszerint is megvizsgálni, hogy az érintettek milyen arányban jelezték az adott tevékenységet leginkább akadályozóként. Amennyiben így járunk el, látható hogy melyek az érintettek számára a legsúlyosabb 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, illetve a látásproblémák kerülnek előtérbe (3.1. táblázat). Azok egynegyede (26%), akiknek nehézséget jelent mások megértése, illetve önmaguk másokkal való megértetése, ezt az akadályozottságot emelte ki mint legsúlyosabb problémát. Memóriazavarokkal, illetve koncentrációs problémákkal küszködők között ugyanez az arány 33%, a látáskárosodottak között pedig 30%.

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

	Legsúlyosabb problémaként említette (%)	Második leg-súlyosabb problémaként említette (%)	Nem kiemelt problémaként említette (%)	Ösz-szesen (%)
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.

A magyarországi akadálymentesítés szerényebb előrehaladásáról árulkodik, hogy a vizsgált népesség kb. egynegyede (24%) számára 2010-ben komolyabb nehézséget okoz, hogy bejusson a lakókörnyezetében lévő fontosabb intézményekbe, épületekbe (3.2. táblázat). A megkérdezettek csaknem egytizede (9%) nyilatkozott úgy, hogy szinte minden esetben nehézséget, 15% az esetek többségében nehézségekbe ütközik, további 30% számára csak az esetek kisebbik részében nehéz a bejutás, a legszerencsésebb 47% nem szembesül ilyen problémával. A dunántúli régiók lakosainak véleménye ebben a tekintetben sokkal inkább kedvező, a legtöbb problémáról az észak-magyarországi, dél-alföldi és észak-alföldi személyek számoltak be (3.3 táblázat). Megállapíthatjuk azt is, hogy a településtípusok között nem mutatkozik ebben a tekintetben szignifikáns különbség.

**3.2. táblázat Mekkora nehézséget okoz bejutni a lakókörnyezetében lévő fontosabb intézményekbe, épületekbe? (%)**

	%
Egyáltalán nem okoz nehézséget	47
Többnyire nem okoz nehézséget, de néha igen	30
Többnyire nehézséget okoz	15
Szinte minden esetben nehézséget okoz	9

Forrás: D kutatás.

**3.3. táblázat Mekkora nehézséget okoz bejutni a lakókörnyezetében lévő fontosabb intézményekbe, épületekbe – régiók szerint (%)**

	Közép Magyar- ország	Közép Dunántúl	Nyugat Dunántúl	Dél Dunántúl	Észak Magyar- ország	Észak Alföld	Dél Alföld
Egyáltalán nem okoz nehézséget	44	51	56	61	37	43	48
Többnyire nem okoz nehézséget, de néha igen	31	32	25	24	36	30	28
Többnyire nehézséget okoz	16	11	8	10	17	19	14
Szinte minden esetben nehézséget okoz	9	6	11	6	10	9	10

Forrás: D kutatás.

### 3.3 Az akadályozottság áthidalása

Bár az egészségkárosodott népesség saját bevallása szerint sok mindent nem tud egyedül ellátni, többségük nem vesz igénybe *személyes segítséget* mindennapi tevékenységei során. Tízből négy személy (38%) támaszkodik személyes segítségre a mindennapokban. A segítők jellemzően közeli családtagok, akik egy háztartásban is élnek a megváltozott munkaképességű személlyel (84%). A segítségben részesülők 15%-a említett a háztartáson kívül élő családtagot vagy barátot, mindössze százból egy személy veszi igénybe hivatásos segítő szolgáltatait.

Négyből három kérdezett nem használ mindennapi tevékenységei során támogató *segédeszközöket*. 24% említett valamilyen eszközt. Ez a csoport kb. évente 12000 Ft-ot költ ezekre a segédeszközökre. Csaknem kétharmaduk (62%) kapott állami támogatást az eszköz vásárlásához. Sokak számára azonban egyszeri, nagyobb költségek is jelentkeznek. Hétből egy személy esetében (14%) otthonának átalakítására is szükség volt.

### 3.4. Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele

A megváltozott munkaképességűek 92%-a rendszeresen igénybevesz valamilyen gyógyszeres, pszicho- vagy fizioterápiát, alternatív terápiákat vagy speciális élelmiszereket fogyaszt. Leggyakrabban gyógyszeres terápiát említettek, a megkérdezettek 87%-áról mondható ez el, fizioterápiát (fizioterápia, masszázs, gyógyfürdő, gyógytorna) tízből négy kérdezett említett, 16% pedig pszichoterápiát (is) igénybe vesz (3.4. táblázat). Alternatív terápiákat (mint pl. akupunktúra, reiki) a vizsgált népesség mindössze 5%-a említett, speciális élelmiszereket pedig 10%-uk szokott fogyasztani.

#### 3.4. táblázat Milyen terápiákat vesz igénybe?

	%
Gyógyszeres terápiát	87
Pszichoterápiát	16
Fizioterápiát	38
Alternatív terápiákat	5
Speciális élelmiszereket fogyaszt	10

Forrás: D kutatás.

A két nem közötti különbségeket vizsgálva láthatóvá válik, hogy a nők a leggyakrabban említett mindhárom típusú terápiát valamivel gyakrabban veszik igénybe, mint a férfiak. Arányaiban legnagyobb különbség a pszichoterápia tekintetében mutatkozott, a nők 19%-a, míg a férfiaknak csak 12%-a említette, hogy ilyen típusú segítséget igénybe venne (3.5. táblázat). A fizioterápia esetében ennél kisebb különbséget tapasztaltunk: a nők 41%-ával szemben a férfiak 33%-a jár ilyen típusú kezelésekre. A gyógyszerek tekintetében mutatkozott a legkisebb (ám szintén szignifikáns) különbség: a nők 89%-a, míg a férfiak 83%-a vesz igénybe ilyen terápiát.

**3.5. táblázat Milyen terápiákat vesz igénybe?**

	Nő	Férfi
Gyógyszeres terápiát	89	83
Pszichoterápiát	19	12
Fizioterápiát	41	33

Forrás: D kutatás.

Nem meglepő, hogy az idősebb, 50 feletti korosztály jellemzően gyógyszeres terápiát (89%) vesz igénybe, míg a fiatalabb generációk körében az alternatív terápiák jelennek meg az országos aránynál valamivel nagyobb arányban (8, ill. 7%). (3.6. táblázat)

**3.6. táblázat Milyen terápiákat vesz igénybe?**

	18-35 éves	36-50 éves	51-62 éves
Gyógyszeres terápiát	76	83	89
Pszichoterápiát	21	22	14
Fizioterápiát	29	32	40
Alternatív terápiákat	8	7	4

Forrás: D kutatás.

A településtípusok között vizsgálódva igazán markáns eltérésként az körvonalazódott, hogy a Budapesten élő egészségkárosodott népesség a vidékiekhez viszonyítva jóval ritkábban számolt be arról, hogy pszichoterápiát igénybe venne, ellenben az alternatív terápiákat (17%), illetve a speciális élelmiszerek fogyasztását (16%) az országos átlagnál jóval gyakrabban említették (3.7. táblázat).

**3.7. táblázat Milyen terápiákat vesz igénybe?**

	Budapest	Város	Község
Gyógyszeres terápiát igénybe vesz?	84	84	90
Pszichoterápiát igénybe vesz-e	12	19	14
Alternatív terápiákat igénybe vesz	17	4	4
Speciális élelmiszereket fogyaszt	16	10	9

Forrás: D kutatás.

Ebben a tekintetben a legalább középfokú végzettségűek adatai hasonló kiugrást mutatnak: speciális élelmiszerek fogyasztása az országos 10%-os említési aránnyal szemben a diplomások között 25%, az érettségizettek körében pedig 14% (3.8. táblázat). Az alternatív terápiaik esetében még inkább kiugró a diplomások közötti említési arány: 21%. A gyógyszerfogyasztás, illetve a pszichoterápia tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség a különböző végzettségűek között, a fizioterápia tekintetében viszont kisebb eltérés szintén tapasztalható: az érettségizettek 44, a diplomások 45%-a vesz igénybe ilyen szolgáltatást, szemben a maximum 8 általánost végzettek 33%-os, a szakmunkások 37%-os arányával.

Az országban mutatkozó területi különbségek közül a luxuskiadásnak számító speciális élelmiszerek fogyasztását emelhető ki. Míg a Dunától nyugatra, illetve Közép-Magyarországon ez az arány mindenhol legalább 12%-os, Észak-Magyarországon 8-, Észak-Alföldön 5-, a Dél-Alföldön pedig 9%-os arányt mértünk (3.9. táblázat).

**3.8. táblázat Milyen terápiaikat vesz igénybe?**

	Legfeljebb 8 általános	Szakma	Érettségi	Diploma
Fizioterápiát igénybe vesz	33	37	44	45
Alternatív terápiaikat igénybe vesz	2	4	8	21
Speciális élelmiszereket fogyaszt	6	10	14	25

Forrás: D kutatás.

**3.9. táblázat Milyen terápiaikat vesz igénybe?**

	Közép Magyar-ország	Közép Dunántúl	Nyugat Dunántúl	Dél Du-nántúl	Észak Magyar-ország	Észak Alföld	Dél Alföld
Pszichoterápiát igénybe vesz-e	12	12	19	16	14	15	25
Fizioterápiát igénybe vesz	34	42	35	39	37	32	47
Alternatív terápiaikat igénybe vesz	12	6	1	5	3	3	4
Speciális élelmiszereket fogyaszt	12	13	13	14	8	5	9

Forrás: D kutatás.



## KIADÁSOK

Abban a döntő többségben, ahol az egészségkárosodott személy igénybe vesz valamilyen terápiát, mindezen terápiák együttesen egy hónapban átlagosan 10.300 Ft-ot emésztnek fel a családi költségvetésből (3.10. táblázat). Figyelembe véve hogy a medián jövedelem a vizsgált népesség körében 125.500 Ft volt, látható, hogy az érintett háztartás bevételeinek közel egytizedét (8%) költi az egészségkárosodott személy rendszeres ellátásaira. Figyelembe véve, hogy az érintett háztartások több mint egynegyedében (27%) a mintába került személyen kívül más akadályozottsággal élő személy is él, (és hogy a korábban bemutatott kiadások csak a mintába került személyre vonatkoztak!), helyesebb, ha becslésünket alsó becslésnek tekintjük, és minimum 8-10%-os kiadási arányról beszélünk az érintett háztartásokban.

Annak ellenére, hogy a nemek, korcsoportok, településtípusok, régiók, különböző végzettségi kategóriák között számos különbséget tapasztaltunk a szolgáltatások igénybevételének tekintetében, ha a költségek oldaláról közelítjük meg ezt a kérdést jóval egyszerűbb a képlet: egyedül az iskolai végzettség mentén mutatkoznak különbségek. A kapcsolat iránya sem meglepő: legtöbbet, átlagosan több mint 15 ezer forintot a diplomások költenek az egészségi állapotukhoz köthető fogyasztásra, őket az érettségizettek követik 10.400 Ft-os átlagos kiadással. A legfeljebb 8 általánost végzettek, és a szakmunkások egészségi kiadása pedig valamivel 10.000 Ft alatt mozog. (átlagértékek: 9.950, ill. 9.960 Ft).

**3.10. táblázat Terápiás szolgáltatások költségei iskolázottság szerint (Ft)**

Iskolázottság	Terápiás szolgáltatások költségei iskolázottság szerint (Ft)
Legfeljebb nyolc általános	9.954
Szakmunkásképző	9.961
Érettségi	10.373
Diploma	15.250
Összesen	10.300

Forrás: D kutatás.

Mindezen terápiákat jellemzően a háziorvos, illetve OEP által finanszírozott szakrendelőben kapott beutalás, illetve receptfelírás előzi meg. A valamilyen terápiát igénybevevők között 77% szá-

molt be arról, hogy jellemzően háziorvoshoz, 74% pedig jellemzően szakrendelésre jár. Kórházi kezelést ennél jóval kevesebben, 37% szokott igénybe venni (3.11. táblázat).

### 3.11. táblázat Hol kezelik?

	%
Kórházba jár	37
Szakrendelésre jár	74
Magánrendelésre jár	6
Háziorvoshoz jár	77

Forrás: D kutatás.

A vizsgált népesség anyagi helyzetéről az is árulkodik, hogy országos viszonylatban mindössze 6%-uk jár magánrendelésre. Az eddigiek ismeretében az sem meglepő, hogy az iskolai végzettség ebben a tekintetben erősen szegmentál: a felsőfokú végzettségűek 17%-a, az érettségizettek 9%-a, a szakmunkások 6%-a, míg a legalacsonyabb végzettségűeknek mindössze 4%-a vesz igénybe ilyen magánrendelést.

Az iskolai végzettség hatásával hasonló erősségű összefüggés mutatkozott a korról: a 35 évnél fiatalabbak jóval gyakrabban tesznek ilyen kezeléseket: 17%-uk. A 36-50 évesek között ez az arány 9%, az 51-62 évesek között pedig 5%.

## AZ ELLÁTÁSOKBÓL KIMARADÓK

A megváltozott munkaképességű 18-62 éves népesség kb. hetede (14%) számolt be arról, hogy az elmúlt egy évben előfordult, hogy orvosi ellátásra lett volna szüksége, de nem vette azt igénybe.

Logisztikus regresszió segítségével vizsgáltuk meg, hogy melyek azok a tényezők, amelyek növelik az egészségügyi ellátásból való kiszorulás kockázatát. Magyarázó változóink a nem, a korcsoport, az iskolai végzettség, a településtípus, az etnikai identitás (roma/nem roma), az egészségkárosodás mértéke, a háztartásban élő akadályozott személyek száma, az anyagi depriváció mellett azt is beépítettük a modellbe, hogy az adott személy hány évesen szembesült elsőként akadályozottságát okozó problémájával. (lásd a Melléklet M5. táblázatát)

A modell vizsgálata alapján azt tapasztaltuk, hogy az egyik legfontosabb egészségügyi rendszertől távol tartó tényező a roma identitás. A nem romákhoz viszonyítva, 1,8-szor nagyobb eséllyel fordul az elő, hogy egy orvosi segítségre szoruló roma személy nem vette igénybe az ellátást.

Budapesthez viszonyítva jól megmutatkozik a vidéken élők magasabb kockázata. Fővárosi társaihoz viszonyítva 1,7-2,5-ször nagyobb eséllyel maradnak távol a segítséget jelentő ellátástól. Az egészségkárosodás mértékét a modellbe építve az is láthatóvá válik, hogy jellemzően azok maradnak távol az ellátástól, akiknek kisebb az állam által elismert egészségkárosodásuk. A további állapotromlás megelőzése érdekében ennek a csoportnak tehát kiemelt figyelmet kellene kapnia. Az is megmutatkozott, hogy az egészségkárosodással élő nők gyakrabban maradnak távol az orvostól, mint férfi társaik. Az anyagilag deprivált háztartások tagjai másfélszer nagyobb valószínűséggel maradnak otthon, ha ellátásra van szükségük, mint azok, akik szerencsésebb anyagi helyzetben élnek. A háztartásban élő fogyatékos személyek magasabb száma is növeli annak kockázatát, hogy az érintett személy nem veszi igénybe az orvosi ellátást. Az életkor ebben a tekintetben nem mutatkozott elsődleges magyarázó tényezőként.

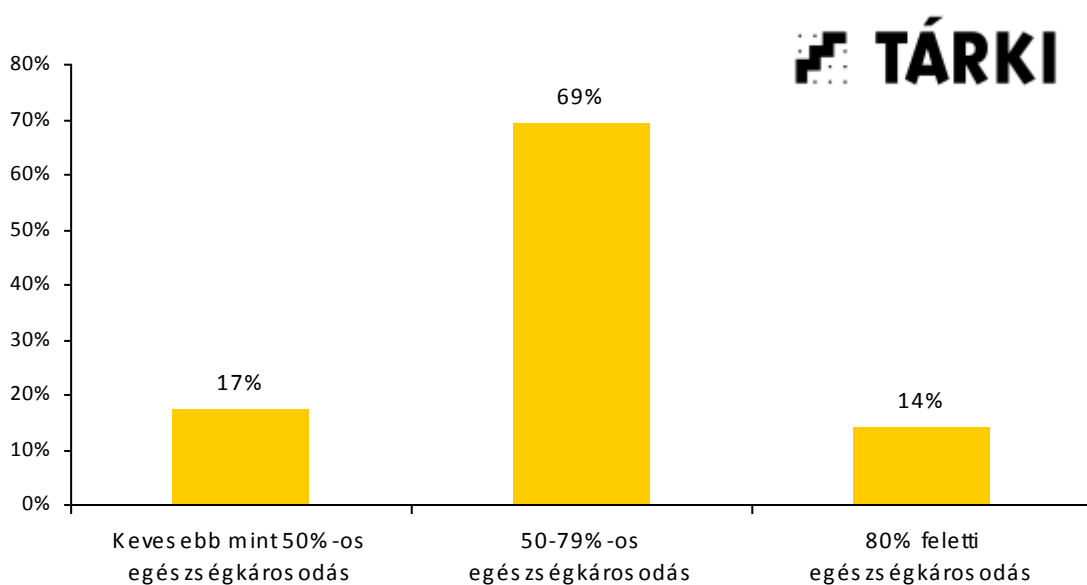
A fent bemutatott esetekben két igazán gyakran említett oka volt annak, hogy nem vették igénybe az ellátást. A legfontosabb okként tízből négy személy (38%) anyagi okokat nevezett meg. Nem engedhette meg magának az ellátást igénybevételeéhez kapcsolódó költségeket. A második leggyakoribb említés halogató magatartást rejt. Az érintett népesség 23%-a várt, hátha magától is elmúlik a baja. 8% említette, hogy félt a kezeléstől, 7% indokolt azzal, hogy közlekedési nehézségek akadályozták meg az orvoshoz való eljutásban. 6% volt azok aránya, akik várólistára kerültek, így nem kapták meg az igényelt ellátást. 4% hivatkozott időhiányra.

### 3.5. Adminisztratív minősítés

Az eddigiekben azt mutattuk be, hogy a megkérdezettek hogyan látják saját állapotukat, milyen problémákról, nehézségekről számoltak be, illetve milyen típusú segítséget, egészségügyi ellátásokat vesznek igénybe. A következőkben a szakértői bizottságok (ORSZI, illetve 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 (illetve munkaképesség-csökkenést) igazoló dokumentummal rendelkezik. 14% a 80% feletti egészségkárosodással élőké, 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.

## FELÜLVIZSGÁLAT AZ ELMÚLT 10 ÉVBEN

Amikor a mintába került személyektől az NRSZH/ORSZI/OOSZI-tól kapott minősítésről kérdeztünk, akkor azt is tudakoltuk, hogy az elmúlt 10 évben felülvizsgálták-e korábbi minősítésüket. A megváltozott munkaképességűek döntő többségének (82%-uk) esetében történt ilyen felülvizsgálat.

A különböző nagyságú településeken, illetve a különböző régiókban élők között szignifikáns különbséget tapasztaltunk ebben a kérdésben: a községekben élők 84%-a emlékezett ilyen felülvizsgálatra, szemben a budapestiek 78%-os arányával. Igazán kiugró eredményt a nyugat-dunántúli, illetve a dél-alföldi válaszadók produkáltak: 89, ill. 87%-uk állította, hogy részt vett felülvizsgálaton. Legalacsonyabb arányt a dél-dunántúli régió mutatta, ahol négyből egy kérdezett

nem emlékezett (24%) az elmúlt egy évben felülvizsgálatra. A második legalacsonyabb eredményt Észak-Magyarország esetében találtuk, 20%-os arányt. Különösen érdekesek ezek az eredmények annak tudatában, hogy ezekben a régiókban a legmagasabb a megváltozott munkaképességűek aránya a 18-62 éves népességen belül. Vagyis az elmúlt 20 évben éppen ezekben a régiókban adták ki a legtöbb munkaképesség-csökkenést igazoló dokumentumot.

Ezek a felülvizsgálatok tízből egy személy esetében (9%) állapotjavulást, jellemzően változatlan (46%) vagy romló (46%) állapotról számoltak be.

A különböző életkori csoportokban azonban jelentős eltérés tapasztalható ebben a kérdésben (3.12. táblázat). Az 50 évnél fiatalabb korosztályok esetében nagyobb az állapotjavulást mutatók aránya (18-40 évesek között 14%, a 40-49 évesek között pedig 13%). Az idősebb generációk bilentik a másik irányba a mérleget: közöttük 50% körüli a romló állapotúak aránya (50-54 évesek között 48%, 55-62 évesek között 49%).

**3.12. táblázat Az állapot változása a legutóbbi felülvizsgálat szerint, korcsoportonként**

		Javult az állapota	Romlott az állapota	Változatlan	Összesen
Korcsoport	18-39 éves	13,8%	29,7%	56,6%	100,0%
	40-49 éves	12,8%	39,9%	47,3%	100,0%
	50-54 éves	9,1%	47,9%	43,1%	100,0%
	55-62 éves	6,5%	49,1%	44,4%	100,0%
Összesen		8,8%	45,6%	45,6%	100,0%

Forrás: D kutatás.

Ezek a felülvizsgálatok azonban többségében nem hoztak változást a kapott pénzbeli juttatások összegét illetően. Azok között, akiknél a felülvizsgálat változást állapított meg, 70%-uk esetében nem történt változás a pénzügyi transferek esetében. 4%-tól vonták meg a korábban kapott juttatást, 11% esetében csökkent az ellátás mértéke, 16% esetében jelentett ez magasabb összegű ellátást.

### **AZ ADMINISZTRATÍV MÓDON MEGÁLLAPÍTOT NAGYMÉRTÉKŰ EGÉSZSÉGHÁRÓSODÁS MEGHATÁROZÓI**

A következő alfejezet az eddigiektől némiképp eltérő logikájú. Az orvosszakértői bizottság által megállapított munkaképesség-csökkenés mértéke ugyanis ebben a néhány bekezdésben nem magyarázó tényezőként szerepel, hanem egy rövid időre ezt állítjuk vizsgálatunk fókuszába. Azt a

kérdést tettük fel, hogy melyek azok a tényezők, amik jelenlétének esetén a szakértői bizottságok nagyobb arányú munkaképesség-csökkenést állapítanak meg.

Többváltozós regressziós modellek segítségével vizsgáltuk, hogy milyen az adatbázisban meglévő egyéb információk magyarázzák szignifikáns mértékben az egészségkárosodás mértékének szóródását. A modellbe beépítettük ezért a szubjektív egészségi állapotot, és számos, a kérdett akadályozottságára vonatkozó információt, és mindezek mellett néhány demográfiai, illetve státusváltozót.

Arra voltunk ugyanis kíváncsiak, hogyha a többváltozós modell segítségével kiszűrjük az egészségi állapotra vonatkozó változók hatását, mindezeket kontroll alatt tartva van-e különbség például az iskolai végzettség vagy a jövedelmi helyzet mentén. Vagyis igaz-e, hogy két azonos egészségi állapotban, egyformán akadályozott személy közül az egyiküknél magasabb százalékot állapít meg a szakértői bizottság mindössze annak köszönhetően, hogy egyikük magasabb státusú.

Többváltozós lineáris regressziós modell, stepwise módszer segítségével vizsgálódtunk. A modellbe építettünk

- Testi, lelki állapotot jellemző változókat, úgymint
  - a szubjektív egészségi állapotot (magas mérési szinten kezelve)
  - az akadályozottság 3.2. ábrán bemutatott tényezőit, vagyis hogy mennyire jellemző a kérdetltre látássérülés, hallássérülés, beszédnehézség, krónikus vagy rendszeresen visszatérő fájdalom, krónikus betegség, nagy betegség, tanulási vagy megértési nehézség, mozgássérülés, értelmi sérülés, sajátos érzelmi idegi vagy pszichés állapot, feltűnő testi elváltozás (szintén magas mérési szinten kezelve (0: egyáltalán nem, 3: nagyon)
- Egy élettörténetre vonatkozó mutatót
  - Hány évesen szembesült akadályozottságával?
- Néhány társadalmi demográfiai változót
  - Nem
  - Életkor
  - Iskolai végzettség
  - Etnikai identitás
- Két háztartásjellemezőt
  - A kérdetleten kívül él-e még akadályozott személy a háztartásban

- Szegény-e a háztartás

A Melléklet M6. táblázata az 5%-os szinten szignifikáns magyarázóerővel bíró magyarázó változókat és irányukat mutatja be. Ahogy a táblázatban is látható, hét testi és lelki állapotra vonatkozó változó esetében volt szignifikáns a hatás. Várakozásainknak megfelelően minél rosszabbnak ítélte a személy saját egészségi állapotát, annál magasabb a hivatalosan is igazolt egészségkárosodása. Az akadályozó tényezők közül a feltűnő deformitás, beszédnehézség, látássérülés, tartósan fennálló krónikus betegség, illetve fájdalomérzet bírtak szignifikáns magyarázóerővel. A leggyakrabban előforduló két akadályozottság, a fájdalomérzet, illetve a krónikus betegségek hatása azonban a várttal ellentétes.

Az is látható, hogy minél fiatalabb korban szerzett akadályozottságról van szó, annál magasabb a szakértői bizottságok minősítése is.

A minősítés rendszerére vonatkozó kérdésfeltevésünkre annak segítségével tudunk válaszolni, hogy a többváltozós modellünkben a többi változó kontroll alatt tartása mellett is kimutatható hatások kiemelésére van lehetőség. Vagyis ha az eddig bemutatott tényezőket kontroll alatt tartjuk, akkor is különbség van férfiak és nők, illetve idősebb és fiatalabb személyek között, valamint az is meghatározó, hogy van-e más akadályozottsággal élő személy a kérdezett háztartásában. Az életkorral pozitív az összefüggés. Vagyis azonos súlyú akadályozottság mellett az idősebb személyek minősítése magasabb. Ám az is látható, hogy azonos feltételek mellett is a nők minősítése rendszerint alacsonyabb. Ha más akadályozottsággal élő személy is él a háztartásban, akkor is alacsonyabb a minősítés.

A modellből kimaradó változók között van például az etnikai háttér is, az iskolázottság vagy a háztartás anyagi depriváltsága, vagyis e jellemzők szerint *ceteris paribus* a kérdezettek minősítése nem tér el egymástól.

### 3.6. Fogyatékosok?

A fejezet zárásaként, 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 kétfelét, 38%-a tartja magát fogyatékosnak, szemben a teljes népességben tapasztalt 4%-os aránnyal (3.13. táblázat). Mindössze 1% volt a bizonytalanok aránya, tízből hat kérdezett azt fejezte ki, hogy nem tartja magát fogyatékosnak, nem azonosítja magát ezzel a kifejezéssel.

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

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

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



## 4. A társadalmi kirekesztettség anyagi vetülete

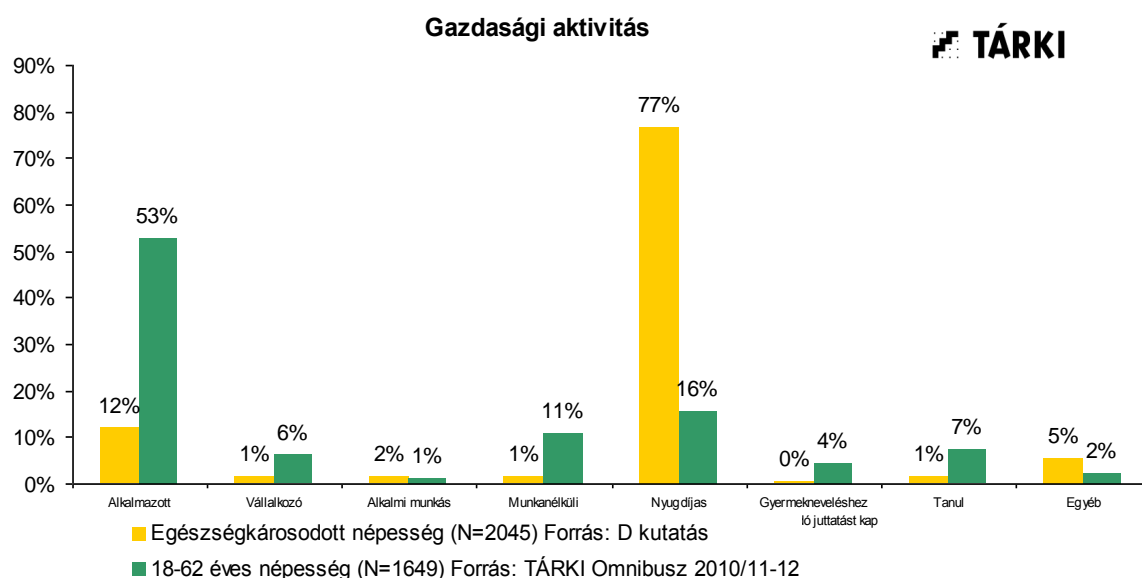
A társadalmi kirekesztettség leginkább egyértelmű, egyszerűen és objektíven mérhető vetülete az egyén és háztartásának anyagi helyzete, illetve ehhez szorosan kapcsolódóan, a munkaerő-piaci pozíció. Ebben a fejezetben e dimenziókat vesszük sorra, és vizsgáljuk meg, hogy ezek mentén hogyan írható le a magánháztartásokban élő, aktív korú egészségkárosodottak helyzete ma Magyarországon. Tárgyaljuk az egészségkárosodott egyének foglalkoztatottságát, gazdasági aktivitását, továbbá háztartásuk munkaerő-piaci kapcsolódását, jövedelmi helyzetét, anyagi és lakás deprivációját.

