

7.2. A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉG ESETÉN IGÉNYELHETŐ PÉNZBELI ELLÁTÁSOK VÁLTOZÁSAI ÉS AZOK HATÁSAI

KREKÓ JUDIT & SCHARLE ÁGOTA

A rendszerváltozás óta eltelt időszakban a rokkantsági és rehabilitációs ellátások rendszere markáns átalakításokon ment keresztül. Az engedékeny szabályozás következtében 1990 és 2003 között az ellátottak száma megduplázódott, 2003-ra meghaladta a 713 ezer főt, az aktív korú népesség 12 százalékát.¹

Az 1990-es évek végétől kezdődő, óvatos és lényegében hatástalan szigorítási kísérletek után 2008-ban történt az első érdemi reform, ami bevezette a megmaradt munkavégző képességen alapuló értékelést, a rehabilitációt ösztönző szabályozást, és bővítette a rehabilitációs szolgáltatásokat (Scharle, 2008). A következő, 2012. évi reform más eszközökkel, elsősorban az ellátások hozzáférési szabályainak szigorításával, illetve összegének csökkentésével igyekezett visszafogni a rendszer költségeit (Kovács, 2019, Nagy, 2014).

A megváltozott munkaképesség alapján járó ellátásokban részesülők száma 2003 és 2019 között drasztikusan, több mint 60 százalékkal, 290 ezer főre, az aktív korú népesség 5 százaléka alá csökkent. Nemzetközi összevetésben ez azt jelenti, hogy a rokkantsági ellátásokban részesülők aktív korú népességhez viszonyított aránya az OECD-rangsor éléről a mezőny alsó felébe süllyedt (OECD, 2010, 2016). A GDP-arányos kiadások tekintetében pedig Magyarország az EU középmezőnyéből a legkevesebbet költő országok közé került: a kiadások a 2007 óta eltelt időszakban megfelelődték, az EU országai között az egyik legalacsonyabb szintre, a GDP 1 százalékára csökkentek.

Mi áll a gyökeres változás hátterében? Az ellátottak számát és arányát mindenekelőtt az ellátásokhoz való hozzáférés és az ellátások mértékének szabályozása, valamint a népesség demográfiai összetétele és egészségi állapota befolyásolja. A következőkben először röviden összefoglaljuk a 2008-ban és 2012-ben hozott intézkedéseket. (A megváltozott munkaképesség alapján járó fontosabb pénzbeli ellátások alakulását a későbbiekben a 7.2.1. táblázat foglalja össze.) Ezután adminisztratív adatok vizsgálatával bemutatjuk, hogyan alakult a rokkantsági és rehabilitációs ellátásokba történő beáramlás és kiáramlás, illetve az ellátások pénzbeli összege.

Nem vállalkozunk arra, hogy értékeljük a népesség általános egészségi állapotában bekövetkező változásokat. Ugyanakkor az ellátások célzottságának, szigorának megítéléséhez megvizsgáljuk, hogy az ellátásokra újonnan jogosultságot szerzők egészségi mutatói hogyan alakultak a teljes népességéhez viszonyítva. Emellett megvizsgáljuk a demográfiai változások ellátásokba történő beáramlásra gyakorolt hatását is.

¹ A Köllő–Nacsa (2004) és Scharle (2007) elemzése is azt mutatta, hogy a rokkantsági nyugdíjazás aránya magasabb azokon a területeken, ahol kedvezőtlen a munkaerőpiaci környezet. Bíró–Elek (2020) bemutatta, hogy az állásvesztés jelentősen növeli a rokkantsági nyugdíjazás esélyét, amelyhez az állásvesztés egészségre gyakorolt hatásán túl az is hozzájárulhatott, hogy a rokkantsági nyugdíjazás a munkanélküliség egyik alternatívája lehetett.