### 4.1 Az egészségkárosodott személyek és háztartásaik munkaerő-piaci helyzete

#### 4.1.1 Az egészségkárosodottak egyéni gazdasági aktivitása

Az egészségkárosodott népesség gazdasági aktivitása, már csak a népességnek a D kutatás során használt meghatározásánál fogva is, jelentős mértékben különbözik a 18-62 éves felnőtt népességétől. A 4.1. ábrán részletesen is bemutatjuk, hogy milyen ma Magyarországon az aktív korú egészségkárosodottak gazdasági aktivitása. Látható, hogy a már említett 15 százaléknyi foglalkoztatotton felül további 1 százaléknyi munkanélkülit regisztrálhatunk körükben. Így, a megváltozott munkaképességűek 16%-ra mondhatjuk, hogy gazdaságilag aktív, tehát vagy dolgozik, vagy munkát keres. A fennmaradó 84% gazdaságilag inaktív. Ezen belül, a megváltozott munkaképességűek háromnegyede nyugdíjas, mely kategória magában foglalja 71%-nyi rokkantnyugdíjast. 1%-uk tanul, további 5% az egyéb inaktív kategóriába tartozik. Ezzel szemben a referencia-népesség többsége gazdaságilag aktív (alkalmazott, vállalkozó, alkalmi munkás vagy munkanélküli), csupán 16%-uk nyugdíjas.

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



Összességében azt mondhatjuk, hogy a D kutatás által lefedett, háztartásokban élő egészségkárosodottak mintegy kétötöde dolgozik. Összehasonlításként, az EUROSTAT adatai szerint, az aktív korú népességben (20-64 évesek) 2009-ben és 2010-ben, a foglalkoztatottsági ráta Magyarországon 60%-os volt. Ez az arány pedig önmagában mintegy 10 százalékponttal el van maradva az EU-27 átlagtól, és alacsonyabb a régiós mutatószámoknál is. Hasonló képet kapunk akkor is, ha más adatfelvételekhez viszonyítunk. A C kutatással azonos időszakban zajló TÁRKI Omnibusz vizsgálatok szerint a 18-62 éves népesség foglalkoztatottsága ugyancsak 60%, míg a 2010. eleji adatfelvételű TÁRKI Háztartás Monitor alapján ez az arány 56%.

Rendelkezésre állnak nem túl friss, de nemzetközi összehasonlításra alkalmat adó adatok is az akadályozott népesség gazdasági aktivitásáról. Eszerint 2002-ben Magyarországon a megváltozott munkaképességűek 12%-a volt foglalkoztatott, míg az új tagországok esetében a legmagasabb rátát felmutató Csehországban ez az arány 48% volt. A régi tagországokban, ugyanebben az időszakban, a megváltozott munkaképességűek 29-74%-a dolgozott (Scharle 2011)<sup>7</sup>. A közel egy évtizedes magyar adat hasonló nagyságrendű munkavállalásról számol be, mint az általunk, a D kutatás keretében becsült arány.

Viszonylag jelentős eltérés van a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatottsági rátájában az egészségkárosodottság mértéke szerint. Az 50%-osnál alacsonyabb fokú egészségkárosodot-

<sup>7</sup> Scharle Á. (2011): A foglalkoztatási rehabilitációs támogatások eredményessége Magyarországon. Közpénzügyi füzetek 27. szám. Vázlat.

tak foglalkoztatottsági rátája 22%-os, míg az ennél súlyosabban károsodottak körében a dolgozók aránya 13%.

A C kutatás mintájával összevetve, a D kutatás által lefedett egészségkárosodott népesség foglalkoztatottsága ugyancsak alacsony: az utóbbi esetében becsült 15%-os foglalkoztatottsági ráta 40%-os foglalkoztatottsággal áll szemben. Nem találunk ilyen jelentős különbséget azonban akkor, ha a C kutatásból csupán azokat vesszük figyelembe, akik a D kutatás mintájában szereplőkkel azonos adminisztratív státusban vannak, tehát egészségkárosodottságukat orvosszakértői bizottság állapította meg. Ekkor megfigyelhetjük, hogy a C kutatásban résztvevők közül az 50% alatti egészségkárosodottak foglalkoztatottsága 25%-os, az 50% felettieké pedig 17%-os. A C és D kutatás mintáiban becsült foglalkoztatottsági ráták különbsége tehát abból adódik, hogy a C kutatás szubjektív egészségkárosodott részmintájában a foglalkoztatottság lényegesen magasabb, 58%-os (tehát az országos átlaggal megegyező), mint a megváltozott munkaképességűek körében.

Az egészségkárosodottak körében, a 15 százaléknyi foglalkoztatott 90%-a rendszeresen végez munkát (ideértve a csekély számú vállalkozót is) és csak 10%-uk alkalmi munkavállaló. Az állandó munkahellyel rendelkezők (12%) fele részmunkaidőben dolgozik, és ez az arány lényegesen meghaladja a részmunkaidős állások elterjedtségét a magyar munkaerő-piacon.

#### 4.1 táblázat Az akadályozottak és egészségkárosodottak munkaerő-piaci helyzete (%)

	Dolgozik-e?		
	Nem	Igen	N=
C-kutatás, összesen	60,2	39,8	1.999
C-kutatás, nincs adminisztratív minősítés	42,2	57,8	1.102
C-kutatás, adminisztratív minősítés <50%	75,0	25,0	176
C-kutatás, adminisztratív minősítés >50%	83,4	16,6	721
D-kutatás, összesen	85,0	15,0	2.005
D –kutatás, <50%	77,6	22,4	344
D-kutatás , >50%	86,7	13,3	1.661
Összesen	72,6	27,4	4.004
18-62 évesek (TÁRKI Omnibusz 2010. nov.-dec.)	39,9	60,1	1.647
18-62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)	45,3	54,7	2.854

Forrás: D kutatás, TÁRKI Omnibusz 2010. november-december, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

A foglalkoztatott egészségkárosodott népességen belül a dolgozók aránya az átlagosnál számottevően magasabb a 40 év alattiak (24%), az érettségizettek (20%) és diplomások (26%), a megyeszékhelyen élők (22%), valamint az 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodással élők (22%) körében (lásd a Melléklet M7. táblázatát). Ezzel szemben a foglalkoztatottsági ráta az átlagosnál lényegesen alacsonyabb az 55 év felettiak (11%), a legfeljebb általános iskolát végzettek (9%), a községekben, falvakban élők (11%), a romák (9%) és a 80%-nál magasabb egészségkárosodást elszenvedők (9%) körében.

A gazdasági aktivitással összefüggő legfontosabb egyéni jellemzőket egy regresszió-elemzés keretében is megvizsgáltuk, annak érdekében, hogy – feltáró jelleggel – a legfontosabb hatásokat elkülöníthessük. A logisztikus regresszió eredményeit a Melléklet M8. táblázatában mutatjuk be. A modell függő változója 1 értéket vesz fel, ha a mintában szereplő egészségkárosodott személy dolgozik, tehát alkalmazott, vállalkozó vagy alkalmi munkát végez. A magyarázó változók között a nemet, az életkort, az iskolai végzettséget, a lakóhelyül szolgáló település típusát, az etnikai hovatartozást szerepeltettük. Bevontunk továbbá két, kifejezetten az egészségkárosodáshoz kapcsolódó változót is. Az egyik az akadályozottsággal való szembesülés idejét, a másik pedig az egészségkárosodottság mértékét tartalmazza. A regresszió-elemzést egy olyan adatállományon futtattuk le, amelyben a C és D kutatás mintája is szerepelt. Az így kapott eredmények lehetőséget adnak arra is, hogy a C és D kutatás részmintáit összehasonlíthassuk. Annak érdekében, hogy ezt megtehessek, az egészségkárosodottság mértékének változóját a mintába tartozással kombináltunk és így összesen öt csoportot kaptunk: (i) a C minta szubjektív önbevallás alapján akadályozottnak minősíthető része (nem rendelkeznek orvosszakértői igazolással az egészségkárosodottság mértékéről), (ii) a C minta 50%-nál alacsonyabb fokú egészségkárosodottakból álló almintája, (iii) a C minta 50%-nál magasabb fokú egészségkárosodottakból álló almintája, (iv) a D minta 50%-nál alacsonyabb fokú egészségkárosodottakból álló almintája, valamint (v) a D minta 50%-nál magasabb fokú egészségkárosodottakból álló almintája.

A logisztikus regressziós modell a függő változó szórásának meglehetősen nagy részét magyarázza (Nagelkerke R-négyzet értéke 0.33). A legfontosabb meghatározónak az iskolázottság bizonyult: minél magasabb az iskolai végzettség, annál nagyobb eséllyel dolgozik az egészségkárosodott személy. Azzal szemben, ha valaki legfeljebb általános iskolát végzett, ez az esély háromszorosa akkor, ha valakik érettségizett és ötszöröse, ha diplomás, de kettőnél nagyobb abban az esetben is, ha csak szakmunkás képzettséggel rendelkezik. Jelentős szerepe van még az életkornak is: a legidősebbekkel (55-62 évesek) szemben minden fiatalabb korcsoportba tartozónak nagyobb esélye (minden korcsoportban hasonló, nagyjából kétszeres) van a munkaerő-piaci részvételre. Ennél valamivel kisebbnek, de szintén szignifikánsnak mondható a lakóhely szerepe: a községekben élőkhez képest a városiak nagyobb eséllyel dolgoznak, és azt is elmondhatjuk,

hogy minél nagyobb városban él valaki, annál nagyobb ez az esély, bár az eltérések nem jelentősek (az esélyhányadosok értéke 1,5 és 1,8 között alakul).

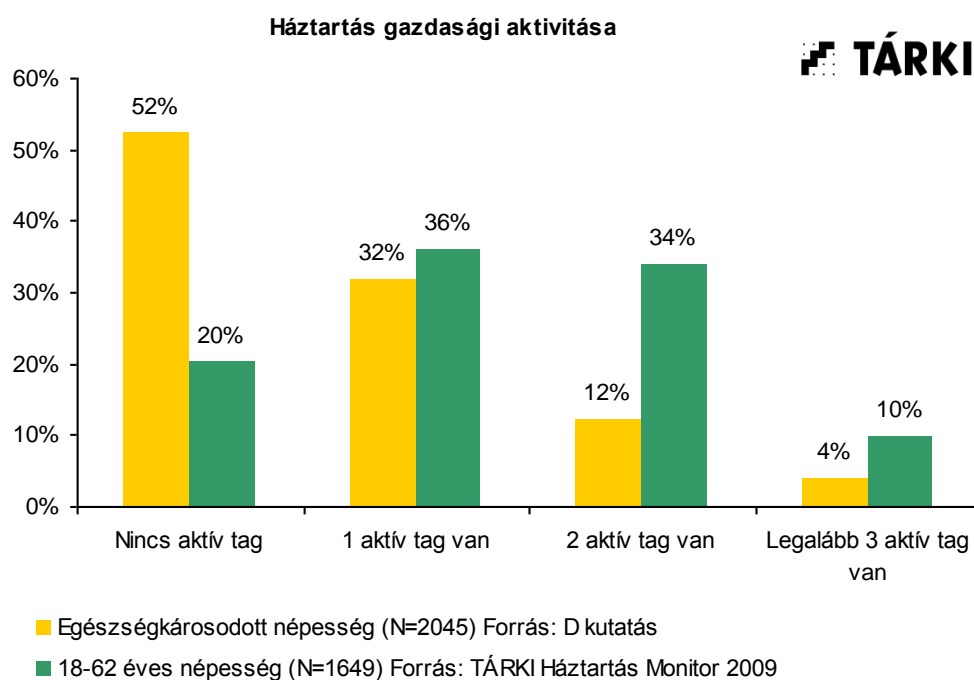
A becsült modell szerint a roma származású egészségkárosodottak esélye a munkaerő-piaci részvételre alig több mint a fele a nem romákénak. Azt is megállapíthatjuk továbbá, hogy az egészségkárosodott nők esélye szignifikánsan kisebb arra, hogy munkába álljanak, mint a velük sok szempontból azonos jellemzőkkel bíró férfiaké.

Az egészségkárosodottság mértékének és a munkavállalásnak az együttjárása ugyancsak szignifikánsnak mutatkozik. Az orvosszakértői határozattal nem rendelkezők, tehát az önmagukat csupán szubjektíve akadályozottnak tartókhöz viszonyítva az egészségkárosodottaknak négyszer-hétszer kisebb az esélye arra, hogy dolgozzanak. Az 50%-nál kisebb egészségkárosodottság a C kutatás almintáján 3,8-szor, a D kutatás almintáján 4.6-szor kisebb esélyt jelent, míg az 50%-nál nagyobb egészségkárosodottsággal rendelkezők esetében ugyanezek az esélyhányadosok 5,5-, illetve 7.4-szeresek.

#### **4.1.2 Az egészségkárosodottak háztartásának munkaerő-piaci kapcsolódása**

Láthattuk, hogy az egészségkárosodottak, döntően megváltozott munkaképességük miatt, gazdaságilag sokkal kevésbé aktívak, mint az aktív korú népesség többi része. Teljesebb képet kaphatunk azonban az egészségkárosodott népesség társadalmi integrációjáról akkor, ha megvizsgáljuk annak a háztartásnak a munkaerő-piaci kapcsolódását is, melyben élnek. A 4.2. 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 két-keresős családban élő megváltozott munkaképességűek aránya mindössze 12%, szemben a 18-62 éves népesség esetében becsült 34%-kal. Csupán minden huszonötödik egészségkárosodott, ám minden tízedik aktív korú felnőtt él legalább háromkeresős háztartásban.

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



A munkanélküli háztartásban élő egészségkárosodottak aránya jelentős összefüggést mutat a mintába került személyek egészségkárosodottságának mértékével. A 50%-nál nagyobb károsodottságot megállapító határozattal rendelkezők körében a gazdaságilag aktív háztartástaggal nem rendelkező háztartásban élők aránya 55%, az 50% alatti egészségkárosodással rendelkezők körében viszont csupán 41%. Ha a C kutatás mintájából becsült arányokkal hasonlítjuk össze, láthatjuk, hogy a C (38%) és a D (52%) átlaga közötti eltérés nem a határozattal rendelkezők, hanem a magukat szubjektíve akadályozottnak besorolók háztartásának munkaerő-piaci kapcsolódásából adódik. A C minta határozattal nem rendelkező almintájából becsült arány 26%, vagyis minden negyedik határozattal nem rendelkező személy él csupán munkanélküli háztartásban.

## 4.2 táblázat Az egészségkárosodottak háztartásának munkaerő-piaci helyzete (%)

	Munkanélküli háztartásban él-e?		
	Nem	Igen	N=
C-kutatás, összesen	62,1	37,9	1.999
C-kutatás, nincs adminisztratív minősítés	73,9	26,1	1.102
C-kutatás, adminisztratív minősítés <50%	60,8	39,2	176
C-kutatás, adminisztratív minősítés >50%	44,4	55,6	721
D-kutatás, összesen	47,6	52,4	2.005
D –kutatás, <50%	58,7	41,3	344
D-kutatás,>50%	45,1	54,9	1.661
Összesen	54,7	45,3	4.004
18-62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)	79,4	20,6	3.049

Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Omnibusz 2010. november-december, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

A foglalkoztatott tagot egyáltalán nem számláló, munkanélküli háztartásban élő egészségkárosodottak az átlagosnál (52%) magasabb arányban fordulnak elő az egyedülállók (88%) és a romák (66%) körében, valamint azokban a háztartásokban, ahol a háztartástagok legmagasabb iskolai végzettsége a legfeljebb általános iskola (62%), illetve az érettségi (70%), továbbá az Észak-Magyarországon élők (60%) között (lásd a Melléklet M9. táblázatát). Ugyancsak meghaladja az átlagot ez az arány a gazdaságilag aktív háztartástagot nem számláló háztartásban élők körében, ha olyan háztartásban élnek, ahol legalább két fogyatékkal élő<sup>8</sup> van (62%). Ezzel szemben az átlagosnál alacsonyabb a munkanélküli háztartásban élők aránya a párban (44%), illetve a 18 év alatti gyermekkel élők (34%), valamint a diplomás háztartástaggal rendelkező háztartásban élők (35%), a Közép-Magyarországon (47%) és a Közép-Dunántúlon (43%) élők, valamint az 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodottsággal élők (41%) körében.

Az egyéni gazdasági aktivitáshoz hasonlóan az egészségkárosodottak munkaerő-piaci kapcsolódásával összefüggésben is megvizsgáltuk a legfontosabb háztartási és egyéni szintű jellemzők önálló szerepét is, egy regresszió-elemzés keretében. A logisztikus regresszió eredményeit a Melléklet M10. táblázatában mutatjuk be. A modell függő változója 1 értéket vesz fel, ha a mintá-

<sup>8</sup> A kérdezés során a kérdezettel, vagy a háztartás ügyeiben leginkább tájékozott személlyel (háztartásgazda), többek között, egy ún. háztartástáblát töltettünk ki, mely információkat tartalmaz a háztartás minden tagjáról. Ebben a táblázatban arról is gyűjtöttünk adatot, hogy a háztartás valamely más tagjára, a kérdőív kitöltőjének minősítése szerint, jellemző-e valamilyen, egészségkárosodásra, fogyatékosagra, fizikai vagy pszichés akadályozottságra jellemző állapot. A háztartás fogyatékosággal élő tagjainak számát tartalmazó változót ezen információ alapján képeztük.

ban szereplő egészségkárosodott személy háztartásban egyetlen háztartástag sem dolgozik. A magyarázó változók között háztartási szintű jellemző a háztartás típusa, a háztartástagok legmagasabb iskolai végzettsége, a teleülés típusa és a fogyatékkal élők száma a háztartásban. Az egyéni szintű jellemzők közül csupán kettőt tartottunk meg: az akadályozott, illetve egészségkárosodott személy etnikai hovatartozását és az egészségkárosodottságnak a mintavételi eljárással kombinált változóját, a korábban leírtak szerint. Mindkét jellemző fontosnak tartottuk az elemzés szempontjából, de a háztartástagok közül csak a kérdezetre vonatkozóan rendelkezünk ezekkel az információkkal.

A becsült regressziós modellre jellemző Nagelkerke R-négyzet statisztika értéke 0,26. Az egyik legfontosabb meghatározónak ezúttal is az iskolázottság bizonyult: minél alacsonyabb a háztartásra jellemző iskolai végzettség, annál nagyobb eséllyel van munka nélkül a háztartás minden aktív korú tagja. Így például, amennyiben a háztartásban a legmagasabb iskolai végzettség legfeljebb az általános iskola, háromszor nagyobb az esélye annak, hogy a háztartásban nincs foglalkoztatott, mint ha a legmagasabb végzettség a főiskolai vagy egyetemi diploma. Még ennél is egyértelműbb az összefüggés a háztartás összetétele és annak munkaerő-piaci kapcsolódása között. Ha egy egészségkárosodott egyedül él, akkor kilenc-tízszeres eséllyel van munka nélkül, mint háztartás, szemben azzal, ha más aktív korú háztartástag is él vele együtt. Utóbbiak között azonban nincs lényeges különbség aszerint, hogy gyermekkel vagy gyermek nélkül, párban esetleg harmadik felnőttel élnek egy háztartásban. Ugyancsak meghatározó a fogyatékkal élő személyek száma is a háztartásban: közel háromszor nagyobb eséllyel él egy megváltozott munkaképességű munkanélküli háztartásban, ha vele együtt legalább ketten fogyatékkal élők. Hasonló nagyságrendet becsültünk az etnikai származás önálló hatására is. A magukat szubjektíve akadályozottnak minősítőkkal szemben az orvosszakértői határozattal rendelkező egészségkárosodottak nagyobb eséllyel élnek foglalkoztatott tagot nem számláló háztartásban. A becsült esélyhányadosok másfél-háromszorosak, a minta és az egészségkárosodottság mértékének függvényében. A D minta kismértékű (50% alatti) egészségkárosodással rendelkező tagjai azonban nem mutatnak eltérést e tekintetben a C minta határozattal nem rendelkező tagjaihoz képest.

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 laekeni indikátor-rendszer része<sup>9</sup>. A 4.3. ábra az egészségkárosodottak megoszlását mutatja a háztartás munkaintenzitása szerint. A referencianépesség ez esetben is a TÁRKI Háztartás Monitor 2009 vizsgálat 18-62 éves részmintája.

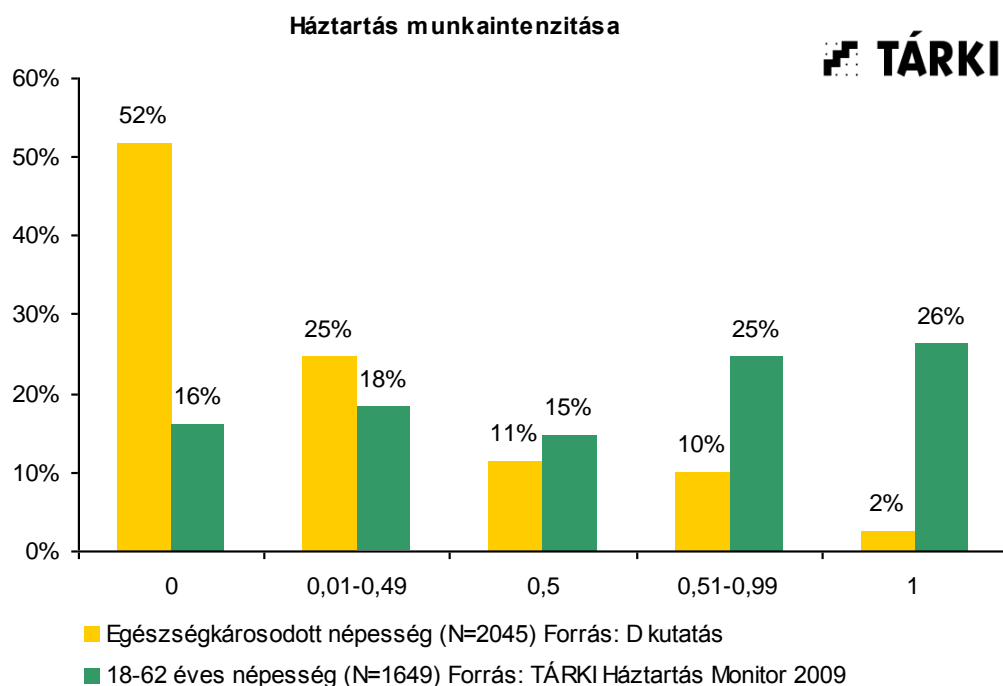
Az adatok azt mutatják, hogy a megváltozott munkaképességű népesség fele nemcsak hogy olyan háztartásban él, ahol a vizsgálat időpontjában nem volt foglalkoztatott családtag, de a teljes inaktivitás a referenciaév egészében megfigyelhető volt. Ezzel szemben a 18-62 éves népesség körében a nulla munkaintenzitású háztartásban élők aránya valamelyest alacsonyabb (16%), mint azoké, akik a vizsgálat időpontjában teljes mértékben munkaerő-piaci kapcsolódás nélküli háztartásokban éltek (20%). 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.

A különböző egyéni és háztartási szintű szocio-demográfiai jellemzőkkel bíró egészségkárosodottak eloszlását a háztartás munkaintenzitása szerint a Melléklet M11. Táblázat tartalmazza.

---

<sup>9</sup> Kutatásunkban a munkaintenzitás mérését a TÁRKI Háztartás Monitor 2009 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.

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



## 4.2. Jövedelmi helyzet és szegénység

A jövedelmi pozíció vizsgálatakor, a munkaerő-piaci részvételhez hasonlóan, elemezhetjük a problémát egyéni és háztartásszinten is. Az egyének rendelkeznek saját jövedelemmel, ám a legtöbbször másokkal élnek egy háztartásban, bevételeiket és kiadásait megosztják egymással. Az alábbiakban először röviden áttekintjük az egyéni jövedelmeket, majd azt követően bővebben is foglalkozunk a háztartás teljes jövedelmével.

A D kutatás adatai szerint, az egészségkárosodottak mintegy 2%-a nem rendelkezik egyéni jövedelemmel. A jövedelemmel rendelkezők körében a jövedelmek átlaga 63 ezer forint, mediánja pedig 59 ezer forint. A teljes 18-62 éves népességgel összehasonlítva az átlagos egyéni jövedelmet, az egészségkárosodottaké annak háromnegyedét sem éri el (4.3 táblázat).<sup>10</sup>

Az egészségkárosodott népesség számos, az egyéni jövedelemmel összefüggő jellemző (életkor, iskolázottság, lakóhely, munkaerő-piaci státusz stb.) mentén eltér a teljes népesség azonos korú

<sup>10</sup> A referencia-adat forrása a TÁRKI 2010. november-decemberi Omnibusz kutatása.

résztől. Ezért fontos megvizsgálni azt, hogy a jövedelmek közötti különbségek milyen mértékben tulajdoníthatók az összetételi hatásnak és mennyiben magának az egészségkárosodottnak. Ennek megállapításához egy olyan OLS regressziós modellt futtatunk a TÁRKI Omnibusz 2010. november-decemberi összevont mintájából, valamint a C és D kutatások mintájából összerakott adatállományon, amelyben a függő változó az egyéni jövedelem logaritmus volt, a magyarázó változók között pedig a legfontosabb egyéni szocio-demográfiai változók, illetve az egyes mintákhoz tartozást jelölő bináris változók szerepeltek. Az eredmények (lásd a Melléklet M12. táblázatát) azt mutatják, hogy az említett szocio-demográfiai jellemzők megmagyarázzák a jövedelmek különbségének nagy részét, de mindezekre kontrollálva is szignifikáns negatív hatást találtunk az egészségkárosodottakhoz tartozás esetében, akár a D minta egészét, akár a C minta adminisztratív minősítéssel rendelkező részét nézzük.

Áttérve az egészségkárosodottak háztartásjövedelmének vizsgálatára, elmondható, hogy a kérdéses időpontját közvetlenül megelőzően havi nettó összjövedelmük egynegyedével kisebb, mint a 18-62 éves népesség háztartásaira jellemző. Akár az egy főre jutó, akár az ún. ekvivalens háztartásjövedelmet<sup>11</sup> tekintjük, ez a lemaradás valamelyest alacsonyabb, 13-18% körül alakul (4.3 táblázat).

Az egy főre jutó háztartásjövedelemnek a teljes 18-62 évesekhez viszonyított arányát összevetve az egyéni jövedelmek átlagának hasonló mutatójával, láthatjuk, hogy az egészségkárosodottak relatív jövedelmi helyzete kedvezőbb akkor, ha a háztartás teljes jövedelmével számolunk. Emögött elsősorban az a tény húzódik meg, hogy az egészségkárosodottak a teljes népességhez képest idősebbek, nagyobb arányban élnek egyszemélyes és pár típusú háztartásokban, így a háztartásuk átlagos létszáma is alacsonyabb a teljes népességben megfigyeltnél.

---

<sup>11</sup> 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 a megfontolás áll, 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.

**4.3. táblázat. Az egészségkárosodottak háztartásjövedelmének fő statisztikai jellemzői (Ft)**

	C kuta- tás (1)	D kuta- tás (2)	Teljes nép. (3)	(1)/(3)	(2)/(3)
Egyéni jövedelem - medián (Ft)	72.000	59.000	86.097	0,84	0,69
Egyéni jövedelem - átlag (Ft)	78.852	63.122	86.221	0,91	0,73
A háztartás havi nettó jövedelme	161.072	140.688	186.741	0,86	0,75
Átlagos, egy főre eső háztartásjövedelem (Ft)	68.643	62.780	72.449	0,95	0,87
Ekvivalens háztartásjövedelem - medián (Ft)	84.819	80.000	90.713	0,94	0,88
Ekvivalens háztartásjövedelem - átlag (Ft)	93.599	83.509	101.505	0,92	0,82

Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Omnibusz vizsgálat, 2010. november-december.

A D kutatásbeli megváltozott munkaképességűek háztartásai jellemzően havonta 140 ezer forintból, közel gazdálkodnak, ami 63 ezer forintos egy főre jutó és – OECD2-skálával számítva - 84 ezer forintos ekvivalens jövedelem-átlagot jelent. Mindezt a megfelelő korú népesség 186 ezer forintos háztartási szintű összjövedelmével, 72 ezer forintos átlagos háztartásjövedelmével, illetve mintegy 102 ezer forintos ekvivalens jövedelmével érdemes szembeállítani. A D kutatás esetében becsült jövedelmek minden számítás szerint alacsonyabbak nemcsak a teljes népességben megfigyeltnél, hanem a C kutatás esetében becsült összegeknél is.

A társadalmi kirekesztettség anyagi vetületének legfontosabb, legtöbbet idézett indikátor a jövedelmi szegénység, tehát az, hogy a vizsgált csoport, esetünkben az egészségkárosodottak hány százaléka él a szegénységi küszöb alatt. Ennek megállapításához a referenciakutatás jövedelem-eloszlásából indultunk ki, melyen belül az ekvivalens jövedelem mediánjának 60%-ánál húztuk meg a szegénységi küszöböt<sup>12</sup>. Ezt figyelembe véve az egészségkárosodottak 23%-a tekinthető jövedelmi szempontból szegénynek. Ez az érték lényegesen magasabb, mint a referencianépességben tapasztalt eredmény: a 18-62 évesek 15%-a él a szegénységi küszöb alatt (4.3. táblázat). Megállapítható tehát, hogy az átlagosnál magasabb szegénységi kockázatú csoportról van szó, a megváltozott munkaképességű háztartástag mintegy egyharmadával növeli a szegénységi kockázatot.

Az egészségkárosodottak körében a szegénységi kockázat az átlagosnál magasabb az egyedülállók (32%), a gyermekes családokban élők (34%), a legfeljebb általános iskolát végzettek (31%), az Észak-Magyarországon (29%) és a Dél-Alföldön élők (28%) és a romák (56%) körében (lásd a

<sup>12</sup> Ez havi nettó 54,4 ezer Ft-ot jelent.

Melléklet M13. táblázatát). Az átlagosnál alacsonyabb szegénységi ráta jellemzi a 'más háztartás gyermek nélkül' típusú háztartásban élőket (12%), továbbá a diplomásokat (9%), a fővárosiakat (10%), a Közép-Magyarországon (12%), a Közép-Dunántúlon (11%) és a Nyugat-Dunántúlon (14%) élőket, valamint – némiképp érdekes módon - azokat is, akiknek a háztartásában más fogatékkkal élő is található (18%).

Amennyiben a megváltozott munkaképességűek szegénységi kockázatát az egészségkárosodás mértéke szerint vizsgáljuk, megfigyelhetjük, hogy a szegénység kockázata mind a C, mind pedig a D kutatás esetében csökken az egészségkárosodottság mértékével. Eszerint a D kutatásban, az 50%-os egészségkárosodottságot el nem érők körében valamivel több, mint minden negyedik (28%), míg az 50%-nál nagyobb károsodottságot elszenvedők körében csak minden ötödik (20%) él alacsony jövedelmű háztartásban. Hasonló mintát és hasonló arányokat figyelhetünk meg a C kutatás esetében is. Utóbbi mintában az 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodottsággal élők körében a becsült szegénységi ráta 31%, míg a súlyosabban károsodottak körében 21%. Ezzel szemben a magukat szubjektív módon akadályozottnak besorolók körében a szegénységi kockázat alacsonyabb, mint a teljes C minta átlaga (17% a 20%-kal szemben).

#### 4.4 táblázat Az egészségkárosodottak szegénységi kockázata (%)

	Nem szegény	Szegény	N=
C-kutatás összesen	80,3	19,7	1999
C-kutatás, nincs adminisztratív minősítés	82,7	17,3	1102
C-kutatás, adminisztratív minősítés <50%	69,2	30,8	176
C-kutatás, adminisztratív minősítés >50%	79,4	20,6	721
D-kutatás összesen	78,6	21,4	2005
D –kutatás, <50%	71,8	28,2	344
D-kutatás, >50%	79,8	20,2	1661
Összesen	79,4	20,6	4004
18-62 évesek (TÁRKI Omnibusz 2010. nov.-dec.)	85,3	14,7	1336
18-62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)	84,9	15,1	2826

Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Omnibusz 2010. november-december, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

Akárcsak a teljes háztartás munkaerő-piaci kapcsolódása esetében, a jövedelmi szegénység vizsgálatakor is lefuttattuk a korábban már ismertetett, elsősorban a háztartás egészét jellemző változókra épülő logisztikus regressziós modellt. A regressziós modell magyarázó ereje alacso-

nyabb, mint a háztartás munkaerő-piaci kapcsolódása esetében volt (Nagelkerke R-négyzet értéke 0,2). A legerősebb hatást az iskolázottság, a háztartás összetétele és a kérdezett etnikai származása esetében becsültük (lásd a Melléklet M10. táblázatát). A háztartásra jellemző legmagasabb iskolázottság szerepe nagyobb, mint amit a háztartás munkanélküliségének magyarázatakor tapasztaltunk, a háztartástípusé viszont egyértelműen kisebb. A roma származás önálló becsült hatása négy és félszeres. Ugyancsak kisebb szerepe van az egészségkárosodottság és a mintavételi eljárás kombinált változójának. Becslésünk szerint a C és D mintába tartozó, 50%-nál kisebb mértékben károsodottak szegénysége statisztikailag szignifikáns módon nagyobb, mint a C kutatás orvosszakértői határozattal nem rendelkező almintájába tartozóké. Ezzel szemben, az 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodással élők nem különbözik szignifikáns módon egyik mintában sem.

### 4.3. Anyagi depriváció

Az előző, 4.2 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 depriváció indikátorait használva bemutatjuk a fő indikátorok számításához használt egyedi tételek szerinti eredményeket is.

Az Európai Unió gyakorlatában ezen a területen az anyagi depriváció elsődleges és másodlagos indikátora (a Nyitott Koordinációs Mechanizmus társadalmi befogadás indikátorai), 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 felölő – kilenc tétel közül legalább három esetében depriváltként azonosítható.

1. A háztartás nem képes arra, hogy váratlan, nagyobb összegű kiadást saját forrásból fedezzen.
2. Az elmúlt évben előfordult, hogy pénzhiány miatt nem tudták befizetni a lakbért, lakástörlesztést, közös költséget, közüzemi díjat, pénzkölcsön törlesztő részletét.

A háztartásban élők anyagi okokból nem engedhetik meg, hogy...

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

## 9. személyautójuk legyen

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

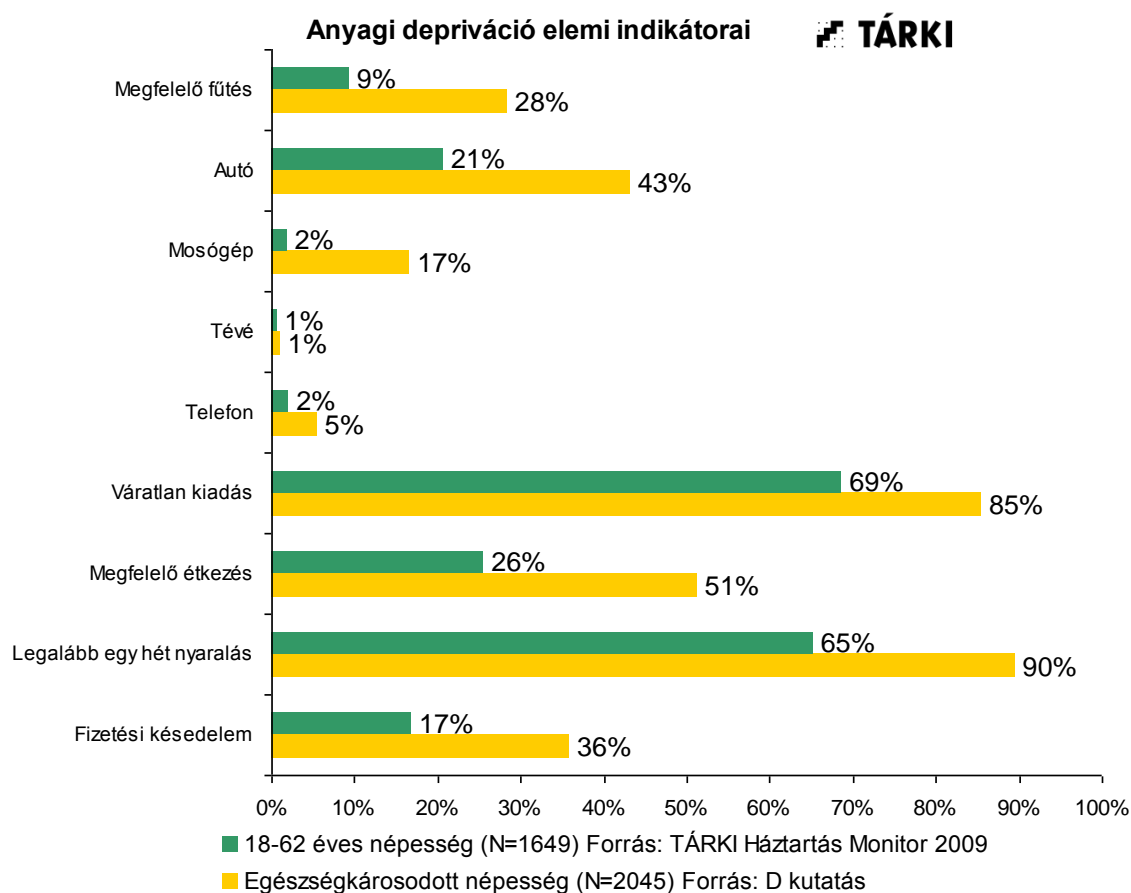
*Másodlagos indikátor.* Az elsődleges index szerint depriváltak körében mutatja meg depriváltságot mutató tételek átlagos számát. Célja, hogy az anyagi depriváltság súlyosságát mutassa.

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. Zárójelentésünkben 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 2009 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 relatív 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%).

Az egészségkárosodottak elemi szintű anyagi deprivációjának főbb szocio-demográfiai jellemzők szerinti vizsgálata a kirekesztettség más anyagi vetületeinek elemzésekor tapasztalt mintákat mutatja (lásd a Melléklet M14. táblázatát).

## 4.4. ábra. Az anyagi depriváció elemi indikátorai



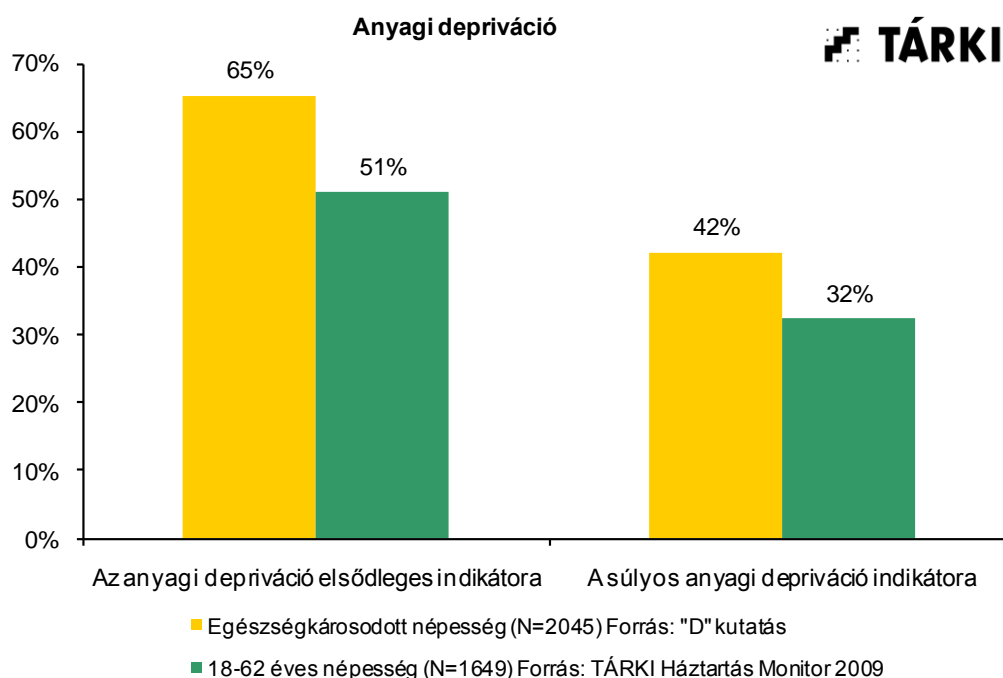
Az anyagi depriváció fentebb bemutatott elemi indikátorokból képzett összetett jelzőszámai közül az elsődleges anyagi depriváció az egészségkárosodott népesség kétharmadát érinti. Ennyien élnek tehát a D kutatás által érintett népességből olyan háztartásokban, melyek legalább három dimenzióban depriváltak. Ez az arány lényegesen magasabb, mint a TÁRKI Háztartás Monitor 2009 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.

Az egészségkárosodott népesség súlyos anyagi depriváltsága nem mutat számottevő eltérést az egészségkárosodottság szintje szerint. Ez az összefüggés nemcsak a D kutatás, hanem a C minta orvosi szakvéleménnyel rendelkező részmintája esetében is fennáll. ismételten megfigyelhető viszont, hogy a saját bevallásuk szerint akadályozottak körében a súlyos anyagi depriváltság el-



terjedtsége lényegesen kisebb, mint az egészségkárosodottak körében és megközelítőleg akkora, mint a teljes 18-62 népesség esetében (4.5. táblázat).

4.5. ábra. Az anyagi depriváció összetett indikátorai



4.5. táblázat Az egészségkárosodottak súlyos anyagi depriváltsága (%)

	Nem deprivált	Deprivált	N=
C-kutatás összesen	64,1	35,9	1999
C-kutatás, nincs adminisztratív minősítés	70,9	29,1	1102
C-kutatás, adminisztratív minősítés <50%	55,1	44,9	176
C-kutatás, adminisztratív minősítés >50%	56,2	43,8	721
D-kutatás összesen	57,9	42,1	2005
D –kutatás, <50%	57,0	43,0	344
D-kutatás , >50%	58,3	41,7	1661
Összesen	61,1	38,9	4004
18-62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)	67,7	32,3	2829

Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

A főbb egyéni és háztartás-szintű szoci-demográfiai jellemzők és a súlyos anyagi depriváció előfordulásának kapcsolatát vizsgálva az egészségkárosodottak körében, megállapíthatjuk, hogy az utóbbi az átlagosnál (42%) magasabb azok körében, akik egyedülállóak (59%), a háztartásban a legmagasabb iskolai végzettség a legfeljebb általános iskola (54%), Észak-Magyarországon élnek (53%), vagy romák (74%) (lásd a Melléklet M13. táblázatát). Ezzel szemben alacsonyabb a súlyos anyagi depriváció előfordulása a 'Más háztartás gyermek nélkül' típusú háztartásban élők körében (34%), azok esetében, akiknél a háztartásban van legalább egy diplomás (18%), illetve a Nyugat-Dunántúlon élők körében (34%).

Akárcsak a teljes háztartás munkaerő-piaci kapcsolódása és a jövedelmi szegénység esetében, a súlyos anyagi depriváció előfordulása mögötti önálló jellemzők elkülönítésére is lefuttattuk a korábban már ismertetett, elsősorban a háztartás egészét jellemző változókra épülő logisztikus regressziós modellt. A regressziós modell magyarázó ereje – a függő változó összetettségével összefüggésben – valamelyest alacsonyabb, mint az előzőeké (Nagelkerke R-négyzet értéke 0,18). Az iskolázottság, a háztartás összetétele, a kérdezett etnikai származása ebben a modellben is jelentős hatásról árulkodik (lásd a Melléklet M10. táblázatát). Az iskolázottság szerepe a korábbiakhoz képest valamelyest nagyobb, a háztartástípusé valamivel kisebbnek tűnik. A roma származás önálló becsült hatása több mint háromszoros. Egyértelműen kisebb szerepe van viszont az egészségkárosodottság és a mintavételi eljárás kombinált változójának. Becslésünk szerint a D mintába tartozó egészségkárosodottak súlyos anyagi depriváltsága statisztikailag nem nagyobb, mint a C kutatás orvosszakértői határozattal nem rendelkező almintájába tartozóké.

## 4.4. Lakáskörülmények

Az egészségkárosodottak lakáskörülményeinek áttekintéséhez azokat a problémákat vizsgáljuk, melyek a lakás állapotához kapcsolódnak.<sup>13</sup> 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 körében a leggyakrabban említett probléma a nedves,

<sup>13</sup> 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 túlzásfoltosság szerepel. A lakáskörülmények részletesebb bemutatására a zárójelentésben kerül majd sor.

illetve repedt fal (17-17%), valamint a korhadt ablakkeret (14%). Ezzel szemben csupán az egészségkárosodottak 6%-a számára jelent problémát a nedves, illetve korhadt padlózat.

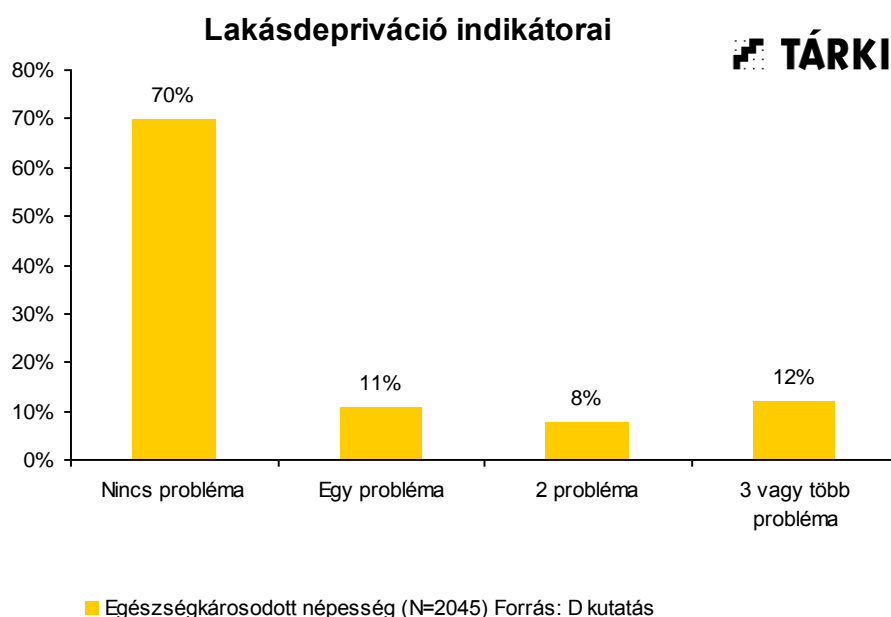
#### 4.6. táblázat A lakásdepriváció egyes elemi indikátorai

	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 depriváltnak 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 depriváltnak tekinthetők a lakáskörülmények dimenziójában.

#### 4.6. ábra A lakásdepriváció indikátorainak együttes eloszlása az egészségkárosodott népesség körében



A lakásdepriváció kompozit, a 4.8 ábrában bemutatott indikátorát a főbb szocio-demográfiai jellemzők szerint is megvizsgáltuk (lásd a melléklet M15. táblázatát). Eszerint az egészségkárosodottak körében a háromnál több probléma előfordulási valószínűsége az átlagosnál (12%) számottevően magasabb az egyedülállóknál (19%), a legfeljebb általános iskolát végzetteknél (18%), az Észak-Magyarországon élőkénél (17%), a romák körében (39%) és a 80%-nál nagyobb egészségkárosodással élőkénél (17%). Az átlagosnál lényegesen alacsonyabb valószínűséget becslünk viszont az érettségizettek (8%), a diplomások (8%), a Közép-Dunántúlon élők (6%) körében.

### 4.5. EU2020 szegénységi cél elemzése az egészségkárosodottak körében

Az előzőek során bemutatottuk a magyarországi egészségkárosodottak anyagi helyzetét, melyen belül foglalkoztunk gazdasági inaktivitásukkal, jövedelmi helyzetükkel és szegénységi kockázataikkal, valamint anyagi és lakásdeprivációjukkal. Az alábbiakban röviden megvizsgáljuk, hogy szegénységük és társadalmi kirekesztettségük más dimenziói miként járnak együtt, milyen mértékben erősítik egymást és eredményeznek többszörösen deprivált élethelyzeteket. Ehhez az Európai Unió által az Európa 2020 stratégia keretében meghatározott szegénységi cél számítá-

sához használt eljárást alkalmazzuk<sup>14</sup>. Ez uniós szegénységi cél azt tartalmazza, szegénységi kockázattal élő – a tagországok összességében - mintegy 120 millió ember közül 2020-ig legalább 20 millió kerüljön ki ebből a kirekesztett társadalmi helyzetből. A szegénységi cél szempontjából érintett csoport körülhatárolása három indikátor segítségével történt. Eszerint a szegénységi kockázattal élők körébe azok sorolhatók, akik (i) jövedelmi szegények, (ii) anyagilag súlyosan depriváltak vagy (iii) alacsony munkaintenzitású (MI<0,2) háztartásban élnek. A továbbiakban mi magunk is ezt a három, részben már bemutatott indikátort használjuk az elemzéshez.

A 18-62 éves, tehát aktív korú felnőtt népesség mintegy kétötödét érinti az Európai Unió által megfogalmazott szegénységi cél – a TÁRKI Háztartás Monitor 2009 adatfelvétele szerint (4.7 táblázat). Ezzel szemben a D kutatás által érintett egészségkárosodottak lényegesen nagyobb hányada, több mint 70%-a él ezzel a kockázattal, vagyis jövedelmi szegény, anyagilag deprivált vagy alacsony munkaintenzitású háztartás tagja. Megfigyelhetjük, hogy összességében az 50%-nál magasabb egészségkárosodással élők körében ez az arány közel 10 százalékponttal magasabb, mint a kevésbé súlyos egészségkárosodottak között. A C kutatásban adminisztratív minősítéssel rendelkezők helyzete ebben a vonatkozásban is hasonlít a D kutatásban résztvevőkéhez, annál még valamelyest rosszabb is, különösen az 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodással élők körében. A C kutatás adminisztratív minősítéssel nem rendelkező almintájából becsült ráta (46%) hasonló a 18-62 éves népességre a TÁRKI Háztartás Monitor adatfelvételéből becsült értékhez (42%).

**4.7. táblázat Az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintett népesség nagysága (%)**

	Nem érintett	Érintett	N=
C-kutatás összesen	41.1	58.9	1790
C-kutatás, nincs adminisztratív minősítés	54.1	45.9	963
C-kutatás, adminisztratív minősítés <50%	32.1	67.9	156
C-kutatás, adminisztratív minősítés >50%	24.9	75.1	671
D-kutatás összesen	28.2	71.8	1840
D –kutatás, <50%	35.5	64.5	301
D-kutatás , >50%	26.8	73.2	1539
Összesen	34.6	65.4	3630
18-62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)	57.9	42.1	2750

Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

<sup>14</sup> European Council (2010) Conclusions on Europe 2020, the new strategy for jobs and smart, sustainable and inclusive growth, Brussels, 17 June 2010. [http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/council\\_conclusion\\_17\\_june\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/council_conclusion_17_june_en.pdf)

Az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintett egészségkárosodott népességet elsősorban az anyagilag depiváltak és különösen a nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élők dominálják (4.8 táblázat). A csak anyagilag depriváltak aránya 15%, azoké pedig, akik nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élnek, de nem is jövedelmi szegények és anyagiilag sem depriváltak, ennek kétszerese, 32%. Az érintett résznépesség közel egynegyede azokból tevődik össze, akik egyszerre anyagilag depriváltak és nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élnek, további majdnem egyötödöt tesz ki azok aránya, akik mindhárom indikátor mentén érintettek a társadalmi kirekesztettség anyagi dimenziójában. A C kutatással összehasonlítva, az adminisztratív úton egészségkárosodottnak minősített és az Európa 2020 szegénységi célban érintett népességben értelemszerűen magasabb a munkanélküliség, az alacsony munkaintenzitás által érintettek aránya és valamelyest alacsonyabb az anyagilag depriváltaké.

Az aktív korú felnőtt népességhez viszonyítva az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintett népesség belső megoszlását az egészségkárosodottak körében, megfigyelhetjük, hogy az előbbiek körében a legdominánsabb csoport az anyagilag depriváltaké. A kockázati népesség kétötöde csupán anyagilag deprivált, tehát nem jövedelmi szegény és nem is él munkanélküli háztartásban. Nyilvánvaló, hogy – bár a nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élők aránya Magyarországon a legmagasabbak között van az Európai Unióban – a munkanélküli háztartásban élők aránya az aktív korú felnőttek körében lényegesen alatta marad az egészségkárosodottakhoz képest.

**4.8. táblázat Az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintett népesség belső megoszlása az egészségkárosodottak körében**

	C kutatás		D kutatás		18-62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)	
	N=	%	N=	%	N=	%
Csak szegény	42	4	33	2	74	6
Csak deprivált	221	21	198	15	500	40
Csak munkanélküli háztartásban él	286	27	429	32	207	17
Szegény és deprivált	46	4	43	3	114	9
Szegény és munkanélküli háztartásban él	67	6	85	6	41	3
Deprivált és munkanélküli háztartásban él	210	19	316	24	119	10
Szegény, deprivált és munkanélküli háztartásban él	205	19	240	18	193	15
Összesen	1077	100	1344	100	1248	100

Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

Amint azt a Melléklet M16. táblázata is mutatja, a egészségkárosodottak körében az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintettek az átlagosnál nagyobb arányban találhatók meg az egyedülállók (94%) körében, azokban a háztartásokban élők között, ahol a legmagasabb iskolai végzettség legfeljebb az általános iskola (82%) vagy az érettségi (83%), az észak-magyarországiak (80%) és a romák (90%) között, valamint a egészségkárosodott személlyel együtt élők körében is (80%). Ezzel szemben az átlagosnál lényegesen alacsonyabb a kockázati népesség részaránya a gyermekes háztartásban (63%) élők között, azok körében, akiknek háztartásában van legalább egy diplomás (49%), továbbá a Közép-Magyarországon (63%), Közép-Dunántúlon (65%), Nyugat-Dunántúlon (65%) között, illetve az 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodással élők körében (64%).

Hasonlóan az anyagi kirekesztettség egyes dimenzióihoz (munkanélküliség, szegénység, anyagi depriváció), az ezekre építkező Európa 2020 szegénységi cél által érintett népesség esetében is megvizsgáltuk, hogy mely háztartási és egyéni jellemzők járulnak hozzá legnagyobb mértékben az érintettséghez. A regressziós modell magyarázó ereje (Nagelkerke R-négyzet értéke 0,3) és az egyes jellemzők becsült hatása is értelemszerűen köztes értékeket mutat a három elemi indikátor esetében becsült modell vonatkozó értékeihez képest (lásd a Melléklet M10. táblázatát). A

legerősebb hatást ez esetben is az iskolázottság, a háztartás összetétele és a kérdezett etnikai származása esetében becsültük. Az EU2020 szegénységi célban érintettség többváltozós vizsgálata szerint a C kutatás 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodással élő tagjai, illetve a D kutatás 50%-nál súlyosabb károsodással élő tagjai *ceteris paribus* kisebb eséllyel tartoznak a kockázati csoportba, mint a C minta adminisztratív minősítéssel nem rendelkező tagjai.



## 5. Jóléti ellátások szerepe és az állammal kapcsolatos attitűdök

Ebben a fejezetben röviden áttekintjük az egészségkárosodottak jóléti államhoz fűződő viszonyának néhány aspektusát. Először megnézzük, hogy az egészségkárosodáshoz kapcsolódó pénzbeni ellátásoknak mik a fő jellemzői (igénybevétel, folyósítás időtartama és átlagos összeg), majd megvizsgáljuk, hogy milyen szerepet játszanak ezek az ellátások az érintettek egyéni jövedelmében. Ezt követően foglalkozunk az egyéb, egyéni jogosultságú pénzbeni ellátások előfordulásával az egészségkárosodottak körében. A fejezet második része a szociális szolgáltatások elérhetőségét és igénybevételét elemzi az egészségkárosodottak körében, a harmadik alfejezet pedig a vizsgált népesség jóléti állammal kapcsolatos attitűdjeiről ad áttekintést.

### 5.1. Az egészségkárosodottsággal kapcsolatos pénzbeni ellátások szerepe az egyéni jövedelmekben

Adataink szerint, összhangban a kutatás által megcélzott népesség fő jellemzőjével, a rokkantnyugdíj az egészségkárosodottak körében leggyakrabban előforduló pénzbeni ellátás: a vizsgált népesség 68%-a részesült az adatfelvétel idején rokkantsági nyugdíjban (5.1. táblázat). A rokkantsági nyugdíjnak a megvalósult mintából becsült átlagos összege közel 59 ezer forint volt az adatfelvétel időpontjában, tehát 2010. november-decemberében. A minta egészét tekintve, a rokkantsági járadék a második leggyakoribb ellátás: az egészségkárosodottak 14%-a részesül ebben a juttatásban. A rokkantsági járadék átlagos összege 35 ezer forint. Az egyéb ellátások igénybevétele lényegesen elmarad még a rokkantsági járadék esetében megfigyelttől is. A rehabilitációs járadék és a fogyatékosági támogatás/vakok személyi járadékának igénybevétele az egészségkárosodottak körében 4-4 százalékos. Átlagos összegét tekintve a rokkantsági nyugdíj mellett a rehabilitációs járadék a legjelentősebb ellátás: egy igénybevevőre 42 ezer forint jut. Számottevő, 30 ezer forintnál nagyobb összegű még az átmeneti járadék (35 ezer forint).

Az ellátások igénybevétele és átlagos összege természetesen nagymértékben függ az egészségkárosodottság mértékétől. Az 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodással élők közül csak minden második (48%) részesül rokkantsági nyugdíjban, annak átlagos összege pedig közel 56 ezer forint. Ebben a körben viszont az átlagosnál magasabb a rokkantsági járadék igénybevétele (21%), igaz átlagos összege (31 ezer forint) valamivel elmarad a D minta egészében becsült át-

lagtól. Az átlagosnál valamivel ugyancsak magasabb a rehabilitációs járadékban részesülők aránya is (5%).

Az 50-79%-os egészségkárosodással élők körében az igénybevétel már magasabb a D minta átlagánál, 70%, míg az ellátás havi átlagos összege éppen megegyezik az átlaggal. A rokkantsági járadék igénybevétele (14%), és összege (35 ezer forint) is átlag közeli.