A pénzbeli ellátásoknak több, részben ellentétes célt kell teljesíteniük. A rokkantsági juttatások fő funkciója, hogy megélhetést biztosítson azok számára, akik egészségi állapotuk miatt munkajövedelmüket tartósan részben vagy teljesen elvesztették. Másrészt az ellátásnak ösztönöznie kell arra, hogy az ellátást igénybe vevők a megmaradt munkaképességüket felhasználva minél előbb visszatérhessenek a munkapiacra. Ebben a folyamatban a pénzbeli ellátások mellett fontos szerep hárul a rehabilitációs szolgáltatásokra is, amelyek elősegíthetik a munkavégző képesség helyreállítását, illetve az egészségi állapotnak megfelelő munkakör megtalálását, az arra való felkészítést.

A szabályozás egy komoly dilemmával szembesül: számos empirikus elemzés – például *Bound*, 1989, *Autor–Duggan*, 2003, *Scharle*, 2008 – alátámasztja, hogy az alacsony belépési korlátok és a magas összegű ellátások érdemben csökkentik a munkakínálatot, a túlzottan korlátozó rendszer azonban nem tudja ellátni elsődleges szerepét. Ebben az alfejezetben az ellátórendszer változásainak bemutatásakor a fenti szempontokra is kitérünk.

A rokkantsági juttatások rendszerének 2008. évi reformja

A pénzbeli ellátások 2008. évi átalakításának kinyilvánított célja a nemzetközi trendekkel összhangban az volt, hogy a rendszer a rokkantság helyett a munkavégző képesség helyreállítására, a rehabilitációra, és a megmaradó munkaképesség minél teljesebb kihasználására törekedjen, valamint a rehabilitációs szolgáltatások rendszerét támogatva ösztönözze az érintettek munkapiaci integrációját (*OECD*, 2010, *Csillag–Scharle*, 2016).

2008. január 1-jétől egy új, komplex minősítési rendszert vezettek be, amely azóta is érvényben van (lásd *K7.2. keretes írás*). Az új rendszerben az ellátásokra való jogosultságot a munkaképesség csökkenése helyett az össz-szervezeti egészségkárosodás mértékéhez kötötték, amelyhez új határértékeket rendeltek. Ez nem jelentett egyértelmű szigorítást: a változás lényege abban állt, hogy az értékelés a fejleszthető képességekre, a szakmai munkaképesség változására, a rehabilitációs esélyekre koncentráljon. Ennek megfelelően a reform másik fő eleme a három évig folyósítható rehabilitációs járadék bevezetése volt, ami jelentősen korlátozta annak lehetőségét, hogy az igénylő rögtön a végleges rokkantsági nyugdíjra szerezzen jogot. Ezt az ellátást az kaphatta, akinél az egészségkárosodás mértéke elérte az 50 százalékot, és a minősítés során a bírálóbizottság rehabilitálhatónak ítélte. A rehabilitációs járadékosok foglalkoztatási rehabilitációs szolgáltatásokra is jogosultságot kaptak, sőt a törvény előírta az állami foglalkoztatási szolgálattal (ÁFSZ) való együttműködést is, bár szankciókat nem rendelt hozzá. A rehabilitációs szolgáltatásokat az ÁFSZ vagy velük szerződésben álló nonprofit szolgáltatók nyújtották egy uniós program keretében, a korábbi-nál jóval nagyobb kapacitással (*Adamecz-Völgyi és szerzőtársai*, 2018). A reform a rendszeres szociális járadékban részesülők számára megváltoztatta

az ellátások melletti munkavégzés kereseti korlátját is, a korábbi kereset 80 százalékáról a minimálbér 80 százalékára.