A legsúlyosabban károsodottak 83%-a részesül rokkantnyugdíjban, ellátásuk összege pedig 63 ezer forint, tehát közel 4 és fél ezer forinttal haladja meg az egészségkárosodottakra jellemző átlagos összeget. Ezzel párhuzamosan a rokkantsági járadék igénybevétele elmarad a D minta átlagától, ám összege mintegy 9 ezer forinttal meghaladja a becsült mintaátlagot. Kiemelkedően magas a 80%-os egészségkárosodással élők körében a fogyatékossági támogatásban/vakok személyi járadékában részesülők aránya (20%).

A kérdezés során az öregségi és özvegyi nyugdíjakra, valamint az árvaellátásra is rákérdeztünk. Ahogyan láttuk, az egészségkárosodottak körében a domináns ellátási forma a rokkantsági nyugdíj és a rokkantsági járadék, a nyugdíj-ellátások szerepe marginális. A minta egészét figyelembe véve, öregségi nyugdíjban a kérdezettek 3%-a, özvegyi nyugdíjban azok 5%-a részesül, míg árvaellátásban mindössze 1%-uk. Körükben az öregségi nyugdíj átlagos összege 68 ezer forint, az özvegyi nyugdíjé 28 ezer forint, az árvaellátásé pedig 39 ezer forint.

A továbbiakban azt vizsgáljuk, hogy a rokkantellátások milyen mértékben járulnak hozzá az egészségkárosodottak egyéni jövedelméhez. Ehhez figyelembe vesszük a nyugdíjak (öregségi és özvegyi nyugdíj, valamint árvaellátás) és a rokkantsági, baleseti ellátások összegét, együttesen és külön-külön is. Utóbbiakon belül kiemelt figyelmet fordítunk a rokkantsági nyugdíjra és rokkantsági járadékra. A nyugdíjak és a rokkantsági ellátások összegét az egyéni jövedelem arányában fejezzük ki. Az 5.2. táblázat összegzi az eredményeket.

A nyugdíjak és a rokkantsági ellátások együttes összege az egészségkárosodottak egyéni jövedelmének döntő részét, átlagosan 87%-át teszik ki. Ez az arány értelemszerűen a legmagasabb a legnagyobb egészségkárosodottsággal együtt élők körében (93%) és csökkent az egészségkárosodás nagyságával: 50-79% közötti 89%, míg 50% alatt 77%. Ezek az arányok közel azonosak a C kutatás azonosan definiált részmintái esetében becsült arányokkal.

Ha az ellátások köréből elkülönítjük az öregségi és özvegyi nyugdíjat, valamint az árvaellátást, azt találjuk, hogy ezek együttesen csak az egészségkárosodottak egyéni jövedelmének 5%-át teszik ki. Az egyéni jövedelem nagyságát tehát döntően a rokkantsági és baleseti ellátások teszik ki, összességében az egészségkárosodottak saját jövedelmének 82%-át. A 50%-nál alacsonyabb egészségkárosodással élők körében ez az arány 74%, míg a legsúlyosabb helyzetben lévők, a 80% feletti egészségkárosodottak között ez a mutató már 90%. Azt találtuk, hogy a C kutatás

megfelelő részmintáiban az öregségi és özvegyi nyugdíj, valamint az árvaellátás szerepe nagyobb az egyéni jövedelmeken belül, mint a D kutatás esetében, és ennek megfelelően a rokkantsági ellátások súlya valamivel kisebb.

Ha külön elemezzük a rokkantsági nyugdíj szerepét az egészségkárosodottak jövedelmén belül, megfigyelhetjük, hogy ez az ellátás a vizsgált népesség egyéni jövedelmének nagyobbik részét, átlagosan valamivel több, mint háromötödét (62%) teszi ki. A rokkantsági járadék ehhez 12%-ot tesz hozzá, így ez a két ellátás eredményezi a megváltozott munkaképességűek jövedelmek háromnegyedét. Míg azonban a rokkantsági nyugdíj súlya növekszik az egészségkárosodottság mértékével, addig a rokkantsági járadék csökken. A C kutatás azonos részmintáin becsült árnyok egyrészt alacsonyabbak, másrészt valamelyest más összefüggést mutatnak az egészségkárosodottság mértékével.

Az adatfelvétel kérőívében rákérdeztünk az egyéni jogosultságon alapuló egyéb pénzbeni ellátásokra is, de csak azok igénybevételére, összegére vizont nem. Az adatok azt mutatják, hogy az egészségkárosodottak közel háromötöde a rokkantsági ellátásokon és a különböző nyugdíjakon kívül nem kap másfajta jóléti transzfert. Azt is megállapíthatjuk, hogy a megváltozott munkaképességűek körében messze leggyakoribb ilyen támogatási forma az alanyi jogosultságú közgyógyellátás (19%). Relatíve jelentős gyakoriságot regisztráltunk még a lakhatási támogatás (8%), a méltányossági alapú közgyógyellátás (7%), a rendszeres szociális segély és a természetbeni önkormányzati segély (5-5%). Ezek gyakorisága valamelyest változik az egészségkárosodottság mértékével. Így például az 50%-nál kisebb egészségkárosodással élők körében az alanyi jogosultságú közgyógyellátásban részesülők aránya 18%, míg a 80% feletti körében 48%. A más készpénzes ellátásban nem részesülők aránya is eltéréseket mutat e jellemző szerint. Az 50-79%-os egészségkárosodással élők körében ezek aránya kétharmados, a legsúlyosabban károsodottak körében azonban csupán egyharmados.

5.1. táblázat Az egészségkárosodottsághoz kapcsolódó pénzbeni ellátások igénybevétele, átlagos időtartama és átlagos havi összege

	Összesen			Egészségkárosodottság								
				< 50%			50-79%			> 80%		
	Igény-bevétel (%)	Hány hónapig kapta?	Átlagos nettó összeg - havi (Ft)	Igény-bevétel (%)	Hány hónapig kapta?	Átlagos nettó összeg - havi (Ft)	Igény-bevétel (%)	Hány hónapig kapta?	Átlagos nettó összeg - havi (Ft)	Igény-bevétel (%)	Hány hónapig kapta?	Átlagos nettó összeg - havi (Ft)
Öregségi nyugdíj	3.4	11.1	68343	1.7	12.0	64733	3.6	10.8	68421	3.3	11.9	66429
Özvegyi nyugdíj	5.3	11.3	28166	3.8	10.3	30200	6.1	11.4	27787	4	11.6	29224
Árvaellátás	0.6	10.5	38559	0.6	6.5	25000	0.6	11.0	43883	1.1	12.0	33400
Egészségkárosodási járadék	1.9	10.9	25999	3.2	11.9	26727	1.5	10.0	27649	1.4	12.0	22200
Átmeneti járadék	1.3	9.9	34695	2	9.6	28533	1.4	10.2	36641	0		
Rokkantsági (baleseti-) nyugdíj	67.8	11.8	58761	47.7	11.5	55545	70.4	11.8	58347	82.7	11.8	63121
Rokkantsági (baleseti-) járadék	14.2	11.3	35123	20.9	10.9	30970	13.7	11.5	35308	9.8	11.2	43816
Rehabilitációs járadék	3.8	10.4	42193	5.5	11.3	35989	3.4	9.8	45589	3.3	10.8	31978
Fogyatékosági támogató/vakok személyi járadéka	4.0	11.8	20233	0.6	12.0	31500	1.4	11.8	19173	19.6	11.8	20310
Időskorúak járadéka	0.1	6.5	23000	0.3	1.0	25800	0.1	12.0	20200			
Mezőgazdasági szövetkezeti járadék	0.1	12.0	4863	0			0.1	12.0	4863			
Más jogcímen kapott járadék	3.4	10.5	25367	5	9.6	26779	3	10.5	24235	3.3	12.0	28022
N=	2045			344			1384			277		

Forrás: D kutatás.

5.2. táblázat A nyugdíjak és az egészségkárosodottsághoz kapcsolódó ellátások aránya az egyéni jövedelmekben (%)

	C kutatás					D kutatás			
	Összesen	Egészségkárosodottság				Összesen	Egészségkárosodottság		
		Nincs adm. min.	<50%	50-79%	> 80%		<50%	50-79%	> 80%
A nyugdíjak és rokkantellátások együttes aránya a havi jövedelemben	50	21	68	84	90	87	77	89	93
Az öregségi és özvegyi nyugdíj együttes aránya a havi jövedelemben	12	16	4	8	8	5	4	6	4
A rokkantellátások együttes aránya a havi jövedelemben	38	5	64	77	82	82	74	84	90
A rokkantsági nyugdíj aránya a havi jövedelemben	24	0	37	54	55	62	43	64	73
A rokkantsági járadék aránya a havi jövedelemben	6	0	14	12	15	12	17	12	8
N=	2048	1102	172	593	127	2045	344	1384	277

Forrás: C és D kutatás

5.3 táblázat Egyéb pénzbeni ellátások igénybevétele az egészségkárosodottak körében (%)

	C kutatás					D kutatás			
	Összesen	Egészségkárosodottság				Összesen	Egészségkárosodottság		
		Nincs adm. min.	<50%	50-79%	>80%		<50%	50-79%	>80%
TGYÁS	0,5	0,9				0,1	0,3	0,1	
Anyasági támogatás	0,9	1,5				0,1	0,3	0,1	
GYED	1,1	1,7	0,6			0,2	0,6	0,1	
GYES	2,6	4,4	1,1	0,3		0,5	0,9	0,4	
GYET	0,4	0,8				0,0			
Rendszeres szociális segély	4,6	4,6	7,4	3,7	5,5	4,7	6,2	4,4	3,6
Rendelkezésre állási támogatás	1,3	1,9	1,7	0,2		0,7	1,5	0,5	
Közigyógyellátás, alanyi jogon	9,5	2,8	17,0	12,0	41,7	18,6	18,2	12,8	48,0
Közigyógyellátás, méltányossági alapon	3,7	1,4	6,8	5,9	8,6	6,5	6,5	6,2	9,0
Önkormányzati segély - természetbeni	4,2	3,4	5,1	4,2	10,9	4,6	5,6	4,3	5,4
Önkormányzati segély - pénzbeni	3,1	2,8	2,9	3,2	4,7	2,7	3,8	2,4	3,6
Lakhatási támogatás	5,3	3,2	9,1	7,4	7,8	8,2	10,9	8,0	6,5
Álláskeresői járadék	3,3	5,1	2,8	0,7		0,8	1,5	0,6	0,4
Keresetpótló juttatás	0,3	0,5			0,8	0,0			
Álláskeresői segély	0,9	1,1	1,1	0,2		0,4	0,6	0,3	0,4
Más, munkanélk. kapcsolódó ellátás	1,3	2,2	0,6			0,5	0,9	0,4	0,4
Vállalkozói járadék	0,2	0,3		0,2		0,0			
Tanulm. ösztöndíj, fogyatékos ösztöndíj	0,4	0,7				0,1		0,1	0,4
Szociális ösztöndíj	0,1	0,2				0,1	0,3	0,1	0,4

JÓLÉTI ELLÁTÁSOK SZEREPE ÉS AZ ÁLLAMMAL KAPCSOLATOS ATTITÜDÖK

	C kutatás					D kutatás			
	Összesen	Egészségkárosodottság				Összesen	Egészségkárosodottság		
		Nincs adm. min.	<50%	50-79%	>80%		<50%	50-79%	>80%
Oktatáshoz kapcs. étkezési hozzájárulás	0,6	1,0			0,8	0,4	0,6	0,5	
Oktatáshoz kapcs. lakhatási támogatás	0,2	0,3				0,0			
Egyéb ösztöndíj	0,2	0,3			0,8	0,1	0,3	0,1	
Egyik sem	55,9	59,3	50,6	58,2	28,9	58,3	53,4	64,5	35,9

Forrás: C és D kutatás.

## 5.2. Szolgáltatásokhoz való hozzáférés

A készpénzes ellátások igénybevételét és az egyéni jövedelmekben megfigyelt súlyát elemezve láthattuk, hogy az egészségkárosodott népesség nagymértékben függ a jóléti ellátórendszerrel, annak szabályozásától. Egy másik lehetséges kapcsolódási pont, a szociális szolgáltatások köre, melyre az egészségkárosodottak ugyancsak jelentős mértékben rá lehetnek szorulva. A kutatás kérdőíve tartalmazta azt a kérdést, hogy egy adott szolgáltatás a kérdezett számára elérhető-e, ha igen, akkor igénybe veszi-e, és ha elérhető, de nem veszi igénybe, szeretne-e mégis élni az adott szolgáltatás lehetőségével.

Az adatok (5.4. táblázat) azt mutatják, hogy a szolgáltatások (az időskorúak nappali ellátásától a házi segítségnyújtáson és a szociális étkeztetésen keresztül az ingyenes parkolásra jogosító kártyáig) jellemzően a vizsgált népesség egynegyede-fele számára érhetőek el. Kiemelkedik azonban a szociális étkeztetés, melyről a megkérdezettek 72%-a mondta azt, hogy számára elérhető lenne. A többség számára elérhető az időskorúak nappali ellátása és a házi segítségnyújtás (58-60%) is, míg a szenvedélybetegek nappali ellátása és az adósságkezelési szolgáltatás a megváltozott munkaképességűek alig egytizede számára jelent valós lehetőséget. Ugyancsak viszonylag magasa arányban említették a megkérdezettek a járóbeteg ellátást (40%) és az ingyenes parkolásra jogosító kártyát (36%) is.

A számok ugyanakkor azt is megmutatják, hogy bár a szolgáltatások, vagy legalábbis azok egy része viszonylag széles körben elérhető, az egészségkárosodottaknak csupán elenyésző része, legfeljebb egytizede veszi igénybe azok közül, aki számára az adott szolgáltatás valóban el is érhető. Kivételt ez alól a járóbeteg szakellátás (53%) és az ingyenes parkolásra jogosító kártya jelent (37%). A ki nem elégített kereslet sem mondható jelentősnek: azok körében, akik számára egy adott szolgáltatás elérhető lenne, de azt jelenleg nem veszi igénybe, ugyancsak nem éri el a 10%-ot azok aránya, akik a jövőben szeretnének élni a lehetőséggel. A leggyakoribb említés az ingyenes parkolásra jogosító kártya volt, 14%-kal.

---



5.4. táblázat A szociális szolgáltatások elérhetősége és igénybevétele (%)

	C kutatás						D kutatás		
	Akadályozottak			Egészségkárosodottak					
	Elérhető-e?	Ha igen: igénybe veszi-e?	Ha elérhető, de nem veszi igénybe: szeretné-e?	Elérhető-e?	Ha igen: igénybe veszi-e?	Ha elérhető, de nem veszi igénybe: szeretné-e?	Elérhető-e?	Ha igen: igénybe veszi-e?	Ha elérhető, de nem veszi igénybe: szeretné-e?
Időskorúak nappali ellátása	56,5	0,8	1,2	57,4	1,3	2,5	59,7	1,2	1,5
Fogyatékos emberek nappali ellátása	27,5	1,0	0,3	25,9	1,7	1,3	26,4	0,7	0,8
Szenvedélybetegek nappali ellátása	14,7	0,6	1,3	14,5	0,7		13,4	1,8	1,9
Pszichiátriai betegek nappali ellátása	15,8	3,4		18,2	6,5		18,4	8,3	1,8
Fogyatékosok rehabilitációs otthona	17,8	0,5	0,9	16,7	2,0	4,6	17,2	1,4	0,8
Falu- vagy tanyagondnoki szolgáltatás	20,8	2,2	0,5	21,8	4,0	1,3	25,4	2,9	1,2
Szociális étkeztetés	62,3	3,8	4,4	66,7	8,1	8,1	71,7	9,5	7,6
Házi segítségnyújtás	51,4	1,4	2,0	56,4	5,2	4,2	57,9	4,4	5,1
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	21,4	1,7	1,3	25,7	2,1	3,9	21,4	1,6	3,3
Támogató szolgáltatás	19,8	1,8	4,2	19,7	9,3	8,5	20,3	2,7	7,9
Adósságkezelési szolgáltatás	11,6	3,1	6,6	12,1	3,6	9,3	12,6	2,7	6,5
Jeltolmács szolgáltatás	6,7	2,7		6,1	1,8		6,1	0,8	0,8
Járóbeteg ellátás/nappali kórház	42,3	43,1	3,8	41,5	58,0	8,1	40,4	53,0	4,5
Ingyenes parkolásra jogosító kártya	28,8	4,1	11,0	32,2	25,7	18,8	36,6	27,8	13,6

Forrás: C és D kutatás.

## 5.3 Az állam szerepével kapcsolatos attitűdök

Az előző fejezetekben láthattuk, hogy az egészségkárosodottak jövedelme nagymértékben függ a jóléti rendszer nyújtotta készpénzes ellátásoktól, ezen belül is elsősorban a rokkantsági támogatásoktól. Ebben az alfejezetben azt vizsgáljuk meg, hogy az állam szerepével kapcsolatos attitűdök hogyan alakulnak az akadályozottak körében, és hogy vajon a teljes népességhez képest hogyan ítélik meg az egyéni, illetve az állam felelősségvállalást.

A kérdőívben összesen négy állításról, állításpárról kellett megmondaniuk a válaszadóknak, hogy mennyire értenek egyet velük, az ellentétes állítások közül melyikkel értenek inkább egyet. Az első ilyen kérdés arra vonatkozott, hogy az embereknek maguknak kell felelősséget vállalniuk a sorsuk alakulásáért, vagy pedig az állam felelőssége-e az emberekről való gondoskodás. Az érvényes választ adó egészségkárosodottak 46%-a ért egyet az első állítással. (5.5. táblázat) Az 1-től 4-ig terjedő skálán az átlagos pontszám 2,6 volt.<sup>15</sup> Ez az átlag a 18-62 éves teljes népességben 2,3<sup>16</sup>, azaz az egészségkárosodottak az átlagnál valamivel jobban támogatják az állami gondoskodást.

**5.5. táblázat. Az állami szerepével kapcsolatos attitűdkérdésekkel egyetértők aránya (%)**

		Egészségkárosodottak (%)
Az embereknek saját maguknak kell vállalniuk a felelősséget sorsuk alakulásáért	Teljesen egyetért	17
	Inkább egyetért	29
Az államnak nagyobb felelősséget kell vállalni az emberekről való gondoskodásban	Inkább egyetért	30
	Teljesen egyetért	25

Forrás: D kutatás.

A következő állításpár az öngondoskodásra vonatkozott. Az egészségkárosodottak 85%-a inkább azzal az állítással értett egyet, hogy „Az embernek segítenie kell nehéz helyzetű embertársainak”, míg mindössze 15%-uk értett egyet inkább vagy teljesen azzal a kijelentéssel, hogy „Mindenki

<sup>15</sup> 1-es értéket kapott, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Az embereknek saját maguknak kell vállalniuk a felelősséget sorsuk alakulásáért”, 4-es értéket pedig, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Az államnak nagyobb felelősséget kell vállalni az emberekről való gondoskodásban”.

<sup>16</sup> A teljes népességre vonatkozó adatok forrása: A piacgazdaság normatív keretei, 2009. A kutatás során a két állítással való egyetértést egy 1-től 10-ig terjedő skálán kellett kifejezni, ezért az adatokat a jelen kérdőívben használt 4 kategóriára (1-4) skáláztuk át.

gondoskodjon magáról, ahogy tud”. (5.6. táblázat) A négyfokú skálán ez 1,8-as átlagnak<sup>17</sup> felel meg, ami alacsonyabb, mint a megfelelő korú magyar lakosság körében mért 2,1-es átlag<sup>18</sup>, tehát a megváltozott munkaképességű népesség nagyobb mértékben tartja szükségesnek a rászorulóknak segítségét.

**5.6. táblázat. Az állami szerepével kapcsolatos attitűdkérdésekkel egyetértők aránya (%)**

		Egészségkárosodottak (%)
Az embernek segítenie kell a nehéz helyzetű embertársainak	Teljesen egyetért	41
	Inkább egyetért	44
Mindenki gondoskodjon magáról, úgy ahogy tud	Inkább egyetért	12
	Teljesen egyetért	3

Forrás: D kutatás.

Harmadsorban azt mértük fel, hogy kire számíthatnak a kérdezettek, ha bajba kerülnek. Az egészségkárosodottak mindössze 22%-a értett egyet részben vagy teljesen azzal, hogy baj esetén csak saját magára számíthat, míg közel négyötödük inkább azzal a kijelentéssel azonosult, hogy baj esetén mindig számíthat a barátaira, családtagjaira. Kiemelendő, hogy majdnem minden második egészségkárosodott teljesen egyetértett az utóbbi kijelentéssel, ami arra utal, hogy a valóságban is erős támogatásban részesülnek a hozzájuk közel állóktól (5.7. táblázat). Különösen annak fényében igaz ez, hogy az akadályozottak négyfokú skálán adott átlagosan 3,2-es pontszáma<sup>19</sup> a 18-62 éves népesség 2,7-es átlagával áll szemben.

<sup>17</sup> 1-es értéket kapott, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Az embernek segítenie kell a nehéz helyzetű embertársainak”, 4-es értéket pedig, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Mindenki gondoskodjon magáról, úgy ahogy tud”.

<sup>18</sup> A teljes népességre vonatkozó adatok forrása: A piacgazdaság normatív keretei, 2009. A kutatás során a két állítással való egyetértést egy 1-től 10-ig terjedő skálán kellett kifejezni, ezért az adatokat a jelen kérdőívben használt 4 kategóriára (1-4) skáláztuk át.

<sup>19</sup> 1-es értéket kapott, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Baj esetén csak saját magamra számíthatok”, 4-es értéket pedig, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Baj esetén családtagjaimra, barátaimra mindig számíthatok”.

**5.7. táblázat. Az állami szerepével kapcsolatos attitűdkérdésekkel egyetértők aránya (%)**

		Egészségkárosodottak (%)
Baj esetén csak saját magamra számíthatok	Teljesen egyetért	8
	Inkább egyetért	14
Baj esetén családtagjaimra, barátaimra mindig számíthatok	Inkább egyetért	32
	Teljesen egyetért	46

Forrás: D kutatás.

Végül pedig arra kérdeztünk rá, hogy az adók csökkentése és a szociális kiadások növelése közül melyiket támogatná inkább a válaszadó. A tízfokú skálán az 1-es az adók csökkentésének támogatását, a 10-es a szociális kiadások növelésének támogatását jelentette. Az egészségkárosodottak átlagosan 6 pontot adtak a kérdésre, tehát inkább a szociális támogatások növelését, mint az adók csökkentését támogatják. Különösen nyilvánvaló ez a megfelelő korú teljes népesség válaszaival összehasonlítva: körükben a kérdésre adott pontszámok átlaga 4,5 pont.<sup>20</sup>

Ahogy a fentiekben láttuk, az egészségkárosodottak minden esetben inkább az erősebb, gondoskodóbb államot, társas támogatást preferáló attitűdökkel rendelkeznek. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy ez mennyiben fakad abból, hogy a csoport szocio-demográfiai jellemzői eltérnek a teljes népesség jellemzőitől (lásd a 2. fejezetben), illetve mennyiben fakadnak abból a helyzetből, ami-ben az egészségkárosodottságból fakadóan élnek. A kérdés tehát úgy is feltehető, hogy az imént megfigyelt gondoskodó állam iránti igényeket mennyiben okozhatja-e az a tény, hogy az egészségkárosodottak jövedelme állami forrásokból származik, nem pedig munkajövedelemből.

Ennek érdekében a két adatbázison<sup>21</sup> ún. *pooled OLS* regressziós modellt futtattunk. A függő változó az adócsökkentés vagy a szociális kiadások növelésének tízfokú skálán mért támogatása volt, ahol a kis értékek az adócsökkentés támogatását jelentették. Kontrollváltozóként a kérdezett életkorát, nemét, lakóhelyét (településtípus és régió), iskolai végzettségét, családi állapotát, munkaerő-piaci státusát, etnikumát, életszínvonalával való elégedettségét, valamint a háztartás ekvi-

<sup>20</sup> A teljes népességre vonatkozó adatok forrása: 'A piacgazdaság normatív keretei, 2009'. A kutatás során a két állítással való egyetértést egy 0-tól 10-ig terjedő skálán kellett kifejezni, ezért az adatokat a jelen kérdőívben használt 10 kategóriára (1-10) skáláztuk át. A skála két végpontjának jelentése nem volt teljesen azonos az akadályozottaknak feltett kérdésben szereplővel. Ebben a kutatásban az adók csökkentésével szemben a jóléti kiadások növelése állt. Mivel a két fogalom meglehetősen hasonló egymáshoz, és a kérdés így is az állam szerepére utal, ezért az eltérések figyelembe vétele mellett lehetségesnek tartjuk a két kutatás eredményének összevetését.

<sup>21</sup> Jelen kutatás adatbázisa mellett a teljes népességre reprezentatív 'A piacgazdaság normatív keretei, 2009' kutatás adatbázisát használtuk.

valens jövedelmét (OECD 2 skála) és a háztartásban élő 18 év alatti személyek számát vontuk be. Szerepeltettük továbbá a modellben, hogy az egészségkárosodottságot, mint a D minta tagjait megkülönböztető jellemzőt. Ez utóbbi esetében azt vártuk, hogy ha helyes az a feltételezés, hogy az egészségkárosodottak e jellemzőjükkel összefüggésben inkább támogatják a szociális kiadások növelését, pozitív és szignifikáns becslést együtthatókat kapunk.

Az eredményeket az 5.8. táblázat tartalmazza. A kontrollváltozók hatása megfelelt a várakozásunknak. Feltételezve, hogy az egyének önérdekkövetőek, a szegényebbek esetében inkább a szociális, jóléti kiadáson növelésének támogatása várható. Ennek megfelelően, mind az ekvivalens jövedelem, mind az életszínvonallal való elégedettség becslt együtthatója negatív és szignifikáns (-0,239 és -0,098), azaz minél magasabb valakinek a háztartásában az ekvivalens jövedelem, annál inkább az adócsökkentést támogatja, és hasonlóan, minél elégedettebb valaki az életszínvonalával, annál inkább a kisebb adók híve. Az adócsökkentés támogatása növekszik ugyan az iskolai végzettséggel (ami megfelel annak az elméletnek, mely szerint a jövőben várható mobilitással magyarázza a redisztribúció iránti igényt<sup>22</sup>), azonban a becslt együtthatók egyetlen végzettségi szinten sem bizonyultak szignifikánsnak. Aki a társadalmi ranglétrán való felemelkedésre számít, kevésbé támogatja az állami redisztribúciót, jelen kérdés esetében pedig hihető feltételezés, hogy kevésbé támogatja a szociális kiadások növelését. A vállalkozók inkább az adócsökkentés mellett vannak (-0,528), míg a nyugdíjasok a szociális kiadások növelését támogatják (0,397).

A minket érdeklő kérdésre a válasz, hogy az egészségkárosodottak *ceteris paribus* inkább támogatják a szociális kiadások növelését, mint az adócsökkentést. A D minta tagjai a tízfokú skálán 1,041 ponttal magasabb értéket jelöltek meg a nem egészségkárosodottakhoz képest.

---

<sup>22</sup> Alesina, A. – La Ferrara, E.: Preference for redistribution in the land of opportunities. *Journal of Public Economics*, 89 (2005), 897-931.

Rainer, H. – Siedler, Th.: Subjective income and employment expectations and preference for redistribution. *Economic Letters*, 99 (2008), 449-453.

**5.8. táblázat. Az adócsökkentéssel szemben a szociális/jóléti kiadások támogatását meghatározó tényezők**

Minta (ref. kat.: Nem egészségkárosodott)	
Egészségkárosodott	1.041*** (0.149)
Életkor	0.003 (0.007)
Nem (ref. kat.: Nő)	-0.014 (0.107)
Településtípus (ref. kat.: Budapest)	
Város	0.063 (0.156)
Község	0.041 (0.170)
Iskolai végzettség (ref. kat.: Legfeljebb 8 általános)	
Szakma	-0.157 (0.128)
Érettségi	-0.078 (0.144)
Diploma	-0.323 (0.213)
Családi állapot (ref. kat.: Nőtlen, hajadon)	
Házas	-0.354** (0.167)
Elvált	-0.136 (0.192)
Özvegy	-0.266 (0.231)
18 év alatti háztartástagok száma (ref. kat.: 0)	
1	-0.162 (0.188)
2	-0.202 (0.253)
3 vagy több	0.909* (0.502)
Munkaerőpiaci státus (ref. kat.: Alkalmazott)	
Vállalkozó	-0.528* (0.297)
Alkalmi munkákból, megbízásokból él	0.321 (0.406)
Munkanélküli	-0.033 (0.270)
Nyugdíjas	0.397**

	(0.158)
Gyerekneveléshez kapcsolódó juttatást kap	0.515
	(0.432)
Tanuló	-0.286
	(0.314)
Egyéb	0.301
	(0.283)
Cigány származású	0.124**
	(0.063)
LN(ekvivalens jövedelem)	-0.239*
	(0.133)
Életszínvonallal való elégedettség	-0.098***
	(0.026)
Konstans	7.843***
	(1.561)
N	2388
Korrigált R <sup>2</sup>	0.091

Forrás: D kutatás és 'A piacgazdaság normatív keretei, 2009' kutatás.

Megjegyzések. Függő változó: Az adókat csökkentené vagy szociális/jóléti kiadásokat növelné, 1-10 skála, becslési eljárás: OLS. \*  $p < 0.10$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.01$ . A becsült együtthatók alatt zárójelben a robosztus standard hiba található.

## 6. Foglalkoztathatóság

Ahogy azt a korábbi fejezetekben bemutattuk, az egészségkárosodással élők 12%-a dolgozik alkalmazottként (felük, 6% részmunkaidőben), 1%-uk vállalkozó, további 2%-uk alkalmi munkából él (6.1.. táblázat). A vizsgált népesség 85%-a tehát inaktív.

**6.1. táblázat. Egészségkárosodott népesség jelenlegi foglalkoztatottsága**

	Egészségkárosodással élő népesség %
Alkalmazott, teljes munkaidőben	6 %
Alkalmazott, részmunkaidőben	6 %
Vállalkozó	1 %
Alkalmi munkából él	2 %
Inaktív	85 %
Összesen	100 %

Forrás: D kutatás.

Napjainkban a társadalompolitika egyik legfontosabb célja a foglalkoztatottság növelése, melynek elérése kapcsán az inaktív csoportok – így közöttük az egészségkárosodással élők – foglalkoztathatósága kiemelt figyelmet kap. Jelen fejezet azt a kérdéskört járja körül, hogy mennyiben növelhető ezen népesség munkaerő-piaci részvétele.

Ha egyéni szinten vizsgáljuk a munkaerőpiacra való visszatérés feltételeit, nyilvánvaló, hogy sok körülmény együttes fennállása szükséges a munkaerőpiacra való belépéshez, ezek közül négyet emelnénk ki:

- Széles értelemben vett munkaképesség – vagyis olyan testi és lelki egészségi állapot, mely lehetővé teszi a munkavégzést
- A munkavállaló elhelyezkedési szándéka
- A munkavállaló piacképes tudása, tapasztalata – értékes-e a munkaerőpiac számára
- A gazdaság munkaerő-kereslete



E négy feltétel közül a kutatási design-ból adódóan csak az első három témakörrel tudunk foglalkozni. A fejezet első részében az első két feltételt együtt mutatjuk be. Így kiemelten a vizsgált népesség munkavállalási hajlandóságát, illetve ennek meghatározóit járjuk körül. Ezt követően pedig olyan adatokat szeretnénk bemutatni, amelyek néhány kiválasztott – munkavállaláshoz gyakran szükséges - kompetencia meglétét, illetve hiányát mutatja be.

## 6.1 Munkaképesség és személyes szándék

### MUNKAKÉPESSÉG

Mivel adataink önbevalláson alapuló surveyből származnak, igen korlátozottak a lehetőségeink arra, hogy objektíven meghatározzuk, az egyes mintába került személyek testi-lelki állapota mennyiben teszi lehetővé a munkavállalást. Ennél azonban fontosabb az, hogy néhány begyűjtött, számszerűsíthető, illetve kategorizálható információ alapján nem szívesen mondanánk ítéletet egyéni szinten. Megtették már ezt a szakértői bizottságok, illetve ha elindulnak ezt a csoportot célzó foglalkoztatási programok, minden bizonnyal megfelelő szakemberek megalkotják majd a megfelelő minősítési rendszert.

A munkaképesség kérdésében ezért mi most a válaszadók saját magukról alkotott véleményére fogunk hagyatkozni. Az adatfelvétel idején inaktív válaszadóinktól megkérdeztük ugyanis, hogy látják, testi vagy pszichés problémájuk teljes mértékben korlátozza-e őket a munkavállalásban. Erre a kérdésre a megkérdezettek 77%-a igennel válaszolt. Vagyis az egészségkárosodással élő jelenleg inaktív népesség kb. egynegyede (23%-a) gondolja úgy, hogy jelenlegi állapotában alkalmatlan lenne valamilyen típusú munkavállalásra.

Logisztikus regresszió segítségével vizsgáltuk meg, hogy ezt a fajta önbesorolást milyen egyéb egyéni és háztartás jellemzők határozzák meg. A modellbe építettük a kérdezett nemét, korcsoportját, iskolai végzettségét, lakóhelyének településtípusát, etnikai identitását, a hivatalosan elismert egészségkárosodásának mértékét, azt, hogy milyen életkorban szembesült akadályozottságával, hogy 15 éves kora óta eltelt évek hány százalékát töltötte fizetett munkával, a szubjektív egészségi állapotot, illetve a háztartási jellemzők közül az anyagi deprivációt és a háztartásban élő akadályozott személyek számát.

Ahogy azt a Melléklet 17. táblázata is bemutatja, a sok feltételezett magyarázó tényező közül a többváltozós modellben kevés bizonyult valóban jól magyarázó ismérvnek. A szakértői bizottságok által elismert nagyarányú egészségkárosodás/munkaképesség-csökkenés mértéke együtt jár azzal, hogy az érintett személy is kevésbé tartja magát képesnek a munkára. A legjobban magyarázó változónak a szubjektív egészségi állapot bizonyult, a kapcsolat iránya nem meglepő: azok,

akik jobbnak ítélik egészségi állapotukat, sokkal inkább alkalmasnak érzik magukat a munkavállalásra. A második, hasonlóan erős magyarázó tényezőnek a munkával töltött évek aránya mutatkozott: minél nagyobb részt tesz ki az adott személy életéből a fizetett munka, annál inkább alkalmasnak tartja magát jelenleg is a munkavállalásra. A harmadik magyarázó tényezőnek az egy háztartásban élő akadályozott személyek száma bizonyult. Azok a személyek, akik más akadályozott családtagokkal élnek együtt, sokkal kevésbé gondolják magukról, hogy képesek lennének fizetett munkát végezni.

Érdekes azonban néhány szót arról is szólni, hogy mely tényezők nem voltak szignifikáns magyarázói ennek a kérdésnek. Elsőként az életkort és a nemet kell kiemelnünk<sup>23</sup>. Vagyis, ha a fenti változókat kontroll alatt tartjuk, látható, hogy a nők között (a férfiakhoz viszonyítva) nem kisebb azok aránya, akik képesnek tartják magukat a fizetett munkára, és ugyanez igaz az idősebb generáció tagjaira is, ha a fiatalabbakhoz viszonyítunk. Romák és nem romák között sem volt különbség ebben a tekintetben.

### A MUNKAVÁLLALÁSI SZÁNDÉK

Ha a munkaerőpiac felé tehető egyéni lépéseket soravesszük, jól megfigyelhető azok számának szűkülése, akik készek a munkaerőpiacra való (újbóli) belépésre (6.2. táblázat). Az inaktívak egyharmada (33%) tud elképzelni olyan munkakörülményeket vagy munkavégzési formát, amely mellett hajlandó lenne dolgozni, ahogy ezt már bemutattuk, 23%-uk tartja magát képesnek a munkavégzésre. Az inaktívak kevesebb, mint egyharmada (27%) szeretne jelenleg munkát vállalni. Az elmúlt két évben 18%-uk kísérelt meg munkát szerezni, jelenleg 12%-uk keres állást. A munkaügyi központok nyilvántartásában jelenleg 9%-uk szerepel.

Mindezek alapján a jelenleg inaktívakat négy csoportba sorolhatjuk: tízből hat személy (60%) egyáltalán nem tartja magát alkalmasnak a munkavállalásra és nem is szeretne dolgozni, 13% képesnek tartja magát a munkára, de nem szeretne dolgozni, 15%-uk szeretne dolgozni, de jelenleg nem keres munkát, míg 12% tekinthető aktív álláskeresőnek (6.3. táblázat).

Ebben a tekintetben jelentős különbségek mutatkoznak a különböző korú, iskolázottságú, lakóhelyű, élettörténetű személyek között, valamint természetesen az is szerepet játszik, hogy mekkora a kérdezett hivatalosan is igazolt egészségkárosodása.

<sup>23</sup> Az életkornak sem folytonos, sem pedig kategoriális változóként nem volt szignifikáns magyarázóereje.

**6.2. táblázat. Foglalkoztatottsági hajlandóság**

Inaktívak között	Igen	Nem
El tud-e képzelni olyan munkakörülményeket, munkavégzési formát, amely mellett hajlandó lenne dolgozni?	33%	67%
Testi vagy pszichés problémája teljes mértékben korlátozza Önt a munkavállalásban?	77%	23%
Szeretne Ön munkát vállalni, elhelyezkedni?	27%	73%
Az elmúlt két évben keresett munkát?	18%	82%
Jelenleg keres munkát?	12%	88%
Szerepel a munkaügyi központok nyilvántartásában?	9%	91%

Forrás: D kutatás.

**6.3. táblázat. Munkakeresési hajlandóság**

	Egészségkárosodással élő inaktív népesség
Aktív álláskereső	12 %
Szeretne dolgozni, de nem keres munkát	15 %
Képesnek tartja magát a munkára, de nem szeretne dolgozni	13 %
Nem tartja magát képesnek magát a munkára, nem akar dolgozni	60%
Összesen	100 %

Forrás: D kutatás.

Ha a keresési hajlandóság kapcsolatát vizsgáljuk a legfontosabb egyéni jellemzőkkel, legmarkánsabb hatása az életkornak és az egészségkárosodás mértéknek van. Az 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodást szenvedők 24%-a aktív álláskereső, további 20%-uk szeretne dolgozni. A 80%-nál nagyobb egészségkárosodással élők között ezek az arányok 3, ill. 15%. Vagyis a teljes vizsgált népességben tapasztalt 27%-os aránnyal szemben 18%-uk szeretne dolgozni.

Az életkor tekintetében azt tapasztaltuk, hogy az 50 év alatti korosztály hajlandósága jelentősen eltér az idősebb generációkétól. Természetesen a legfiatalabb (18-39 éves) generáció a leginkább motivált: 22%-uk aktív álláskereső, további 24% pedig szeretne dolgozni. Kismértékben marad csak el ettől a 40-49 évesek hajlandósága: 18%-uk aktív álláskereső, további 25% szeretne dolgozni. Mindkét korcsoportban 45% alatti azok aránya, akik nem tartják magukat képesnek a munkára. Ez a mutató az 50-54 évesek között már 54%, az 55 év felettiek között pedig kiugróan

magas: 70%-os. Ez a korcsoport saját megítélése szerint nemigen mobilizálható: 18%-uk szeretne elhelyezkedni.

Az iskolai végzettség mentén az alacsonyabb végzettségű csoportok felé haladva növekszik a magukat munkaképtelennek ítézők aránya: a felsőfokú végzettségűek között ez az arány 55%, az érettségizetteknél ezzel gyakorlatilag megegyezik: 54%, a szakmunkás végzettségűek között már 58%, a maximum általános iskolát végzettek között pedig 65%.

Férfiak és nők között nem mutatkozott különbség ebben a tekintetben.

A régiók közötti vizsgálódás eredményei közül a következőket emelnénk ki: Észak-Magyarországon és Dél-Alföldön az országos aránynál nagyobb hajlandóságot mutattak a munkaerőpiacra való visszatérésre, az inaktív kérdezettek: 32, illetve 35%-a szeretne dolgozni. Fontos azonban megjegyezni, hogy e személyek többsége nem aktív álláskereső. Közép-Magyarországon kiemelkedő, csaknem egynegyedes (24%) azok aránya, akik képesnek tartják magukat a munkára, de nem szeretnének dolgozni. Budapesten ez az arány 19%. Közép- és Nyugat-Dunántúlon pedig jóval átlag feletti azok aránya, akik nem tartják képesnek magukat semmilyen fizetett munkára (73, ill. 72%).

## 6.4. táblázat. Munkakeresési hajlandóság

	Aktív állás- kereső	Szeretne dolgozni, de nem keres munkát	Képesnek tartja magát a munkára, de nem sze- retne dol- gozni	Nem tartja magát ké- pesnek ma- gát a mun- kára, nem akar dol- gozni	Összesen
Összes inaktív	12%	15%	13%	60%	100%
18-39 éves	22%	24%	10%	44%	100%
40-49 éves	18%	25%	15%	42%	100%
50-54 éves	16%	18%	12%	54%	100%
55-62 éves	8%	10%	13%	70%	100%
Legfeljebb 8 általános	12%	13%	10%	65%	100%
Szakmunkásképző	12%	16%	15%	58%	100%
Érettségi	13%	19%	14%	54%	100%
Felsőfok	17%	11%	17%	55%	100%
Budapest	8%	11%	19%	61%	100%
megyeszékhely	16%	19%	10%	55%	100%
város	13%	15%	13%	59%	100%
község	11%	15%	11%	62%	100%
Közép Magyarország	7%	13%	24%	55%	100%
Közép Dunántúl	6%	13%	9%	73%	100%
Nyugat Dunántúl	11%	11%	6%	72%	100%
Dél Dunántúl	14%	14%	9%	62%	100%
Észak Magyarország	13%	19%	10%	58%	100%
Észak Alföld	15%	14%	14%	57%	100%
Dél Alföld	15%	20%	9%	56%	100%
Születése óta fennáll	10%	20%	15%	55%	100%
1-20 évesen	11%	22%	9%	58%	100%
21-40 évesen	17%	16%	13%	54%	100%
41-50 évesen	9%	12%	13%	66%	100%
51-60 évesen	7%	13%	11%	69%	100%
<50%	24%	20%	14%	42%	100%
50-79%	12%	14%	12%	62%	100%
80+%	3%	15%	15%	67%	100%

Forrás: D kutatás.

A munkavállalási szándékra koncentrálna logisztikus regresszió segítségével is vizsgáltunk. Ebben a modellben kizárólag a munkavállalási szándékra koncentráltunk (lásd a Melléklet M18.

táblázatát). Azok a személyek kaptak 1-es értéket akik az imént bemutatott tipológia első vagy második kategóriájába tartoznak. (Vagyis vagy aktív álláskereső, vagy nem keresnek ugyan aktívan munkát, de szeretnének munkát vállalni). Megmutatkozott, hogy minden más feltétel azonosága mellett az egyéb városokban élők motivációja jóval nagyobb a budapestiekénél, és az 50 év feletti generáció munkavállalási hajlandósága szignifikánsan alacsonyabb a fiatalabbakénál (referenciacsoport: 18-39 évesek). Az anyagilag deprivált háztartások tagjai inkább szeretnének munkát vállalni. A jónak ítélt egészségi állapot természetesen szintén növeli a hajlandóságot. Nem találtunk azonban kapcsolatot a háztartás munkaintenzitásával, a munkával töltött évek arányával, az akadályozottságban töltött évek arányával.

## 6.2. A munkakeresés akadályai

Ahhoz, hogy jobban megértsük a vizsgált népesség munkavállaláshoz kapcsolódó viszonyát, érdemes a pusztán szándék megléténél mélyebben keresni az okokat. Éppen ezért az interjúk során több olyan lehetséges indokot is felsoroltunk, amelyek miatt valaki nem keres munkát.

Kimagasló (csaknem 50%-os) volt azok aránya, akik szerint egyáltalán nincsenek munkalehetőségek azon a környéken, ahol ők élnek (48%), illetve azoké, akik nem ismernek szükségleteiknek megfelelő munkalehetőségeket (45%). (6.5. táblázat)

Az inaktív egészségkárosodott népességen belül 20-30% azok aránya, akiknél az a szempont is szerepet játszik, hogy elveszítenék jelenlegi jövedelmük, vagy támogatásaik egy részét, ha munkába állnának.

Minden ötödik személy (19%) úgy érzi, hogy nincs megfelelő képzettsége ahhoz, hogy munkába álljon, 17% pedig a közlekedési lehetőségek hiányára hivatkozik.

Jelentős, szintén egyötöd körüli azok aránya, akik azt állítják, családjuk és barátaik lebeszélik őket arról, hogy munkába álljanak. 10% azok aránya, akik esetleges munkába állásuk esetén diszkriminációtól tartanak.

Minden tizedik személy (8%) családi kötelezettségeire hivatkozik.

## 6.5. táblázat. Inaktivitás indoklása

	Igen	Nem	Nem tudja	Összesen
Elveszítené a jelenlegi jövedelme egy részét vagy teljes jövedelmét, ha munkába állna	28%	66%	6%	100%
Elveszítené a jelenlegi támogatásai egy részét vagy minden támogatást, amit jelenleg kap, ha munkába állna	21%	73%	6%	100%
A családja vagy barátai nem támogatják vagy lebeszélrik Önt arról, hogy munkába álljon	21%	77%	2%	100%
Családi kötelezettségei miatt nem teheti meg	8%	90%	1%	100%
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket	45%	54%	1%	100%
Attól tart, hogy munkatársai elszigetelnek/elkülönítik Önt	10%	88%	2%	100%
Diszkrimináció áldozata volt	6%	93%	2%	100%
Úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő	19%	79%	1%	100%
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség	17%	82%	1%	100%
Egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken	48%	50%	2%	100%

Forrás: D kutatás.

## 6.2. Munkába állást segítő program egy lehetséges célcsoportja

Egy esetleges jövőben induló foglalkoztatási program számára kiemelt célcsoport lehet azoké, akik szeretnének dolgozni, de jelenleg nem keresnek munkát. Azért is gondoljuk így, mert a már aktív állásukra számukra „csak” megfelelő munkahelyet kell biztosítani. Azok viszont, akik nyitottak a munkavállalásra, de ezért nem tesznek, minden bizonnyal más eszközökkel is kell megszólítani. Ahhoz, hogy ennek a csoportnak a munkavállalási hajlandóságát növeljék, hasznos lehet, ha mélyrehatóbb ismeretekkel rendelkeznek róluk.

Ebből a megfontolásból találtuk hasznosnak, ha erre a célcsoportra vonatkozóan néhány további – az eddigiekkel ellentétes logikájú - megoszlást is bemutatunk.

Azoknak, akik szívesen dolgoznának, de nem keresnek állást, kb. 65%-a 50-79%-os egészségkárosodással él, 20%-uk minősítése 50% alatti, 14%-uké pedig a 80%-ot is meghaladja. Csak 13%-uk kerül ki a 40 évnél fiatalabbak köréből, a derékhad (52%) 40-54 éves. Iskolai végzettségük

megoszlása a teljes egészségkárosodott népességéhez hasonló: 33%-uk legfeljebb 8 általánost végzett, 40% a szakmunkások aránya, az érettségizetteké 24, míg a diplomásoké 3%.

Ez a csoport egészen 2-3 fontos ponton más struktúrájú érvekkel indokolta, hogy miért nem dolgozik. Az összes inaktív válaszaihoz viszonyítva még inkább kiemelkedő, 60% körüli azok aránya, akik az álláslehetőségek hiányára hivatkoznak, a legmarkánsabb különbség azonban az, hogy többségük (60%-uk) úgy érzi iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő a munkavállaláshoz. Ez az arány az összes inaktív között mindössze 19% volt.

### 6.3. Képességek és munkatapasztalat

Ahogy azt a bevezetőben is ígértük, zárásként néhány inaktív csoportok foglalkoztathatóságát jellemző változó megoszlását közöljük. Igyekeztünk olyan kérdéseket kiválasztani, amelyek a mai munkaerőpiacon jelentősen növelik az elhelyezkedési esélyeket. Ebből a célból az idegennyelv-ismeret, a jogosítvány és az internethasználat kerül bemutatásra.

Ezek előtt azonban azt szeretnénk bemutatni, hogy az egészségkárosodással élő népesség (részben életkorából adódóan) komoly munkatapasztalattal rendelkezik. Átlagosan csaknem 22 évet töltöttek fizetett munkával.

Az egészségkárosodással élő népesség 30%-ának van érvényes jogosítványa. Életkoruk és társadalmi helyzetük ismeretében nem meglepő, hogy mindössze 9%-uk beszél valamilyen idegen nyelven.

Az egészségkárosodottak mindössze 39%-uk rendelkezik internetkapcsolattal, ám csak 27%-uk használja azt. Az internetet nem használók 45%-a úgy véli, nincs szüksége az internetre, és közel azonos arányban hivatkoznak arra, hogy nincs pénzük számítógépre, internetre.

### 6.4. Az aktívak helyzete a munkaerő-piacon

A rokkant, egészségkárosodott népesség foglalkoztathatóságáról szóló fejezet egészen idáig az inaktív csoportokra fókuszált. Szeretnénk azonban néhány szót szólni e népesség gazdaságilag aktív kisebbségéről is.

Azért is kell szót ejteni róluk, mert közel felük tart attól, hogy a következő periódusban elveszíti munkáját. 8% azok aránya, akik nagyon számítanak erre, további 39% pedig valamelyest számít rá (6.6. táblázat). Az aktívak körülbelül fele érzi biztosnak pozícióját.



**6.6. táblázat. Félelem az állás elvesztésétől**

Számít-e Ön arra, hogy a következő hat hónapban elveszíti a munkáját?		
Aktívak között	N=	%
Nagyon számít rá	21	8%
Valamelyest számít rá	97	39%
Egyáltalán nem számít rá	133	53%
Összesen	251	100%

Forrás: D kutatás.

Amennyiben ez a nem kívánt esemény bekövetkezne, saját helyzetüket nem értékelik túl jónak: mindössze 7 %-uk gondolja, hogy biztosan találna újabb munkalehetőséget. Több mint felük úgy érzi, biztosan nem találna új munkát, tízből négy kérdezett (37%) pedig úgy érzi, van esély arra, hogy állást talál, de ezt biztosan nem állítaná (6.7. táblázat).

**6.7. táblázat. Találna-e ismét munkát**

Mennyire biztos abban, hogy képes új munkát találni?		
Aktívak között	N=	%
Biztosan nem találna	148	56%
Talán találna	97	37%
Biztos, hogy találna	18	7%
Összesen	263	100%

Forrás: D kutatás.

## 7. A társadalmi kirekesztettség nem anyagi vetülete

Az egészségkárosodottak életében központi jelentőségű, hogy egészségi állapotukból fakadó korlátozottságuk ellenére mennyire képesek integrálódni a hétköznapi életbe. Ennek számos csatornája van, a korábban már érintett munkaerőpiac mellett is, amelyek közül itt a rokoni és baráti kapcsolatok kiterjedtségét és jellegét, továbbá a közéletben való részvételt és a diszkrimináció előfordulását vizsgáljuk. Ugyanakkor, ebben a kérdéskörben érdemes olyan általánosabb jellegű attitűdöket is megvizsgálni, mint a saját helyzettel való elégedettség, a személyes jövőkép vagy az életszínvonal megítélése.

### 7.1. Családi és baráti kapcsolatok

Ahogy már korábban, a demográfiai fejezetben már bemutattuk, az egészségkárosodottsággal élők családi állapotuk alapján eltérnek a teljes felnőtt népességtől, és ez az eltérés vélhetően nem független attól, hogy belső megoszlásuk alapján összességében idősebbek, mint a az aktív korú teljes lakosság. Más tényezők mellett ez is szerepet játszhat abban, hogy az egészségkárosodottak körében feleakkora arányban találunk nőtleneket, hajadonokat (14%), mint a teljes népességben (32%), ugyanakkor az elváltak aránya négyszeres a valamilyen egészségi problémával küzdők között (17% vs. 4%). Ennek ellenére az egészségkárosodottak és a teljes népesség körében egyaránt a legjellemzőbb a párkapcsolati életforma, sőt, még az arányok is megegyeznek: mindkét csoportban a népesség fele él házasságban vagy élettársi kapcsolatban (egyenként 52%).

Érdekes, hogy míg az egészségkárosodottsággal élő férfiak 21%-a nőtlen, addig a nők 8%-a hajadon. Az viszont már nem olyan meglepő, sokkal inkább a hazai demográfiai viszonyokat tükrözi, hogy a 18-62 éves egészségkárosodott népességen belül a nők között ötször annyian özvegyek (19%), mint a férfiak körében (4%).

Az se meglepő, hogy az életkor emelkedésével csökken a hajadonok/nőtlenek aránya. Az viszont már kiemelő, hogy míg a 18-39 éveseknek többsége (57%) nem házasodott még meg, addig a negyvenes éveikben járók között már csak 21%, az ötvenes éveik első felében járók között 10%, az 55-62 évesek körében pedig csak 5% az arányuk, azaz a 40 éves kor vízválasztónak látszik ebben a kérdésben. Az iskolai végzettség szerint is találunk különbségeket: míg a legfeljebb általános iskolát végzettek 18%-a nem házasodott még meg sose, addig a szakmunkás végzettségűeknek csak 10%-a, a legalább érettségizetteknek 12%-a, a diplomásoknak pedig 15%-a.

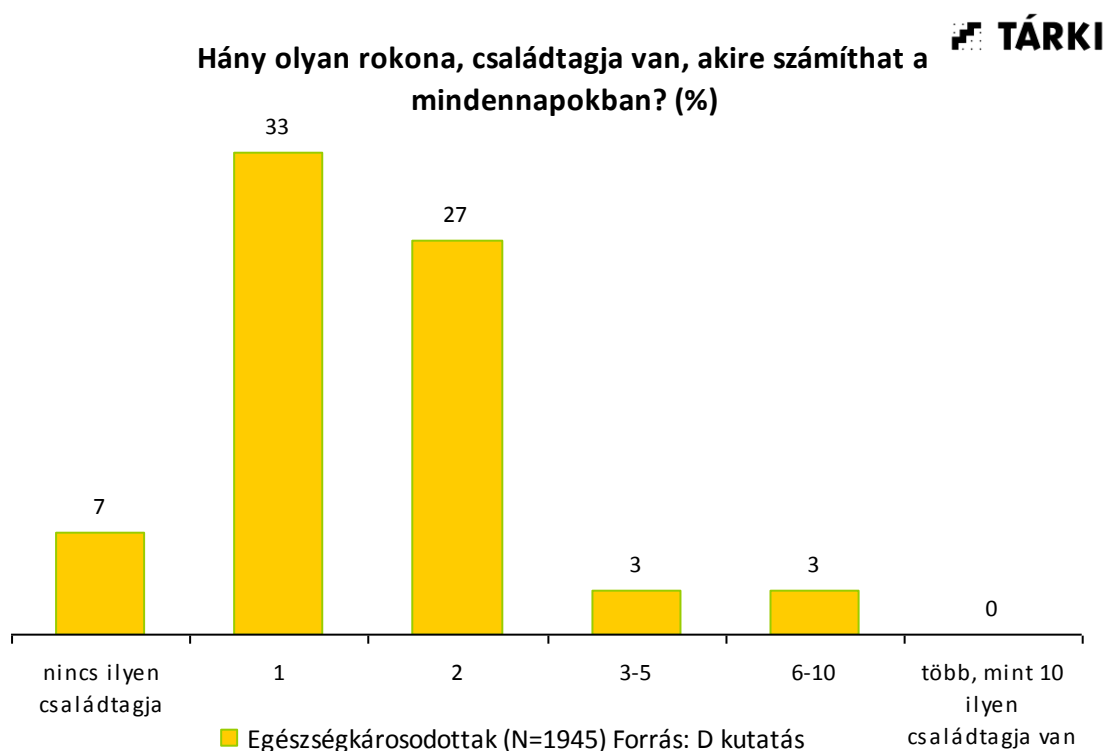
Szintén markáns különbségeket tapasztalunk az egészségkárosodás mértéke szerint: akiknek legalább 80%-os egészségkárosodást állapítottak meg, azok negyede (23%) nem házasodott még meg, míg akiknek orvosszakértői igazolásuk alapján a kevésbé súlyos (50% alatti vagy 50-79%-os) az egészségkárosodásuk, ott alacsonyabb a nőtlenek, hajadonok aránya (12% és 14%).

A házassággal definiált családi állapothoz képest kicsit tágabb azok köre, akiknek van partnerük, legyen az házas- vagy élettárs, esetleg nem velük együtt élő partner. Az egészségkárosodottak közül tízből hatan (61%) rendelkeznek partnerrel, négyen (39%) viszont egyedülállók.

Az életkor kismértékben befolyásolja azt, hogy kinek van partnere: a legfiatalabb korosztályban (40 év alattiak) tízből öten (48%) élnek párkapcsolatban, míg az idősebb korosztályokban tízből legalább hatan (negyvenesek: 61%, ötvenesek: 65%, 55-62 évesek: 61%). Ennél is jobban befolyásolja azonban ezt a kérdést a jelenleg is akadályozottságot okozó betegség időbelisége: aki ugyanis már születése óta küzd jelenleg is meglévő problémájával, azok kisebb arányban rendelkeznek partnerrel (41%), mint akik csak idősebb korukban szembesültek az akadályozottságukat okozó betegséggel (21-40 évesen szembesült vele: 61% él párkapcsolatban, 41-50 évesen: 65%, 51-60 évesen: 63%).