A rokkantsági és rehabilitációs ellátások 2012. évi átalakítása

A 2012. évi reform² gyökeresen átalakította a pénzbeli ellátások rendszerét (7.2.1. ábra). A rokkantsági és rehabilitációs juttatásokat kivették a nyugdíjrendszerből, a korábbi juttatási formákat (rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj, a rendszeres szociális és az átmeneti járadék, rehabilitációs járadék) az újonnan bevezetett rokkantsági és a rehabilitációs ellátás váltotta fel. A régi ellátásokban részesülőket – a rehabilitációs járadékosok kivételével – 2012. január 1-jén automatikusan átsorolták az új ellátások valamelyikébe, a 62 év feletti pedig öregségi nyugdíjasok lettek.

² 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól.

7.2.1. táblázat: A megváltozott munkaképességű személyek fő biztosítási alapú^a pénzbeli ellátásai^b

Ellátás	Egészségromlás mértéke	Egyéb jogosultsági feltételek	Összeg	Kereseti korlát ^d
2008. január 1. - 2011. december 31.				
Rokkantsági nyugdíj I. csoport	79 százalék feletti és mások gondozására szorul	Szolgálati idő (életkortól függ)	Nyugdíjhoz hasonló ^c	Nincs
Rokkantsági nyugdíj II. csoport	79 százalék feletti, de mások gondozására nem szorul	Szolgálati idő (életkortól függ)	Nyugdíjhoz hasonló ^c	Nincs
Rokkantsági nyugdíj III. csoport	50–79 százalék és nem rehabilitálható	Szolgálati idő (életkortól függ)	Nyugdíjhoz hasonló ^c	A nettó átlagjövedelemre: a rokkantsági nyugdíj alapját képező havi átlagkereset 90 százalékának a nyugdíjemelésekkel valorizált értéke (hat egymást követő hónap átlagában); 2009. januártól a bruttó átlagkeresetre: a rokkantsági nyugdíj összegének kétszerese (hat egymást követő hónap átlagában)
Rendszeres szociális járadék	Min. 40 százalék	A rokkantnyugdíjhoz szükséges szolgálati idő fele	Fix összeg (27 ezer forint 2011-ben)	A minimálbér 80 százaléka (hat egymást követő hónap átlagában)
Átmeneti járadék	Min. 40 százalék	A rokkantnyugdíjhoz szükséges szolgálati idő fele; Maximum 5 év a nyugdíjkorhatárig	A jogosultság időpontjában kiszámított öregségi nyugdíjának 75 százaléka	A minimálbér 80 százaléka (hat egymást követő hónap átlagában)
Rehabilitációs járadék	50–79 százalék	Rehabilitálható; Keresete min 30 százalékkal csökkent; Maximum 3 évig adható	A III. csoportos rokkantnyugdíj 120 százaléka	A járadék 50 százalékkal csökken, ha a kereset eléri a korábbi átlagkereset összegének 90 százalékát
2012. január 1-jétől				
Rokkantsági ellátás	Maximum 60 százalékos egészségi állapot ^e	Szolgálati idő; Rehabilitációja nem javasolt	Korábbi keresettől, szolgálati időtől, egészségi állapottól függ	A minimálbér 150 százaléka (2012–2013: három egymást követő hónap átlagában, 2014-től: három egymást követő hónapon keresztül)
Rehabilitációs ellátás	Maximum 60 százalékos egészségi állapot	Szolgálati idő; Foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható	Korábbi keresettől, szolgálati időtől, egészségi állapottól függ (2020-ban 30 470–50 780 forint)	2012: a keresőtevékenység alatt a pénzbeli ellátás szünetel, 2013. január 1.–2016. április 30: heti 20 óra, keresetkorlát nélkül, 2016. május 1-jétől: a minimálbér 150 százaléka (három egymást követő hónapon keresztül)

^a A két legfontosabb nem biztosítási alapú juttatás a fogyatékosági támogatás és a rokkantsági járadék. A fogyatékosági támogatásra minden 18 éven felüli, sú-

lyosan fogyatékos személy jogosult, összege 2017 óta 20 982–25 825 forint. A rokkantsági járadékra jogosult az, akinek a 25. életéve betöltése előtt keletkezett és azóta folyamatosan fennálló egészségkárosodása legalább 70 százalékos mértékű, valamint nem részesül rokkantsági és rehabilitációs ellátásban. Fix összegű ellátás (2020. január 1-jétől 38 670 forint).