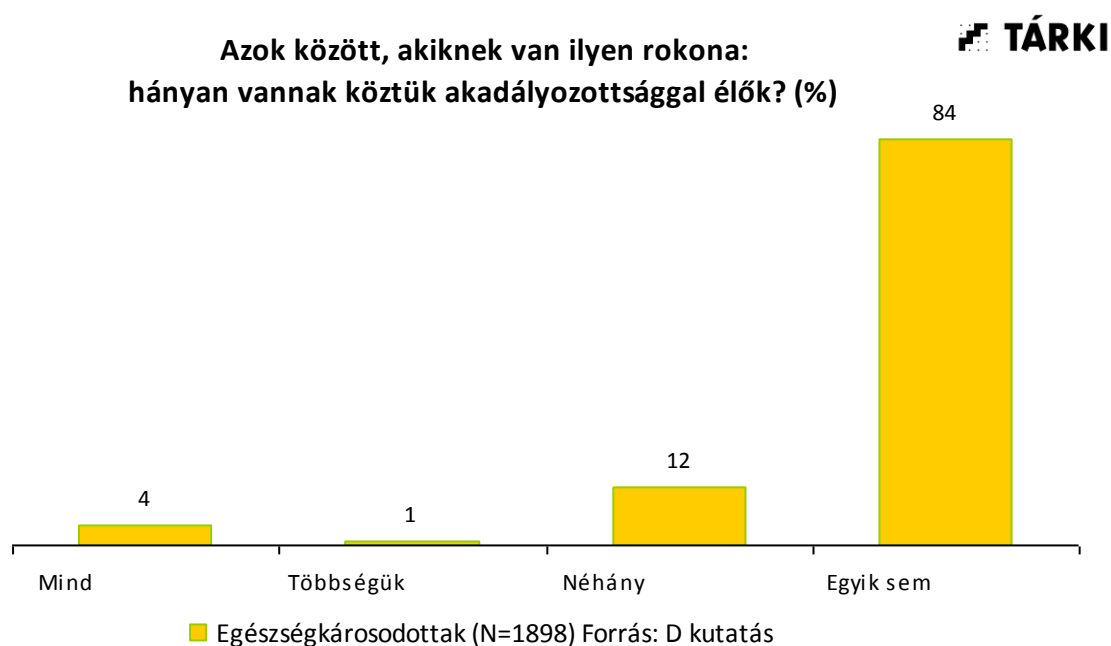
Ennél még tágabb körként értelmezhető az a rokoni kapcsolatrendszer, amelyre az egyén a mindennapokban számíthat, azaz azon szűkebb vagy tágabb értelemben vett családtagok, akik az instrumentális segítségen túl a társadalmi beágyazottság legelemibb szintjét biztosíthatják. Az egészségkárosodottsággal élők közel kétharmada igen szűkös rokoni hálóval rendelkezik, mert legfeljebb csak két olyan családtagja van, akikre a hétköznapiakban támaszkodhat. A legrosszabb helyzetben az a 7%-nyi csoport van, amelyiknek egyáltalán nincs ilyen jellegű segítsége illetve társasága, de további egyharmaduknak (33%) is csak egyetlen ilyen családtagja van, negyedük (27%) pedig két rokonra számíthat. Az ennél népesebb közvetlen családdal rendelkezők körében megegyezik a 3-5 fős és a 6-10 fős közeli rokonsággal rendelkezők aránya (3-3%), ennél nagyobb közeli családi kapcsolati hálóval azonban senki nem rendelkezik a kérdezettek közül (7.1. ábra).

## 7.1. ábra. A közvetlen rokoni háló kiterjedtsége



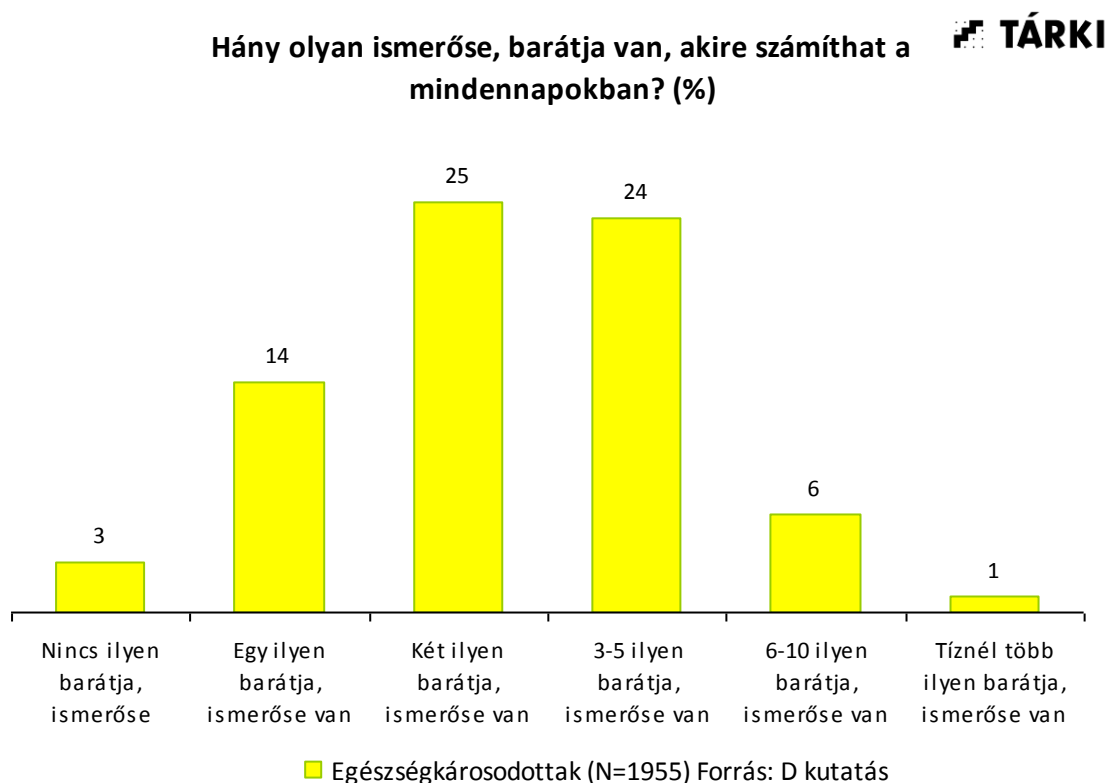
Az egészségkárosodottsággal élők családi kapcsolataiban azonban jellemzően nem további egészségkárosodottakból, hanem döntően egészséges családtagokból állnak, azaz a halmozódás ritka: összességében a kérdezettek 17%-ának családi hálójában van további egészségkárosodással élő segítő háztartás- vagy családtag; ezen belül csak 4%-nyian jelezték, hogy minden segítő családtagjuk akadályozott és további 1% mondta, hogy ilyen családtagjainak többsége nem egészséges. Összességében azonban az egészségkárosodottak döntő hányadát, 84%-át olyan családi háló vesz körül, amelyikben egyáltalán nincs egészségkárosodott személy (7.2. ábra).

7.2. ábra. A közvetlen rokoni hálón belül az akadályozottsággal élő családtagok száma



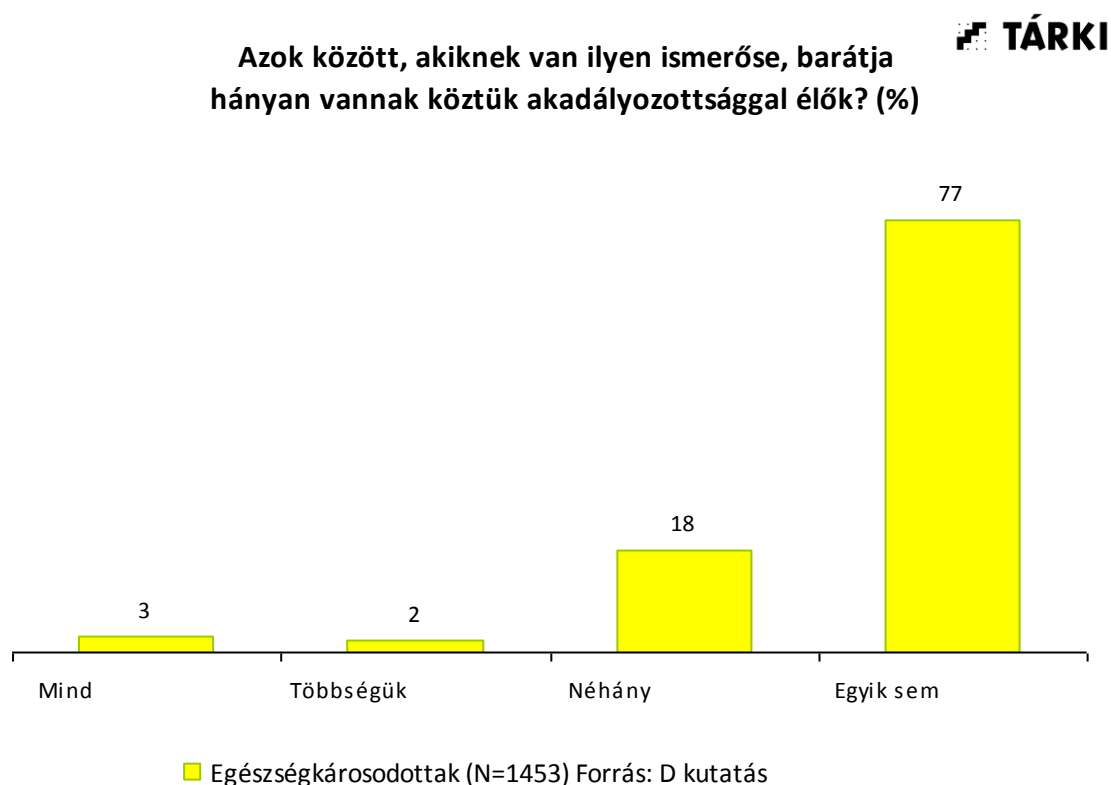
A családi, rokoni hálótól egy fokkal kijebb, de fontosságát tekintve hasonló a jelentősége a baráti, ismerősi network kiterjedésének. Az egészségkárosodottak csupán 3%-ának nincs olyan barátja vagy ismerőse, akire a mindennapokban számíthat, és egy ilyen ismerőse is csak 14%-uknak, kettő pedig 25%-uknak van, azaz tízből négy egészségkárosodottak legfeljebb két olyan ismerőse van, akire a mindennapok szintjén támaszkodhat, és akin keresztül a kérdezett integráltabb lehet. Három-öt ilyen barátja negyedüknek (24%), ennél több pedig csak 7%-uknak van (7.3. ábra).

## 7.3. ábra. A z ismerősi, baráti háló kiterjedtsége



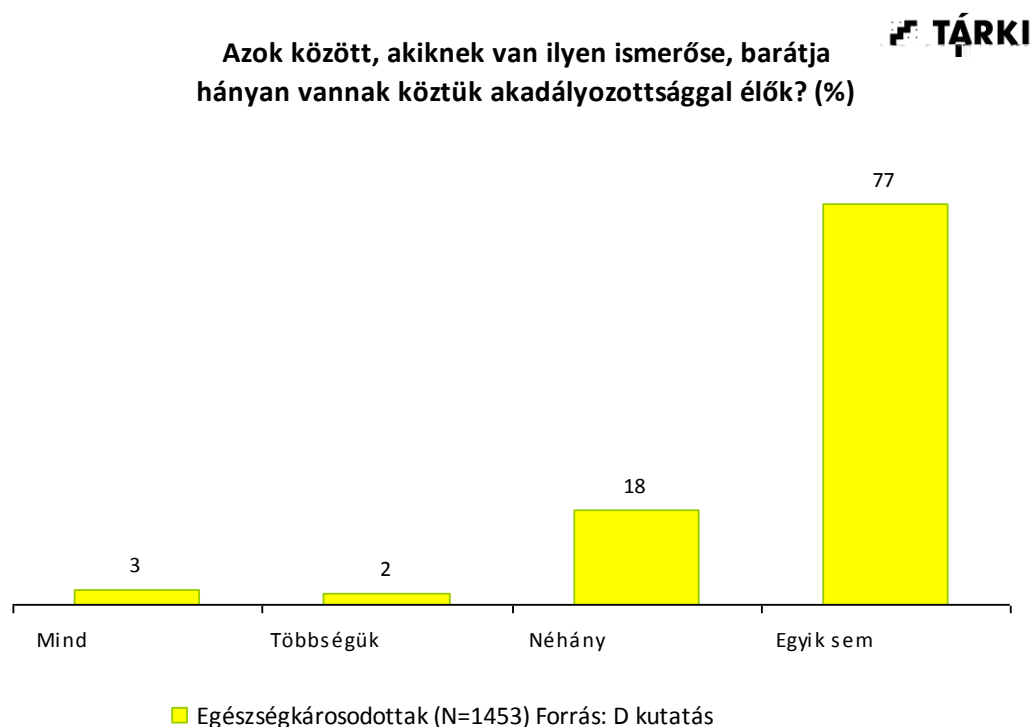
Nemcsak a network kiterjedtségében, hanem abban is hasonló az ismerősi és családi kör, hogy lényegében nem jellemző, hogy az egészségkárosodottsággal élők társas környezetét további egészségkárosodottsággal élők jelentenék. Ugyan a családját kevésbé választja az ember, és így arra is csak elenyésző hatása lehet, hogy az őt körülvevő családtagjai milyen egészségi állapotúak, a baráti, ismerősi kör esetében már jóval nagyobb az egyén mozgástere. Ennek ellenére a családtagokhoz hasonlóan a barátok esetében is csak kisebb arányban találunk nem egészségeseket: csak az egészségkárosodottak 23%-ának van egyáltalán ilyen kapcsolata, 84%-uknak viszont egyáltalán nincs. Azoknak, akiknek van nem egészséges barátja, ismerőse a segítő kapcsolati hálóján belül, azok esetében is e körben csak néhányan egészségkárosodottak, míg a többségük egészséges (7.4. ábra).

## 7.4. ábra. A z ismerősi, baráti hálón belül az egészségkárosodottsággal élők száma



A háztartáson kívüli kapcsolatok tekintetében megvizsgáltuk, hogy a tágabb rokonsággal, fogyatékkal élő barátokkal illetve egészséges barátokkal, ismerősökkel mennyire aktívan tartják az egészségkárosodottsággal élők a kapcsolatot személyesen illetve más módon (telefon, internet stb.) (7.5. és 7.6. ábra). Az eredmények összességében azt mutatják, hogy leginkább a rokonokkal élénk a kapcsolattartás mindkét formája, amit a nem fogyatékkal élő barátokkal való kapcsolattartás követ az intenzitás terén, míg a legkevésbé a fogyatékkal élő barátokkal tartanak aktívan kapcsolatot az egészségkárosodással élők. Ezzel az is összefügg, hogy az egészségkárosodottak több mint felének (55%) nincsenek megváltozott munkaképességű vagy fogyatékkal élő barátaik, emellett negyedüknek (25%) nincsenek nem fogyatékos barátaik, míg szinte mindenkinek vannak rokoni kapcsolatai. Így tehát a legerősebb társadalmi integráló kapcsolattípus a tágabb rokoni kötelék mind elterjedtségét, mind pedig intenzitását tekintve, amelyet nem sokkal lemaradva az egészséges barátok, ismerősök alkotta kör követ, míg hozzájuk képes csak jóval ritkább és sokkal kevésbé élő a kapcsolat a fogyatékkal élő ismerősökkel, azaz az egészségesek világától való elszakadás és szegregáció a családi és baráti kapcsolatokban nem érhető tetten.

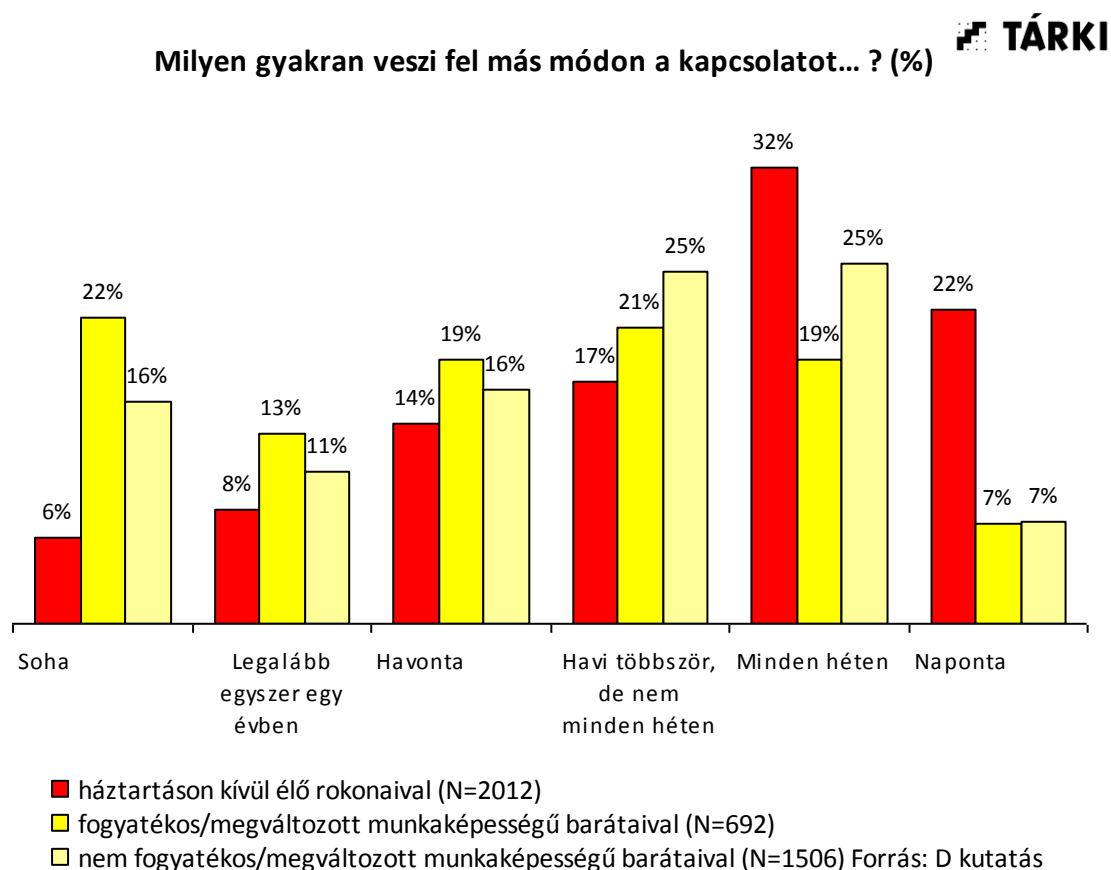
**7.5. ábra. Személyes találkozások gyakorisága** (azok körében, akiknek van kapcsolata az egyes kapcsolattípusokban)



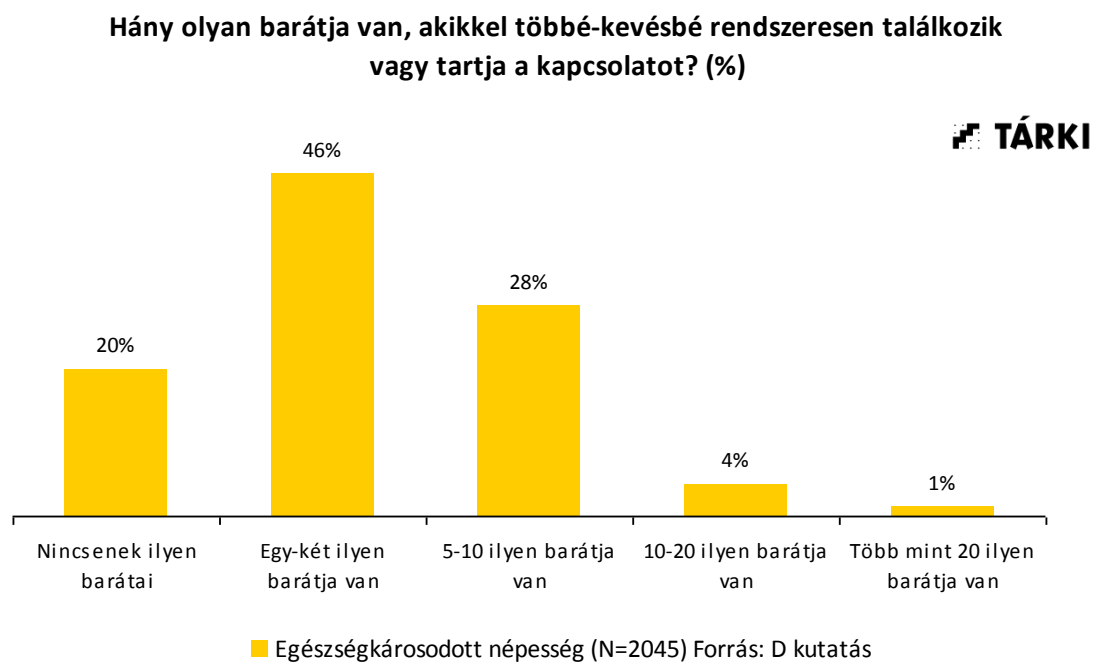
Ahogy már utaltunk rá, a baráti kapcsolatokkal vagy társadalmi részvétellel mérhető gyenge kötések kulcsfontosságúak minden ember társadalmi integráltsága szempontjából, de különösen jelentős a szerepük a hátrányos helyzetű vagy ezzel veszélyeztetett egyének, így az általunk vizsgált egészségkárosodottsággal élők számára. Az előzőekben ezt az instrumentális segítségére (kire számíthat a mindennapokban) fókuszáltan vizsgáltuk, de ennél általánosabb szinten – azaz az „érdektelen” barátságok szintjén – is nagyon fontos, hogy megismerjük az egészségkárosodottsággal élők kapcsolati hálóját.



**7.6. ábra. Nem személyes módon történő kapcsolattartás gyakorisága** (azok körében, akiknek van kapcsolata az egyes kapcsolattípusokban)

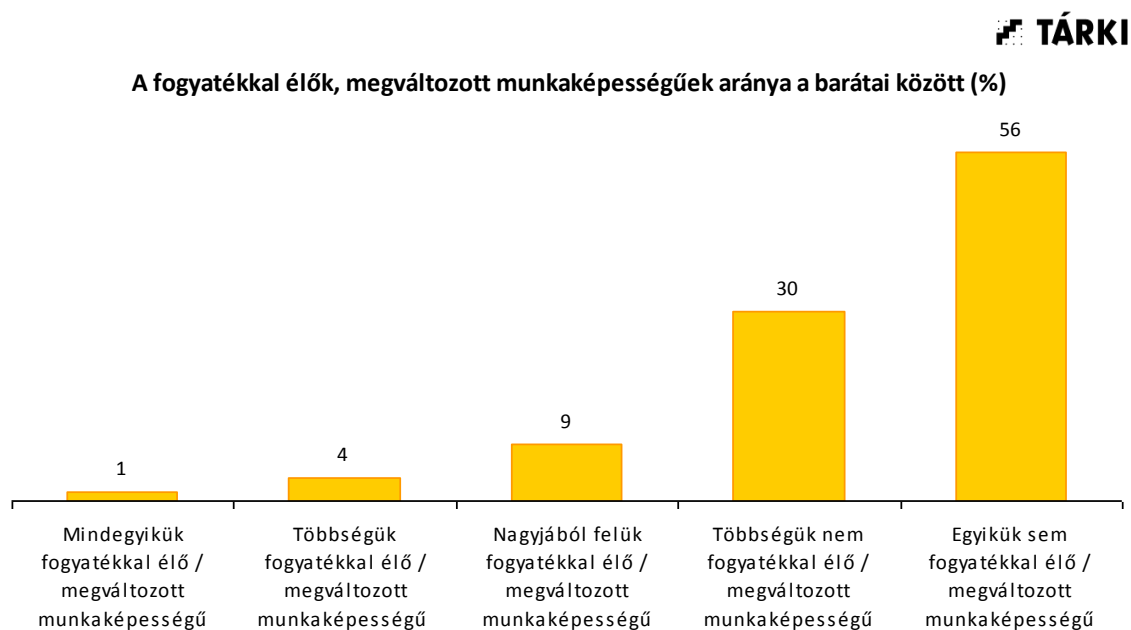


Ennek részeként a barátok számát vizsgálva azt találjuk, hogy a rokkant népesség 80%-ának van olyan barátja, akivel többé-kevésbé rendszeresen találkozik, azaz minden ötödik közülük kapcsolathányosnak tekinthető ebből a szempontból. Akinek van barátja, annál is ez jellemzően egy vagy két barátot jelent (46%), de egyharmad azon kérdezettek aránya is, akik 5 vagy több rendszeresen ápolat baráti kapcsolatról számoltak be (7.7. ábra).

**7.7. 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 leszázalékoltak több mint fele (56%) egyáltalán nem tart kapcsolatot olyan személyekkel, akik hozzá hasonló élethelyzetben lennének (7.8. ábra).

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



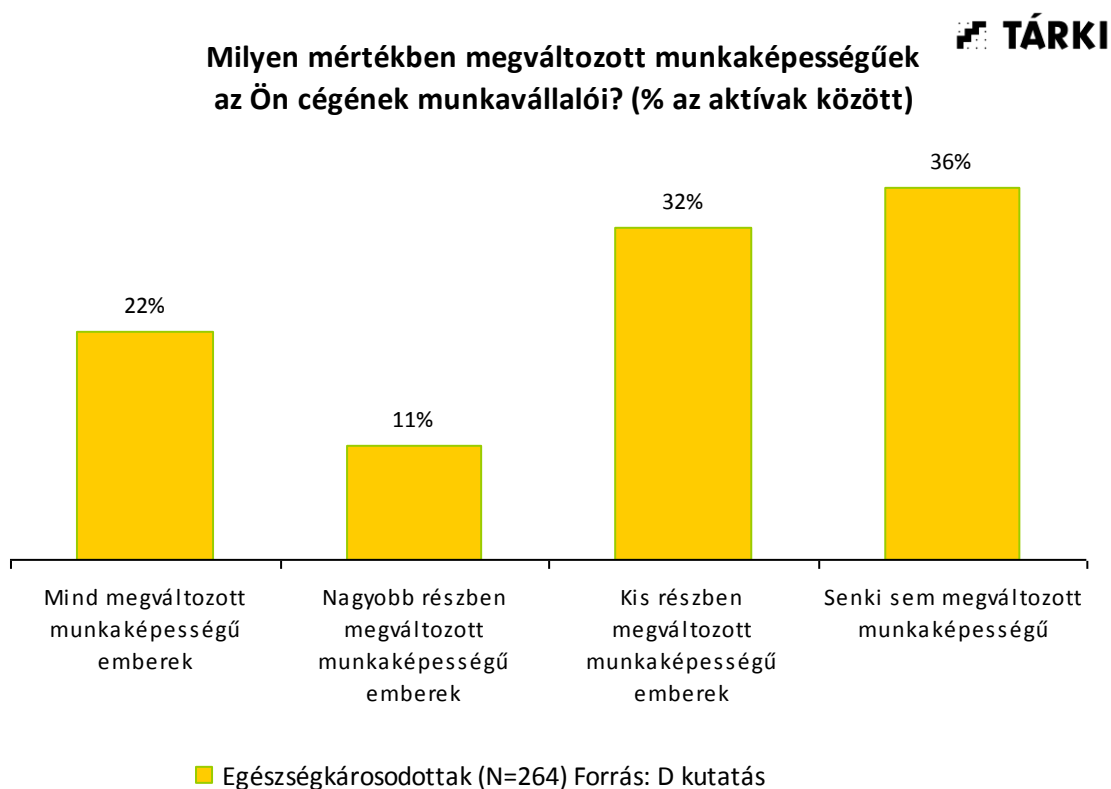
Ez az eredmény összeecseng más olyan kérdésekben kapott eredményekkel, amelyek az egészségkárosodottsággal élők elszigetelődését vizsgálták: összességében, több kérdés alapján is kijelenthető, hogy az megváltozott munkaképességű élő aktív korú magyar lakosság társadalmi kapcsolatait és ezáltal társadalmi beilleszkedésüket nem fenyegeti az egészség-alapú „szegregáció”.

## 7.2. Munkahelyi és társas kapcsolatok, társadalmi aktivitás

Az előbbiekben bemutattuk, hogy a személyes kapcsolatok „privát” szintjén, azaz a szűkebb és tágabb családi, baráti és ismerősi körben elenyésző az akadályozottsággal élő családtagok és ismerősök aránya, azaz az egészségkárosodottak networkje alapvetően egészségesekből, legalábbis adminisztratív értelemben nem egészségkárosodottsággal élőkben áll. Emellett korábban azt is láttuk, hogy a gyermekkori, iskolai életút során sem volt jellemző az egészségkárosodottak elkülönülése, elszigetelődése. Nagyon más viszont a helyzet a munkahelyi kapcsolatok esetében: amellett, hogy az egészségkárosodással élő népességnek csak töredéke aktív, ezen belül is csak alig több mint egyharmaduk (36%) dolgozik teljesen integrált munkahelyen, azaz ahol a kollégái

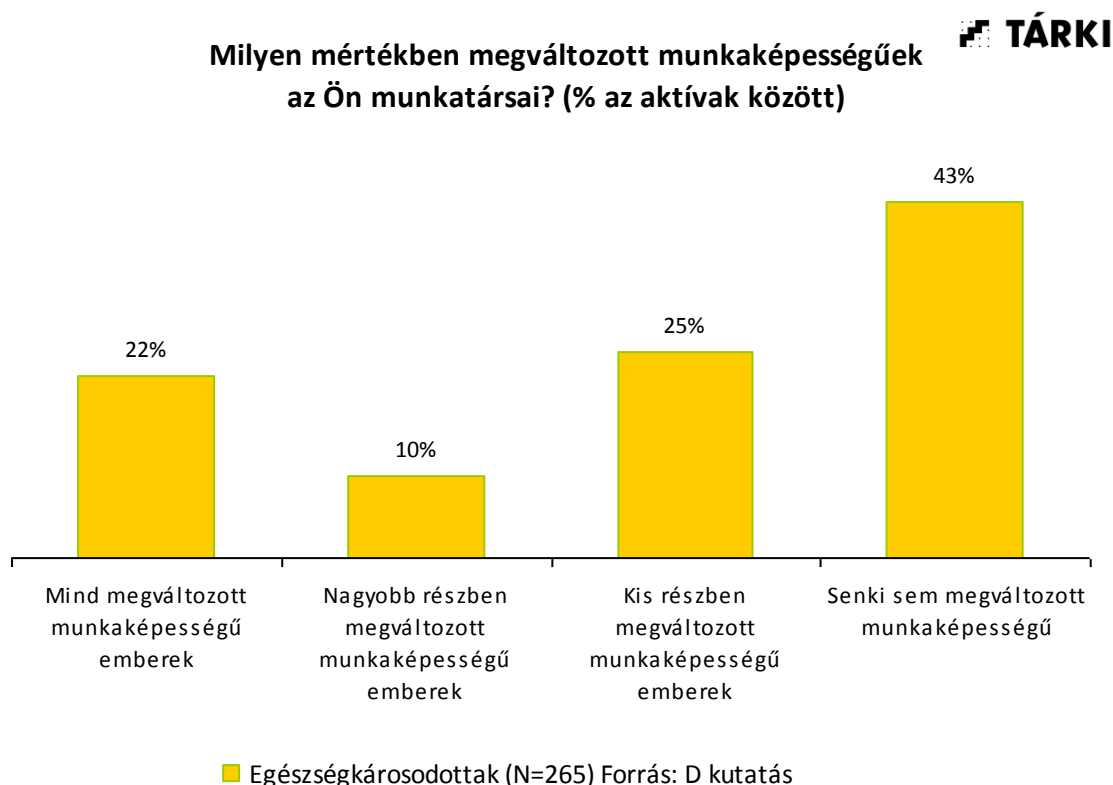
közül senki sem megváltozott képességű, míg további egyharmaduk (32%) munkahelyén pedig legfeljebb a munkavállalók kis része megváltozott munkaképességű. Minden tizedik aktív egészségkárosodott dolgozik nagyobb részben vagy és minden ötödik kizárólag megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató cégnél (11% és 22%). (7.9. ábra)

**7.9. ábra. A foglalkoztatott egészségkárosodottsággal élők megoszlása aszerint, hogy munkahelyén milyen arányban dolgoznak megváltozott munkaképességűek**



Hasonló a kép akkor is, ha nem az egész cégre, hanem a közvetlen munkatársak körére terjesztjük ki ugyanezt a kérdést: ekkor magasabb ugyan azok aránya, akik egyáltalán nem dolgoznak megváltozott munkaképességűekkel (43%) és alacsonyabb azoké, akik kisebb részben dolgoznak egészségkárosodottakkal (25%), de lényegében az előzőekkel megegyezik azok aránya, akik többségében vagy mind megváltozott munkaképességűekkel együtt dolgoznak (10% és 22%). (7.10. ábra)

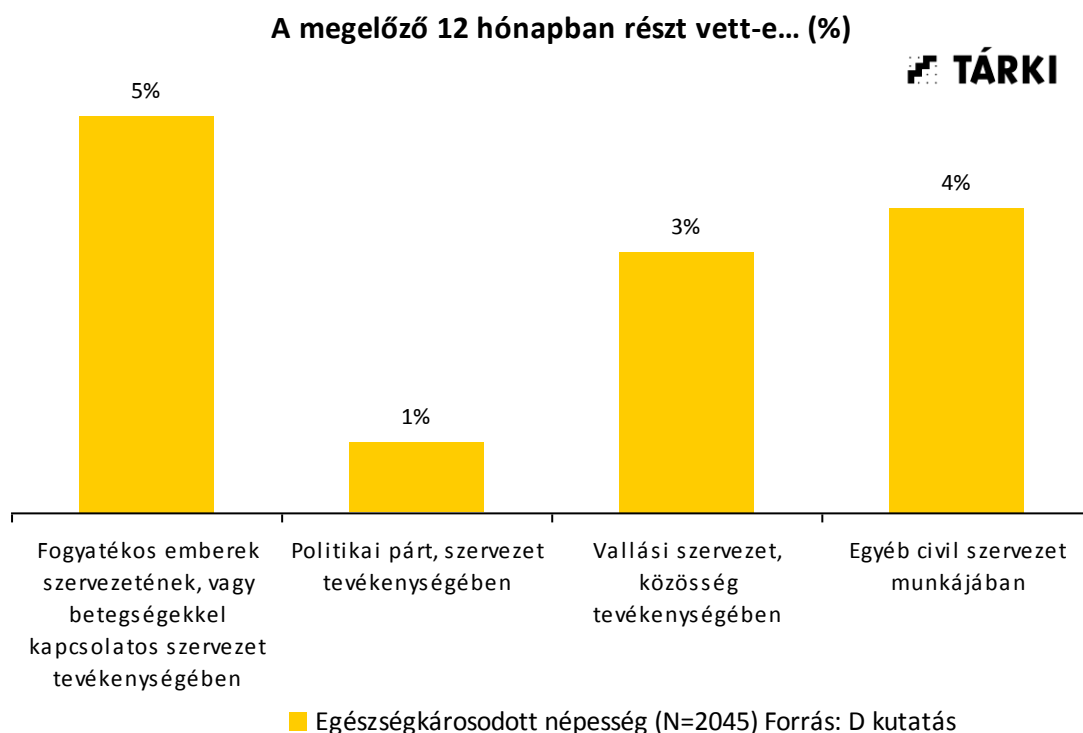
7.10. ábra. A foglalkoztatott egészségkárosodottsággal élők megoszlása aszerint, hogy munkatársai között milyen arányban dolgoznak megváltozott munkaképességűek



Míg a magánéleti kapcsolatok alapvetően integrált társadalmi környezetet biztosítanak az egészségkárosodottsággal élők számára, addig a munkahelyi kapcsolatok terén már vegyesebb a kép, de ha lazább kapcsolatokat, aktivitásokat vizsgálunk, akkor szinte nincsenek is kapcsolatok. Az egészségkárosodással élők társas kapcsolatai a megfelelő korú népességhez hasonlóan nem szervezetekben, egyesületekben zajlanak. Politikai párt vagy szervezet tevékenységében százból 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, illetve más betegségekkel kapcsolatos szervezeteket. Ilyen szervezet munkájában százból öt kérdezett vett részt az elmúlt 12 hónapban (7.11. ábra).

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 (European Social Survey, 2009).

## 7.11. ábra Az egészségkárosodottak társadalmi szervezetekhez kötődő aktivitása



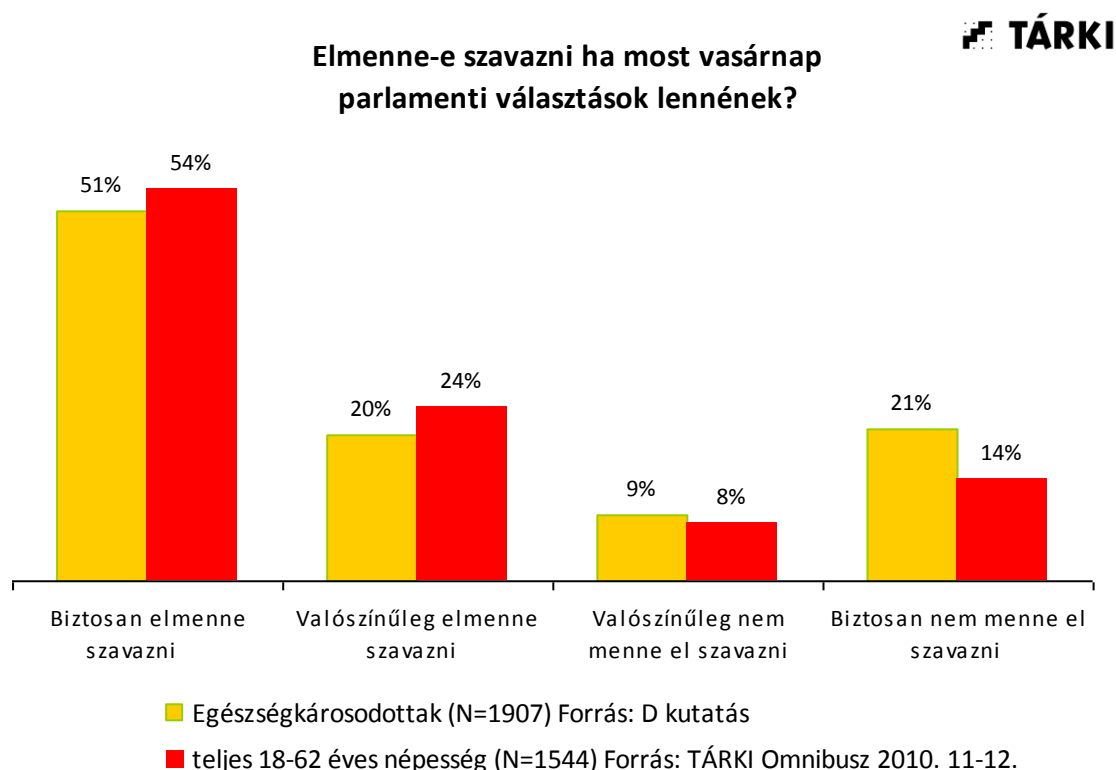
Az előzőekhez képest még inkább közvetett, de mindenki számára adott társadalmi aktivitás a választásokon való részvétel. A 2010. áprilisi országgyűlési választások első fordulóján emlékeztük szerint az egészségkárosodottak közül tízből heten vettek részt (69%), ami jóval magasabb, mint a tényleges részvételi arány.<sup>24</sup>

Ami a „jelent” illeti, a kérdezés idején, azaz 2010. november-decemberében az egészségkárosodottsággal élők az előzőnél alacsonyabb, de még így is figyelemreméltóan magas arányban ígérték biztosra részvételüket, ha „most vasárnap parlamenti választásokat rendeznének”. A kérde-

<sup>24</sup> Az adat pontosságát két tényező is módosíthatja: az egyik a választások és a kérdezés között eltelt 7-8 hónap, ami hosszú idő még akkor is, ha választásokat csak négyévente rendeznek, így kellően ritka és emlékezetes lehet mindenki számára. A másik tényező az a pszichológiai torzítás, miszerint a választásokon való részvétel az elvárt viselkedés szemben a szavazástól való tartózkodással, így akár csupán egy-két héttel a választások után is jóval magasabb arányban emlékeztek úgy a választók, hogy elmentek szavazni, mint amekkora a tényleges választási részvétel volt. E két tényező alapján úgy véljük, hogy az akadályozottak körében az emlékezetnél valamivel alacsonyabb lehetett a részvételi arány (akárcsak a teljes népesség esetében), de az, hogy a kérdezettek ilyen magas aránya úgy emlékezett, hogy elment szavazni, azt is jelenti, hogy fontosnak tartja az eseményt és meg akar felelni annak az elvárásnak, hogy a választásokon való részvétel kötelesség.

zettek fele (51%) válaszolt ugyanis úgy, hogy biztosan elmenne és további 20% pedig valószínűleg elmenne, azaz tízből három válaszoló nem venne részt a választásokon (7.12. ábra).

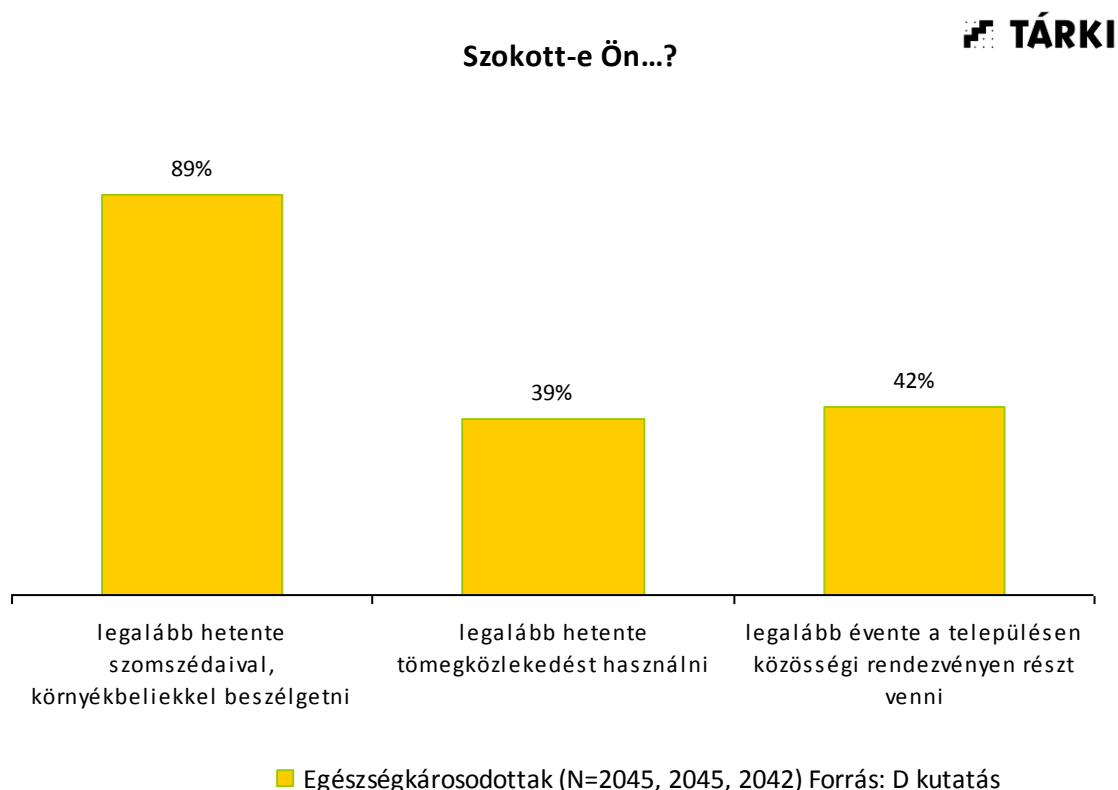
7.12. ábra. Az egészségkárosodottsággal élők és a teljes népesség politikai aktivitása



A társadalmi integráció szintjének mérésére alkalmasak az olyan hétköznapi szituációk is, mint a tömegközlekedés, a szomszédokkal való kapcsolattartás vagy akár a minden településen legalább évi egyszer megrendezésre kerülő közösségi rendezvények. A családi és baráti körön kívül az egyik legelterjedtebb társadalmi érintkezési forma szomszédokkal, környékbeliekkel való kapcsolattartás, és ebben az egészségkárosodottsággal élők is részt vesznek: tízből kilencen (89%) közülük legalább hetente szokott beszélgetni szomszédaival vagy a környéken élőkkel. Ennél jóval ritkább a tömegközlekedésben résztvevők aránya: tízből négy (39%) egészségkárosodással élő szokott legalább heti rendszerességgel tömegközlekedést használni (ami nem feltétlenül az elszigetelődést jelenti azok esetében, akik nem használnak tömegközlekedést, hiszen saját autóval, biciklivel vagy sok esetben gyalog is közlekedhet az, aki valójában nincs elszigetelődve annak ellenére, hogy valamilyen tartós egészségkárosodással él). Lényegében ugyanilyen arány-

ban (42%) találunk olyanokat is, akik a településük közösségi rendezvényein legalább évi egyszer részt vesznek (7.13. ábra).

7.13. ábra. Az egészségkárosodottsággal élők aktivitása a hétköznapi élet néhány helyzetében



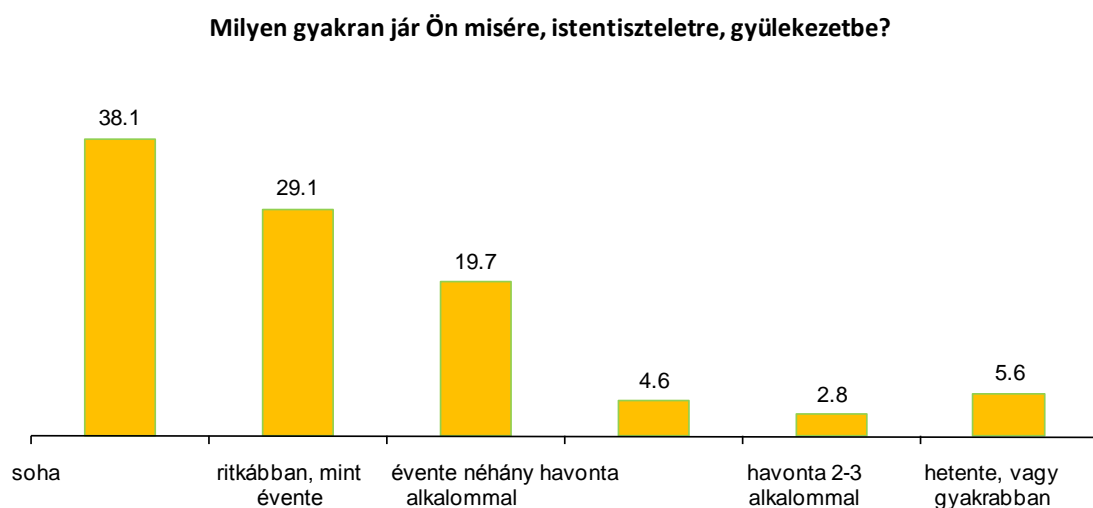
A társadalmi integrációt segítheti a vallásosság is, amely a hit és a közösség révén egyaránt erősítheti a valahová tartozás érzését és konkrét kapcsolatokat is adhat. A vallásosságot hagyományosan a misére, istentiszteletre járás gyakoriságával és a hit megélésének „intézményes” formájával szokás mérni. A misére, istentiszteletre járás gyakorisága alapján azt látjuk, hogy minden hetedik (14%) megváltozott munkaképességű jár el ezekre az eseményekre legalább havonta, minden ötödik (20%) évente, minden harmadik még ennél is ritkábban, de időnként azért igen, míg a fennmaradó 38%-uk soha (7.14. ábra).

A vallásosság megélésének „módja” szerint a domináns típus azoké, akik vallásosak a maguk módján: az egészségkárosodottak több mint fele jellemezte így vallásosságát (56%). A következő legnépesebb csoport a nem vallásosaké: minden negyedik egészségkárosodott tartozik ide



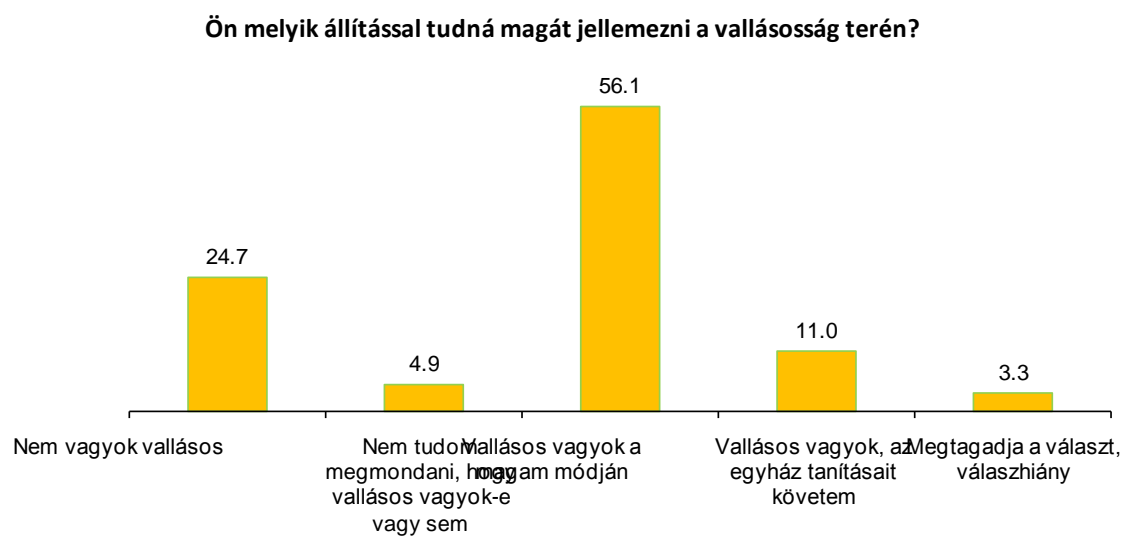
(25%). Hozzájuk képest kisebbségben vannak azok, akik az egyház tanításait követik (11%), valamint akik nem tudják megmondani, hogy vallásosak-e vagy se (5%) (7.15. ábra).

#### 7.14. ábra Milyen gyakran jár misére, istentiszteletre? (%)



Forrás: D kutatás.

#### 7.15. ábra Vallásosság (%)



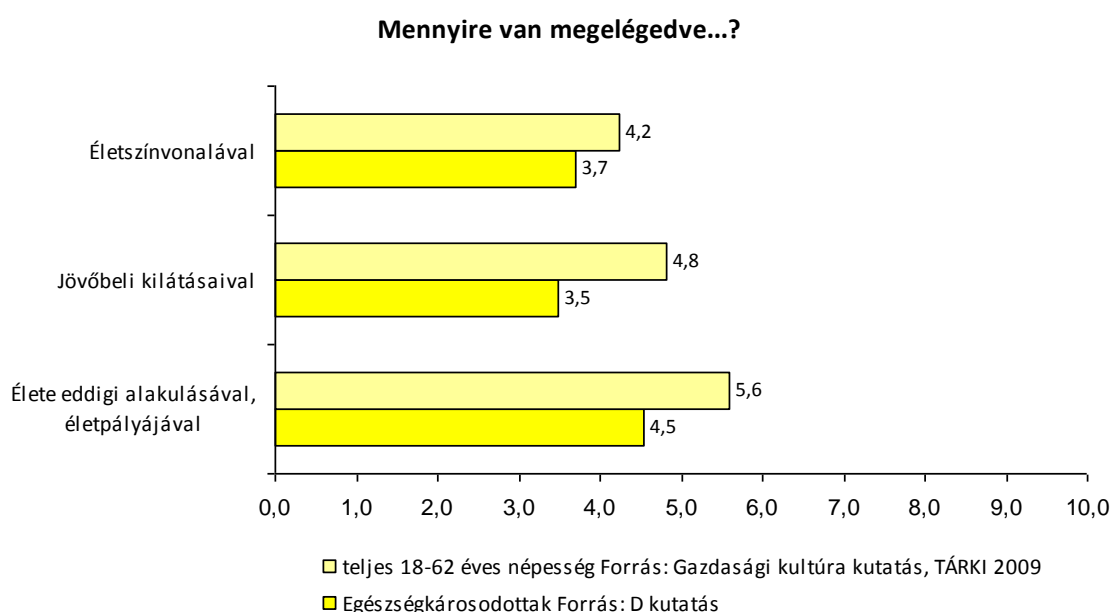
Forrás: D kutatás.

### 7.3. Elégedettség, attitűdök, világnézet

Az egészségkárosodottak valamivel elégedetlenebbek eddigi életükkel, jövőbeli kilátásaikkal és életszínvonalukkal, mint a teljes népesség aktív korú része. A három kérdést egyaránt egy 0-tól 10-ig terjedő skálán mértük, ahol a magasabb érték a nagyobb elégedettséget jelenti.

A skálán kapott átlagpontoszámok alapján életük eddigi alakulásával a 18-62 éves népesség két 2009-es kutatás szerint közepes mértékben elégedett (TÁRKI Gazdasági kultúra kutatás: 5,6 pont, European Social Survey magyar adatfelvétele: 5,1 pont), míg az egészségkárosodott 18-62 évesek 2010-ben átlagosan 4,5 pontra értékelték eddigi életpályájukat, azaz rosszabbul ítélik meg jelenüket az azonos korú teljes magyar népességhez képest. Jövőbeli kilátásaikkal kapcsolatban azonban még ennél is pesszimistábbak az egészségkárosodottak (3,5 pont), ami szintén jóval alacsonyabb, mint a teljes népesség saját jövőjére vonatkozó értékelése volt egy évvel korábban (4,8 pont). Az életszínvonalukkal kapcsolatban a két csoport értékelése pedig statisztikai szempontból majdhogynem egybeesik (3,7 pont és 4,2 pont), ami összességében a közepesnél gyengébb elégedettségre utal (7.16. ábra).

**7.16. ábra Az egészségkárosodottsággal élők és a teljes népesség elégedettsége életével, kilátásaival és életszínvonalával (átlagpontoszámok 0-10-es skálán)**



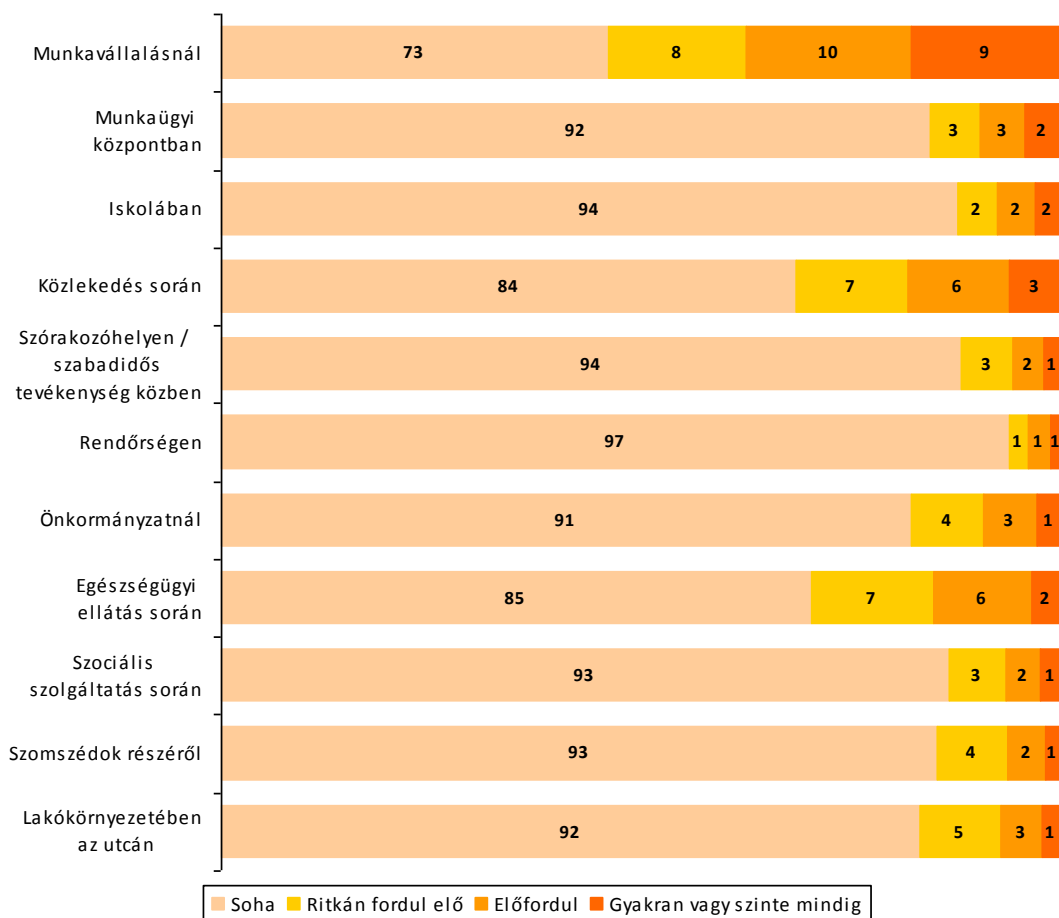
## 7.4. Diszkrimináció

Az egészségkárosodással élő népesség több, mint egyharmada (36%) emlékszik olyan esetre, amikor akadályozottsága miatt hátrányos megkülönböztetés áldozatává vált. A diszkrimináció leggyakrabban a munkavállalás (27%), és az egészségügyi ellátás igénybevétele (15%), valamint a 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 a rendszeres hátrányos megkülönböztetés terepe. Az érintett népesség 16%-át érte hátrány hivatalos helyeken, illetve közszolgáltatás igénybevétele során, például a munkaügyi központban (8%), az önkormányzatnál (9%), rendőrségen (3%), szociális szolgáltatások igénybevétele során (7%), illetve az oktatási intézményekben (6%). A diszkrimináció további lehetséges helyszínein, úgy mint a szórakozóhelyeken (6%), a szomszédok részéről (7%) illetve lakókörnyezetükben az utcán a megváltozott munkaképességűek 8%-át érte hátrányos megkülönböztetés. (7.17. ábra)

7.17. ábra. Az egészségkárosodottsággal élők diszkriminációs tapasztalata

TÁRKI

Érte-e hátrányos megkülönböztetés akadályozottsága miatt? (%)



# Melléklet

M1. táblázat. Az egészségkárosodással élők korosztályi megoszlása a főbb demográfiai, lakóhelyi jellemzőik és az orvosszakértői igazolás megléte szerint 8%)

	18-39	40-49	50-54	55-62	Összesen
<b>Neme</b>					
Férfi	12,0	16,8	22,6	48,7	100,0
Nő	8,0	16,4	22,2	53,4	100,0
Összesen	9,6	16,6	22,4	51,4	100,0
<b>Iskolázottság</b>					
Legfeljebb 8 általános	11,8	15,2	22,9	50,1	100,0
Szakmunkásképző	8,2	16,5	23,3	52,0	100,0
Érettségi	8,9	17,1	21,7	52,3	100,0
Felsőfok	8,8	25,5	13,7	52,0	100,0
Összesen	9,7	16,6	22,3	51,4	100,0
<b>Település típusa</b>					
Budapest	9,7	15,1	22,0	53,2	100,0
megyeszékhely	8,2	18,5	25,6	47,6	100,0
város	10,7	19,2	18,8	51,3	100,0
község	9,2	13,8	24,3	52,7	100,0
Összesen	9,6	16,6	22,4	51,4	100,0
<b>Régió</b>					
Közép Magyarország	10,0	16,7	20,3	52,9	100,0
Közép Dunántúl	9,0	14,6	19,1	57,3	100,0
Nyugat Dunántúl	8,5	12,0	22,5	57,0	100,0
Dél Dunántúl	10,8	20,8	21,5	46,9	100,0
Észak Magyarország	10,7	14,8	22,0	52,6	100,0
Észak Alföld	8,3	16,1	24,0	51,6	100,0
Dél Alföld	10,1	18,3	25,0	46,6	100,0
Összesen	9,6	16,6	22,4	51,4	100,0
<b>Az egészségkárosodottság mértéke</b>					
<50%	12,5	22,4	27,0	38,1	100,0
>50%	8,9	15,3	21,4	54,4	100,0
Összesen	9,5	16,5	22,4	51,6	100,0

Forrás: D kutatás.