- ^b 2008. január 1. előtt a rehabilitációs járadék kivételével ugyanezek az ellátások léteztek, a jogosultság a munkaképesség-csökkenés mértékéhez volt kötve, a kereseti korlátok eltértek. A táblázatban nem szerepel a biztosítási alapú, 1991-ben bevezetett bányászok egészségkárosodási járadéka, erre a bányászati tevékenységük következtében legalább 29 százalékos mértékű egészségkárosodást szenvedő személyek jogosultak.
- ^c A korábbi jövedelemtől, szolgálati időtől, munkaképesség-csökkenés mértékétől függő összeg, amely az azonos szolgálati idő és jövedelem esetén adható nyugdíjnál nagyobb.
- ^d Az ellátás időtartama alatti keresőtevékenységre vonatkozik, az ellátásokba újonnan belépők számára. A változás előtt jogosulttá válók számára jellemzően átmeneti vagy a korábbi szabályok voltak érvényben.
- ^e Az egészségi állapotot 2012-től az egészségromlás mértéke helyett az egészségi állapot százalékos arányában határozzák meg. A 2012 előtti minimum 40 százalékos egészségkárosodásnak 2012 után a maximum 60 százalékos egészségi állapot felel meg.

A 2012. évi átalakítás megfogalmazott céljai között szerepelt, hogy az ellátások megítélésében az orvosi mérlegelés mellett rehabilitációs és szociális szempontok is szerepet kapjanak, és azoknál, akiknél erre van esély, ösztönözzék a mielőbbi visszatérést a munkába. Ennek megfelelően azok, akiknek az egészségi állapota 31–60 százalék közötti, és foglalkoztathatóságuk rehabilitációval helyreállítható (vagy tartós foglalkozási rehabilitációval tudnak dolgozni), rehabilitációs ellátásban részesülnek, amelyet legfeljebb három évig kaphatnak. A rehabilitációs ellátás összege jóval alacsonyabb (2020-ban maximum 50,3 ezer forint), mint a korábbi rehabilitációs járadéké volt. Rokkantsági ellátásban csak azok részesülhetnek, akiknek a rehabilitációja nem javasolt.

Bár formálisan minden rehabilitálható ügyfél jogosult a munkavégző képességet javító és az álláskeresést támogató szolgáltatásokra, a reformot követő években ezeknek a szolgáltatásoknak az elérhetősége és minősége nem javult (vagy egyes térségekben romolhatott is). A rehabilitációs szolgáltatásokat 2012 és 2015 között a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, majd annak megszűnése után háromféle intézmény nyújtja – az EFOP- vagy VEKOP-irodák, amelyek megyénként két-három városban működnek (összesen 49 iroda, miközben a munkaügyi szolgálatnak 170 kirendeltsége van szerte az országban), a *munkaügyi szolgálat* megyénként legfeljebb egy-két rehabilitációs ügyintézővel – és a civilek. A civilek jellemzően személyre szabottabb és többféle szolgáltatást nyújtanak,³ ám bizonytalanabb a finanszírozásuk: évente változó feltételekkel és gyakran több hónapos szünetekkel jutnak pályázati forrásokhoz (Scharle, 2016). A kapacitásaik is korlátozottak: például a 2017 nyarán lezárult Rehabilitáció – Érték – Változás (RÉV) projektben három év alatt mintegy 3500 fő állt munkába civil szervezet segítségével.

Foglalkozási rehabilitációt végezhetnek az akkreditált munkáltatók is, az erre adott támogatás (ezt tranzitfoglalkoztatásnak nevezi a szabályozás) azon-

³ A civil szervezetek sokféle szolgáltatást nyújtanak, amelyek segítenek az álláskeresőnek és a munkáltatónak egymásra találni, illetve a munkáltatók költségeit és előítéleteit is csökkenteni. Felmérik a meglévő készségeket és motivációkat, egyéni munkavállalási tervet készítenek, szükség esetén képzést, felkészítést adnak a munkavállalásra, megfelelő munkahelyet keresnek, betanítanak, szemléletformáló tréningeket szerveznek a leendő munkatársak számára, átsegítenek a munkába állás utáni első zökkenőkön.

ban nem nyújt érdemi ösztönzést sem a tényleges rehabilitációra, sem a nyílt munkapiaci elhelyezésre.⁴

A 2012. évi átalakítás markánsan eltért a korábbi (és a más országokban bevezetett) reformoktól abban a tekintetben, hogy nemcsak az új ellátások igénybevételeinek feltételeit változtatta meg, hanem a korábbi ellátások felülvizsgálatát is előírta. Komplex vizsgálattal ellenőrizték egészségkárosodásuk mértékét és az ellátásra való jogosultságukat azoknak az 57 év alatti rokkantsági nyugdíjasoknak, akiknek egészségkárosodása 79 százaléknál alacsonyabb fokú (vagy a 2008 előtti kategóriák szerint munkaképesség-csökkenése 100 százalékalatti) volt, valamint azoknak az 57 év alattiaknak, akik rendszeres szociális járadékban részesültek. Az ellátottaknak 2012. március 31-ig nyilatkozniuk kellett arról, hogy kérik-e a komplex vizsgálatot, és ha nem nyilatkoztak, vagy nem igényelték azt, akkor 2012 májusában elvesztették a jogosultságot. Az Admin3 adatbázisának (lásd alább) adatai alapján e kötelezettség mintegy 200 ezer ellátottat érintett.

A megváltozott munkaképességű személyek juttatásaiban részesülők arányának alakulása

A következőkben a megváltozott munkaképességű (MMK) személyek pénzügyi ellátásainak jellemzőit a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított Admin3 adatbázis alapján vizsgáljuk, amely egyéni szinten tartalmazza a 2003. évi magyar népesség 50 százalékaának anonimizált adatait 2017-ig.⁵ A rokkantsági és rehabilitációs ellátásokba történő belépések adatai 2017 júniusáig állnak rendelkezésre, az elemzésben a 20–60 éves korosztályt vizsgáljuk.

A 7.2.1. ábra a megváltozott munkaképesség esetén járó ellátásban részesülők és az ellátásokba belépők 20–60 éves korosztályhoz viszonyított arányát, illetve a kilépések arányát (az adott hónapban megszűnő ellátások számát az előző hónapban ellátásban részesülők számához viszonyítva) mutatjuk. A függőleges vonalak a 2008-as, illetve a 2012-es reformokat jelölik. Az elemzésben a biztosítási alapú rokkantsági és rehabilitációs ellátásokat vizsgáljuk.

A 2003-tól 2017-ig tartó időszakot az ellátásban részesülők arányának folyamatos csökkenése jellemezte. A 2008-ig tartó időszakban a beáramlás – ekkor elsősorban a rendszeres szociális járadékba történő beáramlás visszaesése miatt – már fokozatosan mérséklődött. Az is látható, hogy a 2008-as reform előtt, valószínűleg az elbírálási rendszer szigorítására számítva, sokan előre hozták, és a változás előtt benyújtották a rokkantsági nyugdíjra vonatkozó igényüket.