M2. táblázat. Az egészségkárosodással élők iskolai végzettség szerinti megoszlása a főbb demográfiai jellemzők szerint (%)

	Legfeljebb 8 általános	Szakmun- kasképző	Érettségi	Felsőfok	Összesen
<b>Neme</b>					
Férfi	31,4	49,8	14,0	4,8	100,0
Nő	39,0	30,9	25,0	5,1	100,0
Összesen	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>Életkor</b>					
18-39	43,7	33,0	18,8	4,6	100,0
40-49	32,8	38,5	21,0	7,7	100,0
50-54	36,7	40,4	19,8	3,1	100,0
55-62	34,9	39,3	20,7	5,1	100,0
Összesen	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>Település típusa</b>					
Budapest	24,2	34,4	30,1	11,3	100,0
megyeszékhely	25,9	36,5	29,1	8,5	100,0
város	33,4	41,0	21,4	4,2	100,0
község	44,8	38,9	13,6	2,7	100,0
Összesen	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>Régió</b>					
Közép Magyarország	25,7	39,4	26,8	8,1	100,0
Közép Dunántúl	33,7	47,8	14,6	3,9	100,0
Nyugat Dunántúl	35,9	37,3	23,9	2,8	100,0
Dél Dunántúl	32,2	38,8	21,2	7,8	100,0
Észak Magyarország	43,0	36,4	16,8	3,8	100,0
Észak Alföld	43,1	36,3	16,6	3,9	100,0
Dél Alföld	34,4	39,4	22,5	3,7	100,0
Összesen	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>Etnikai hovatartozás</b>					
Nem roma	32,7	40,5	21,4	5,3	100,0
Roma	85,3	12,9	1,7		100,0
Összesen	35,7	38,9	20,3	5,0	100,0

Forrás: D kutatás.

M3. táblázat. Az egészségkárosodással élők iskolai végzettség szerinti megoszlása a főbb egészségi állapotbeli illetve az ezzel összefüggő intézményi háttér szerint (%)

	Legfeljebb 8 általános	Szakmun- kasképző	Érettségi	Felsőfok	Összesen
<b>Mikor szembesült a problémájával?</b>					
Születése óta fennáll	53,5	22,2	17,2	7,1	100,0
1-20 évesen	46,2	31,0	16,8	6,1	100,0
21-40 évesen	34,2	40,1	21,8	4,0	100,0
41-50 évesen	32,8	42,7	19,6	5,0	100,0
51-60 évesen	32,0	36,6	23,3	8,1	100,0
Összesen	35,7	38,8	20,5	5,0	100,0
<b>Az egészségkárosodottság mértéke</b>					
<50%	34,0	43,3	17,4	5,2	100,0
>50%	36,1	38,0	21,1	4,8	100,0
Összesen	35,8	38,9	20,5	4,9	100,0
<b>Volt-e állami gondozásban?</b>					
Nem	35,3	39,2	20,4	5,1	100,0
Igen	65,6	15,6	18,8	0,0	100,0
Összesen	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>Élt-e bentlakásos intézményben?</b>					
Nem	35,5	39,0	20,6	4,9	100,0
Igen	41,5	36,6	12,2	9,8	100,0
Összesen	35,6	39,0	20,4	5,0	100,0
<b>Van-e gondnoka?</b>					
Nincs	34,4	39,5	20,8	5,3	100,0
Van	55,2	30,2	13,8	0,9	100,0
Összesen	35,6	39,0	20,4	5,0	100,0

Forrás: D kutatás.

**M4. táblázat. Regressziós modell a szubjektív egészségi állapotra**

	Regressziós együttható
Iskolai végzettség	+0,16
Életkor	-0,15
Egészségkárosodás mértéke	-0,06
Roma identitás	-0,06
Nem (nőké a férfiakhoz viszonyítva)	-0,06

Forrás: D kutatás.



**M5. táblázat. Logisztikus regresszió az egészségügyi ellátásból való kimaradásra - esélyhányadosok**

	Esélyhányados
Nem (referenciacsoport: férfiak)	1,371**
Egészségkárosodás mértéke	,990***
Etnikai identitás (referencia: nem romák)	1,830**
Fogyatékosok száma a háztartásban	1,262*
Legfeljebb 8 általános (referenciacsoport: diplomások)	,928
Szakma (referenciacsoport: diplomások)	1,142
Érettségi (referenciacsoport: diplomások)	,932
Megyeszékhely (referenciacsoport: Budapest)	2,564***
Egyéb város (referenciacsoport: Budapest)	1,526
Község (referenciacsoport: Budapest)	1,711*
1-20 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	1,482
21-40 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	1,528
41-50 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	,984
50 év felett szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	,904
40-49 éves (referencia: 18-39 éves)	1,659*
50-54 éves (referencia: 18-39 éves)	1,690*
55 év felett (referencia: 18-39 éves)	1,521
Anyagi depriváció (referencia: nem deprivált)	1,468**
Log pseudo-likelihood	1539
Wald $\chi^2$ -statisztika	772
Pseudo R <sup>2</sup>	0,058
Súlyozatlan esetek száma	1961

Forrás: D kutatás.

Megjegyzés. A táblázatban a változók után a referenciakategóriákat zárójelben tüntettük fel. Az esélyhányadosok ebben az esetben ehhez a kategóriához képest értelmezendők. Az esélyhányadosok közül azokat tekintettük szignifikánsnak, melyek esetében a regressziós együttható \*\*\*0,01-es, \*\*0,05-ös vagy \*0,1-es szignifikanciaszinten különbözik nullától.

M6. táblázat. Regressziós modell az egészségkárosodás mértékére

	Regressziós együttható
Szubjektív egészségi állapot	-0,06
Feltűnő testi jellemző vagy elváltozás, deformitás mennyire jellemzi?	+0,13
Beszédnehézség (pl. beszédhiba, némaság) mennyire jellemzi?	+0,10
Látássérülés (szemüveggel vagy kontaktlencsével nem korrigálható) vagy vakság, alig- és gyengénlátás mennyire jellemzi?	+0,06
Tartósan fennálló / krónikus betegség mennyire jellemzi?	-0,05
Krónikus vagy rendszeres visszatérő fájdalom vagy kényelmetlenségérzés mennyire jellemzi?	-0,07
Hány évesen szembesült legelőször az akadályozottságát okozó problémájával?	-0,14
Nem (referenciacsoport: férfiak)	-0,05
Életkor	0,15
A kérdezettől kívül él-e még akadályozott személy a háztartásban	-0,05

Forrás: D kutatás.

**M7. táblázat Az egészségkárosodottak foglalkoztatottsága főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)**

	Foglalkoztatott	Nem foglalkoztatott		Foglalkoztatott	Nem foglalkoztatott
<b>Nem</b>			<b>Régió</b>		
Férfi	15	85	Közép-Magyarország	14	86
Nő	15	85	Közép-Dunántúl	18	82
Összesen	15	85	Nyugat-Dunántúl	16	84
<b>Életkor</b>			Dél-Dunántúl	16	84
18-39	24	76	Észak-Magyarország	13	87
40-49	19	81	Észak-Alföld	12	88
50-54	18	82	Dél-Alföld	18	82
55-62	11	89	Összesen	15	85
Összesen	15	85	<b>Etnikai hovatartozás</b>		
<b>Iskolázottság</b>			Nem roma	15	85
Legfeljebb 8 ált.	9	91	Roma	9	91
Szakmunkásképző	17	83	Összesen	15	85
Érettségi	20	80	<b>Hány évesen szembesült problémájával?</b>		
Diploma	26	74	Születése óta fennáll	17	83
Összesen	15	85	1-20 évesen	17	83
<b>Településtípus</b>			21-40 évesen	18	82
Budapest	16	84	41-50 évesen	12	88
Megyeszékhely	22	78	51-60 évesen	8	92
Város	16	84	Összesen	15	85
Község	11	89	<b>Egészségkárosodás mértéke</b>		
Összesen	15	85	1-50 %	22	78
			51-79%	14	86
			80- %	9	91
			Összesen	15	85

Forrás: D-kutatás.

**M8. táblázat Akadályozottak és egészségkárosodottak gazdasági aktivitása: logisztikus regressziós becslés esélyhányadosai**

	Dolgozik-e?
<b>Nem</b> (ref.: férfi)	0,785***
<b>Életkor</b> (ref.: 55-62)	
18-39	1,954***
40-49	2,309***
50-54	1,969***
<b>Iskolázottság</b> (ref.: legfeljebb általános iskola)	
Szakmunkásképző	2,280***
Érettségi	2,981***
Diploma	4,925***
<b>Településtípus</b> (ref.: község)	
Budapest	1,774***
Megyeszékhely	1,597***
Város	1,511***
Etnikai hovatartozás (ref.: nem roma)	0,570***
<b>Szembesülés az akadályozottsággal</b> (ref.: születése óta fennáll)	
1-20 évesen	0,871
21-40 évesen	1,190
41-50 évesen	1,077
51-60 évesen	0,600**
<b>Minta</b> (ref.: C-kutatás, nincs adminisztratív minősítés)	
C-kutatás, adminisztratív minősítés <50%	0,266***
C-kutatás adminisztratív minősítés >50%	0,181***
D-kutatás, <50%	0,218***
D-kutatás <50%	0,136***
Konstans	0,396***
Log pseudo-likelihood	3569
Wald $\chi^2$ -statisztika	999
Pseudo R <sup>2</sup>	0,328
Súlyozatlan esetek száma	3892

Forrás: C és D kutatás.

*Megjegyzés.* A függő változó értékei: 0 – foglalkoztatott (alkalmazott, vállalkozó, alkalmi munkát végez). A táblázatban a változók után a referenciakategóriákat zárójelben tüntettük fel. Az esélyhányadosok ebben az esetben ehhez a kategóriához képest értelmezendők. Az esélyhányadosok közül azokat tekintettük szignifikánsnak, melyek esetében a regressziós együttható \*\*\*0,01-es, \*\*0,05-ös vagy \*0,1-es szignifikancia szinten különbözik nullától.

**M9. táblázat Az egészségkárosodottak háztartásának munkaerő-piaci kapcsolódása főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)**

	Nincs aktív htag	1 aktív htag van	2+ htag van
<b>Háztartástípus</b>			
Egyedülálló	88	12	:
Párban él	44	47	8
Gyermekekkel él	34	44	22
Más háztartás gyermek nélkül	47	23	30
Összesen	52	32	16
<b>Legmagasabb isk. végz. a háztartásban</b>			
Legfeljebb 8 ált.	62	28	10
Szakmunkásképző	47	34	18
Érettségi	70	26	4
Diploma	35	37	28
Összesen	52	32	16
<b>Településtípus</b>			
Budapest	47	33	20
Megyeszékhely	52	31	16
Város	51	34	16
Község	55	30	15
Összesen	52	32	16
<b>Régió</b>			
Közép-Magyarország	47	34	19
Közép-Dunántúl	43	31	26
Nyugat-Dunántúl	49	31	20
Dél-Dunántúl	52	33	15
Észak-Magyarország	60	31	9
Észak-Alföld	55	29	17
Dél-Alföld	55	34	11
Összesen	52	32	16
<b>Fogyatékkal élők száma a háztartásban</b>			
Egy	49	34	17
Kettő vagy több	62	26	12
Összesen	52	32	16
<b>Etnikai hovatartozás</b>			
Nem roma	51	32	16
Roma	66	23	11
Összesen	52	32	16
<b>Egészségkárosodás mértéke</b>			
1-50 %	41	38	21
51-79%	55	31	14
80- %	57	28	15
Összesen	53	32	16

Forrás: D kutatás.

**M10. táblázat Akadályozottak és egészségkárosodottak szegénysége, anyagi depriváltsága, súlyos anyagi depriváltsága, valamint érintettsége az Európa 2020 szegénységi célban: logisztikus regressziós becslés esélyhányadosai**

	Szegény-e?	Anyagilag deprivált-e?	Anyagilag súlyosan deprivált-e?	Érintett-e az EU2020 szegénységi célban?
<b>Háztartástípus (ref.: egyedülálló)</b>				
Párban él	0,102***	0,433***	0,387***	0,125***
Gyermekekkel él	0,07***	0,893	0,391***	0,108***
Más háztartás gyermek nélkül	0,11***	0,31***	0,335***	0,142***
<b>A háztartástagok legmagasabb iskolázottsága (ref.: diploma)</b>				
Legfeljebb 8 ált,	2,977***	4,346***	4,621***	4,543***
Szakmunkásképző	1,6***	2,145***	2,833***	2,199***
Érettségi	1,57**	1,391	1,762***	1,747***
<b>Településtípus (ref.: Budapest)</b>				
Megyeszékhely	0,714***	0,417***	0,657***	0,632***
Város	0,78**	0,969	1,101	0,963
Község	0,756***	0,794**	0,744***	0,744***
Fogyatékkal élők száma a háztartásban	2,711***	0,912	1,359***	2,523***
Etnikai hovatartozás (ref.: nem roma)	2,802***	4,609***	3,391***	4,302***
<b>Minta (ref.: C-kutatás, nincs adminisztratív minősítés)</b>				
C-kutatás, adminisztratív minősítés <50%	0,318***	0,883	0,687***	0,347***
C-kutatás adminisztratív minősítés >50%	0,558***	1,783***	1,17	0,826
D-kutatás, <50%	1,033	1,021	1,069	1,097
D-kutatás <50%	0,616***	1,556***	1,128	0,651***
Log pseudo-likelihood	4289	3090	4632	3683
Wald $\chi^2$ -statisztika	1052	484	540	851
Pseudo R <sup>2</sup>	0,318	0,201	0,176	0,297
Súlyozatlan esetek száma	3875	3519	3875	3519

Forrás: C és D kutatás.

Megjegyzés. A függő változó 1 értékei sorra: az adott küszöb mellett szegény; anyagilag deprivált; anyagilag súlyosan deprivált; érintette az EU2020 szegénységi célban. A táblázatban a változók után a referenciakategóriákat zárójelben tüntettük fel. Az esélyhányadosok ebben az esetben ehhez a kategóriához képest értelmezendők. Az esélyhányadosok közül azokat tekintettük szignifikánsnak, melyek esetében a regressziós együttható \*\*\*0,01-es, \*\*0,05-ös vagy \*0,1-es szignifikancia szinten különbözik nullától. A szegénységi ráta esetében a küszöb az OECD2-es skálával számított ekvivalens háztartásjövedelem 60%-a.

**M11. táblázat Az egészségkárosodottak háztartásának munkaintenzitása főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)**

	MI=0	MI=0.01-0.49	MI=0.5	MI=0.51-0.99	MI=1
<b>Háztartástípus</b>					
Egyedülálló	88	1	4	1	5
Párban él	42	29	22	5	2
Gyermekekkel él	34	43	10	11	2
Más háztartás gyermek nélkül	48	25	6	20	1
Összesen	52	25	11	10	2
<b>Legmagasabb isk. végz. a háztartásban</b>					
Legfeljebb 8 ált.	61	22	10	6	1
Szakmunkásképző	47	27	12	12	3
Érettségi	72	9	13	4	2
Diploma	35	31	13	17	5
Összesen	52	25	11	10	2
<b>Településtípus</b>					
Budapest	45	14	24	14	4
Megyeszékhely	51	26	9	9	4
Város	50	25	12	10	2
Község	55	26	8	9	1
Összesen	52	25	11	10	2
<b>Régió</b>					
Közép-Magyarország	46	18	18	14	4
Közép-Dunántúl	42	21	16	15	6
Nyugat-Dunántúl	49	25	13	13	1
Dél-Dunántúl	51	28	9	9	3
Észak-Magyarország	60	24	8	6	1
Észak-Alföld	54	25	10	10	2
Dél-Alföld	55	30	7	6	1
Összesen	52	25	11	10	2
<b>Fogyatékkal élők száma a háztartásban</b>					
Egy	48	24	13	12	3
Kettő vagy több	62	25	7	5	1
Összesen	52	25	11	10	2
<b>Etnikai hovatartozás</b>					
Nem roma	51	25	11	10	3
Roma	64	25	7	5	
Összesen	52	25	11	10	2
<b>Egészségkárosodás mértéke</b>					
1-50 %	40	28	14	14	4
51-79%	54	24	11	9	2
80- %	56	24	10	10	0
Összesen	52	24	11	10	2

Forrás: D-kutatás.

**M12. táblázat Az egyéni jövedelmek szintjének magyarázata a teljes, az akadályozott, illetve az egészségkárosodott népesség körében – *pooled OLS* regressziós elemzés**

	Regressziós együttható
Minta (ref. kat.: nem akadályozott vagy egészségkárosodott)	
Akadályozott: Nincs érvényes szakvéleménye	-0.105*** (0.026)
Akadályozott: Van érvényes szakvéleménye	-0.295*** (0.032)
Egészségkárosodott	-0.256*** (0.024)
Életkor	0.006*** (0.001)
Nem (ref. kat.: nő)	0.118*** (0.018)
Településtípus (ref. kat.: Budapest)	
Város	-0.096*** (0.026)
Község	-0.151*** (0.028)
Iskolai végzettség (ref. kat.: legfeljebb 8 általános)	
Szakma	0.151*** (0.024)
Érettségi	0.231*** (0.026)
Diploma	0.505*** (0.033)
Munkaerő-piaci státus (ref. kat.: alkalmazott)	
Vállalkozó	-0.028 (0.050)
Alkalmi munkából, megbízásokból él	-0.600*** (0.104)
Munkanélküli	-0.748*** (0.044)
Nyugdíjas	-0.375*** (0.025)
Gyerektanuláshoz kapcsolódó juttatást kap	-0.496*** (0.056)
Tanuló	-0.816*** (0.096)
Egyéb	-0.978*** (0.062)
Cigány származású	-0.081** (0.037)
Konstans	11.114*** (0.050)
N	4041
Korrigált R <sup>2</sup>	0.360

*Forrás:* C és D kutatás, valamint a TÁRKI 2010. november-decemberi Omnibusz vizsgálata.

*Megjegyzés.* Függő változó az egyéni jövedelem logaritmus. \*  $p < 0.10$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.01$ . Az egyéni jövedelemmel nem rendelkezők kimaradtak a modellből.



**M13. táblázat Az egészségkárosodottak szegénységi rátája és súlyos anyagi depriváltsága főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)**

	Szegény-e?		Anyagilag deprivált-e?		Súlyosan deprivált-e anyagilag?	
	Nem	Igen	Nem	Igen	Nem	Igen
<b>Háztartástípus</b>						
Egyedülálló	68	32	22	78	41	59
Párban él	82	18	36	64	61	39
Gyermekekkel él	66	34	31	69	56	44
Más háztartás gyermek nélkül	88	12	44	56	66	34
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>Legmagasabb isk. végz. a háztartásban</b>						
Legfeljebb 8 ált.	69	31	25	75	46	54
Szakmunkásképző	83	17	36	64	59	41
Érettségi	82	18	41	59	62	38
Diploma	91	9	55	45	82	18
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>Településtípus</b>						
Budapest	90	10	34	66	65	35
Megyeszékhely	75	25	32	68	54	46
Város	81	19	42	58	63	37
Község	76	24	30	70	53	47
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>Régió</b>						
Közép-Magyarország	88	12	37	63	62	38
Közép-Dunántúl	89	11	35	65	59	41
Nyugat-Dunántúl	86	14	39	61	66	34
Dél-Dunántúl	80	20	34	66	58	42
Észak-Magyarország	71	29	24	76	47	53
Észak-Alföld	74	26	37	63	57	43
Dél-Alföld	72	28	37	63	59	41
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>Fogyatékkal élők száma a háztartásban</b>						
Egy	78	22	35	65	58	42
Kettő vagy több	82	18	35	65	58	42
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>Etnikai hovatartozás</b>						
Nem roma	81	19	36	64	60	40
Roma	44	56	14	86	26	74
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>Egészségkárosodás mértéke</b>						
1-50 %	72	28	32	68	57	43
51-79%	79	21	35	65	58	42
80- %	83	17	36	64	62	38
Összesen	79	21	35	65	58	42

Forrás: D-kutatás

**M14. táblázat Az egészségkárosodottak anyagi depriváltságának elemi indikátorai főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)**

	Váratlan kiadás	Nyaralás	Fizetési késedelem	Megfelelő táplálkozás	A lakás megfelelő fűtése
<b>Háztartástípus</b>					
Egyedülálló	92	95	39	62	42
Párban él	85	89	32	51	26
Gyermekekkel él	89	89	56	55	28
Más háztartás gyermek nélkül	80	87	27	43	21
Összesen	85	90	36	51	28
<b>Legmagasabb isk. végz. a háztartásban</b>					
Legfeljebb 8 ált.	91	96	39	59	34
Szakmunkásképző	84	90	39	51	27
Érettségi	86	87	23	47	26
Diploma	74	72	28	33	17
Összesen	85	90	36	51	28
<b>Településtípus</b>					
Budapest	82	83	33	39	19
Megyeszékhely	86	85	43	57	30
Város	83	90	34	46	24
Község	88	93	28	56	34
Összesen	85	90	36	51	28
<b>Régió</b>					
Közép-Magyarország	83	85	28	44	25
Közép-Dunántúl	84	88	24	57	22
Nyugat-Dunántúl	88	91	27	63	18
Dél-Dunántúl	85	85	36	57	27
Észak-Magyarország	89	92	43	56	37
Észak-Alföld	86	93	42	47	28
Dél-Alföld	84	91	44	48	33
Összesen	85	90	36	51	28
<b>Fogyatékkal élők száma a háztartásban</b>					
Egy	86	89	36	51	28
Kettő vagy több	84	91	39	52	27
Összesen	85	89	37	51	28
<b>Etnikai hovatartozás</b>					
Nem roma	85	89	34	50	27
Roma	90	98	53	68	55
Összesen	85	90	36	51	28
<b>Egészségkárosodás mértéke</b>					
1-50 %	86	90	38	56	26
51-79%	85	90	34	51	29
80- %	85	86	36	47	26
Összesen	85	90	35	51	28

Forrás: D-kutatás

**M15. táblázat Az egészségkárosodottak lakás-depriváltsága főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)**

	Nem deprivált	Egy vagy két probléma van	Három vagy négy probléma van
<b>Háztartástípus</b>			
Egyedülálló	61	21	19
Párban él	75	16	9
Gyermekekkel él	62	22	16
Más háztartás gyermek nélkül	73	18	9
Összesen	69	18	12
<b>Legmagasabb isk. végz. a háztartásban</b>			
Legfeljebb 8 ált.	63	19	18
Szakmunkásképző	72	18	10
Érettségi	76	16	8
Diploma	79	17	4
Összesen	70	18	12
<b>Településtípus</b>			
Budapest	68	16	16
Megyeszékhely	67	21	12
Város	76	15	9
Község	65	21	14
Összesen	69	18	12
<b>Régió</b>			
Közép-Magyarország	75	14	11
Közép-Dunántúl	77	17	6
Nyugat-Dunántúl	69	20	11
Dél-Dunántúl	65	23	12
Észak-Magyarország	60	23	17
Észak-Alföld	70	18	12
Dél-Alföld	71	17	12
Összesen	69	18	12
<b>Fogyatékkal élők száma a háztartásban</b>			
Egy	71	17	12
Kettő vagy több	65	23	12
Összesen	69	18	12
<b>Etnikai hovatartozás</b>			
Nem roma	72	18	10
Roma	29	32	39
Összesen	69	18	12
<b>Egészségkárosodás mértéke</b>			
1-50 %	67	22	11
51-79%	70	19	12
80- %	70	13	17
Összesen	69	18	12

Forrás: D-kutatás

**M16. táblázat Az egészségkárosodottak érintettsége az Európa 2020 szegénységi célban, főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)**

	Nem érintett	Érintett
<b>Háztartástípus</b>		
Egyedülálló	6	94
Párban él	36	64
Gyermekekkel él	37	63
Más háztartás gyermek nélkül	31	69
Összesen	28	72
<b>Legmagasabb isk. végz. a háztartásban</b>		
Legfeljebb 8 ált.	18	82
Szakmunkásképző	32	68
Érettségi	17	83
Diploma	51	49
Összesen	28	72
<b>Településtípus</b>		
Budapest	39	61
Megyeszékhely	27	73
Város	31	69
Község	24	76
Összesen	28	72
<b>Régió</b>		
Közép-Magyarország	37	63
Közép-Dunántúl	35	65
Nyugat-Dunántúl	35	65
Dél-Dunántúl	28	72
Észak-Magyarország	20	80
Észak-Alföld	26	74
Dél-Alföld	25	75
Összesen	28	72
<b>Fogyatékkal élők száma a háztartásban</b>		
Egy	32	68
Kettő vagy több	20	80
Összesen	28	72
<b>Etnikai hovatartozás</b>		
Nem roma	29	71
Roma	10	90
Összesen	28	72
<b>Egészségkárosodás mértéke</b>		
1-50 %	36	64
51-79%	26	74
80- %	29	71
Összesen	28	72

Forrás: D-kutatás

**M17. táblázat. Logisztikus regressziós modell a munkaképesség megítélésére - esélyhányadosok**

	Esélyhányados
Nem (referenciacsoport: férfiak)	1,168
Akadályozottak száma a háztartásban	,729**
Etnikai hovatartozás (referenciacsoport: nem roma)	1,288
Legfeljebb 8 általános (referenciacsoport: diplomások)	1,069
Szakma (referenciacsoport: diplomások)	,927
Érettségi (referenciacsoport: diplomások)	1,070
Megyeszékhely (referenciacsoport: Budapest)	1,144
Egyéb város (referenciacsoport: Budapest)	,702
Község (referenciacsoport: Budapest)	,708
Egészségkárosodás mértéke	,985***
1-20 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	,890*
21-40 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	1,103
41-50 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	,822
50 év felett szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	,648
40-49 éves (referencia: 18-39 éves)	,629
50-54 éves (referencia: 18-39 éves)	,802
55 év felett (referencia: 18-39 éves)	,998
Anyagi depriváció (referencia: nem deprivált)	,828***
Szubjektív egészségi állapot	2,163**
15 éves kora óta eltelt idő hány százalékát töltötte munkával?	2,114***
Log pseudo-likelihood	1621
Wald $\chi^2$ -statisztika	441
Pseudo R <sup>2</sup>	0,082
Súlyozatlan esetek száma	1653

Forrás: D kutatás.

*Megjegyzés.* A függő változó értékei: 0 – foglalkoztatott (alkalmazott, vállalkozó, alkalmi munkát végez). A táblázatban a változók után a referenciakategóriákat zárójelben tüntettük fel. Az esélyhányadosok ebben az esetben ehhez a kategóriához képest értelmezendők. Az esélyhányadosok közül azokat tekintettük szignifikánsnak, melyek esetében a regressziós együttható \*\*\*0,01-es, \*\*0,05-ös vagy \*0,1-es szignifikancia szinten különbözik nullától.

**M18. táblázat. Logisztikus regressziós modell a munkavállalási szándékról - esélyhányadosok**

	Esélyhányados
Nem (referenciacsoport: férfiak)	,836
Akadályozottak száma a háztartásban	,995
Etnikai hovatartozás (referenciacsoport: nem roma)	1,165
Legfeljebb 8 általános (referenciacsoport: diplomások)	,893
Szakma (referenciacsoport: diplomások)	1,060
Érettségi (referenciacsoport: diplomások)	1,306
Megyeszékhely (referenciacsoport: Budapest)	1,996***
Egyéb város (referenciacsoport: Budapest)	1,455
Község (referenciacsoport: Budapest)	1,431
Egészségkárosodás mértéke	,998
40-49 éves (referencia: 18-39 éves)	1,038**
50-54 éves (referencia: 18-39 éves)	,579***
55 év felett (referencia: 18-39 éves)	,228
Anyagi depriváció (referencia: nem deprivált)	1,278*
Szubjektív egészségi állapot	1,180*
15 éves kora óta eltelt idő hány százalékát töltötte munkával?	1,206
15 éves kora óta eltelt idő hány százalékát töltötte akadályozottként?	,767
Alkalmasnak ítéli-e magát a munkavállalásra	3,529***
Háztartás munkaintenzitása	1,107
Log pseudo-likelihood	1687
Wald $\chi^2$ -statisztika	441
Pseudo R <sup>2</sup>	0,196
Súlyozatlan esetek száma	1624

Forrás: D kutatás.

*Megjegyzés.* A függő változó értékei: 0 – foglalkoztatott (alkalmazott, vállalkozó, alkalmi munkát végez). A táblázatban a változók után a referenciakategóriákat zárójelben tüntettük fel. Az esélyhányadosok ebben az esetben ehhez a kategóriához képest értelmezendők. Az esélyhányadosok közül azokat tekintettük szignifikánsnak, melyek esetében a regressziós együttható \*\*\*0,01-es, \*\*0,05-ös vagy \*0,1-es szignifikancia szinten különbözik nullától.