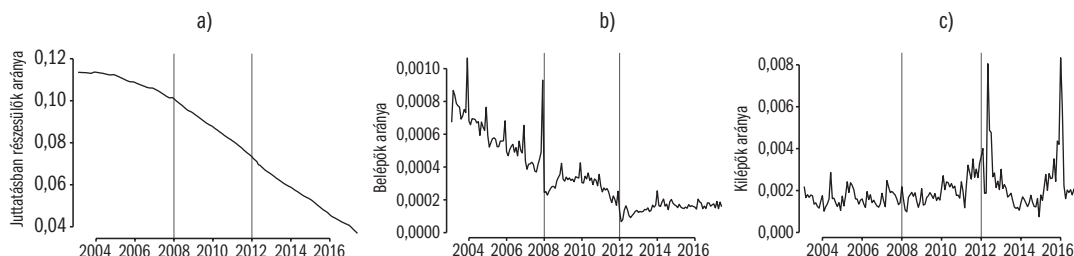
A 2008-as reform elsősorban a belépők számában okozott markáns visszaesést, a kilépések érdemben nem változtak. A 2012. évi reform nyomán nemcsak erőteljesebben csökkent a belépések száma, hanem a kilépések száma is megugrott, így jelentősen visszaesett az ellátásban részesülők száma. A kilépések száma különösen magas volt 2012 májusában, amikor a komplex felülvizsgálatot követően sokan nyilatkoztak arról, hogy nem kérik a vizsgálatot, így elvesztették a jogosultságot.

⁴ A tranzitfoglalkoztatásban dolgozók legfeljebb három évig maradhatnak a védett munkahelyen és ezután a munkáltató segítségével fél éven belül nyílt piaci munkahelyre kell kerülniük. Ennek elmaradását azonban a szabályozás nem szankcionálja.

⁵ Az adatbázis rövid leírását lásd a Közelkép Függelékében és részletesebben *Sebők* (2019) tanulmányában.

vizsgálatot nem igénylő ellátottak elveszítették az ellátásra vonatkozó jogosultságukat. Egy hasonlóan nagy kilépési hullámot figyelhetünk meg 2016-ban: ekkor járt le az ellátása sokaknak, akiknek a felülvizsgálatkor a három évig járó rehabilitációs ellátást ítélték meg.

7.2.1. ábra: A megváltozott munkaképesség esetén járó a) juttatásokban részesülők, b) belépők és c) kilépők aránya

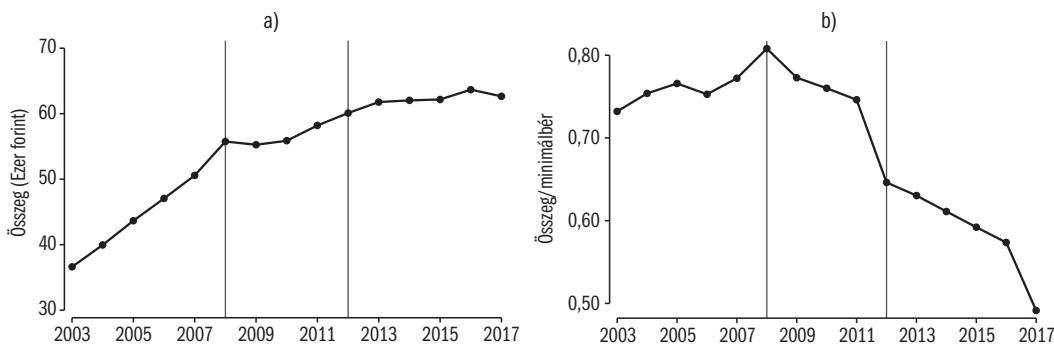


Megjegyzés: Havi adatok. Az ábra 2011 decemberéig a rokkantsági nyugdíjat, rehabilitációs járadékot, rendszeres szociális járadékot, átmeneti járadékot és a bányászok egészségkárosodási járadékát, 2012-től pedig a rokkantsági és rehabilitációs ellátásokat, valamint a kifutó rehabilitációs járadékot tartalmazza. A juttatásban részesülők és a belépések a 20–60 éves népesség arányában, a kilépések az előző hónapban ellátásban részesülők arányában kifejezve szerepelnek.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

A 2008-as reform után az ellátások átlagos összege (az aktuális minimálbérhez viszonyítva) lényegében nem változott (7.2.2. ábra). A 13. havi nyugdíj megszüntetése 2009-ben a rokkantnyugdíjak csökkenését eredményezte. A 2012. évi reformot követően több tényező is hozzájárult az ellátások minimálbérre viszonyított arányának csökkenéséhez. Egyrészt, a rehabilitációs ellátás – a 2012 előtti rehabilitációs járadékkal szemben – kifejezetten alacsony összegű juttatás lett. Másrészt, az ellátások összege nem követte a minimálbér 20 százalékos emelését 2012-ben, és a következő évek további emeléseit sem.

7.2.2. ábra: A személyek ellátásának átlagos összege a) forintban kifejezve és b) a minimálbérhez viszonyítva



Megjegyzés: Az ábrán az ellátások összegének éves átlagai szerepelnek.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

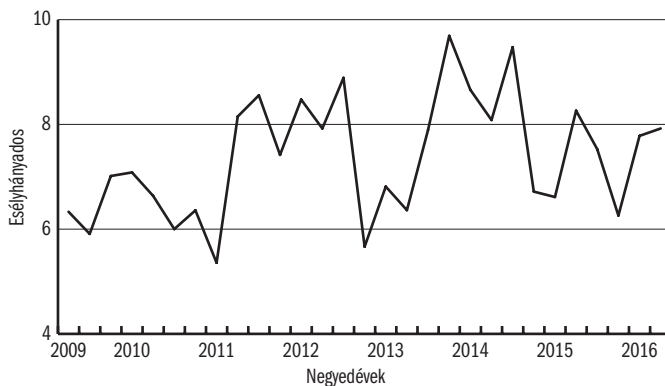
A rokkantsági és rehabilitációs ellátásokba lépők egészségi mutatói a teljes népességhez viszonyítva

A következőkben megvizsgáljuk, hogy az ellátásokba beáramló aktív korúak egészségi állapota hogyan viszonyul a hasonló korú aktív népességéhez képest. A beáramlók relatív egészségi állapota képet ad az ellátások célzottságáról, valamint arról, hogy milyen szerepe volt a szabályozás változásának a rokkantsági ellátásban részesülők arányának csökkenésében.

A következő ábrák azt mutatják, hogy a rokkantsági és rehabilitációs ellátások valamelyikébe a 20–60 éves korosztályból belépők egészségügyi mutatói hogyan alakulnak a teljes 20–60 éves lakossáéhoz viszonyítva. A következő egészségügyi mutatókat használtuk: a vényköteles gyógyszerek vásárlására fordított összeg (saját kiadás és társadalombiztosítási támogatás együtt), a társadalombiztosítás által finanszírozott járóbeteg-ellátási, illetve fekvőbeteg-ellátási kiadás és a háziorvosi látogatások száma a belépés előtti 12 hónapban. (A háziorvosi látogatásokból kivettük a rokkantsági ellátást közvetlenül megelőző hónapot, hogy a komplex eljárással kapcsolatos adminisztratív célú látogatások ne befolyásolják az eredményeket.) Emellett a belépést követő egy évben történő halálozási arányt is megvizsgáltuk. Bár ezt az indikátort már az ellátásban töltött időszak is befolyásolhatja, úgy ítéltük meg, hogy még döntően a belépés előtti egészségi állapot határozza meg.

Mivel az egészségügyi adatok az Admin3 adatbázisban 2009-től állnak rendelkezésre, az összehasonlítást 2010. január és 2017. június között tudjuk elvégezni.

7.2.3. ábra: A megváltozott munkaképességűek ellátásaiba belépők nemre és korra kontrollált mortalitása a teljes 20–60 éves népességéhez viszonyítva (a belépést követő 12 hónapon belül), 2009–2016

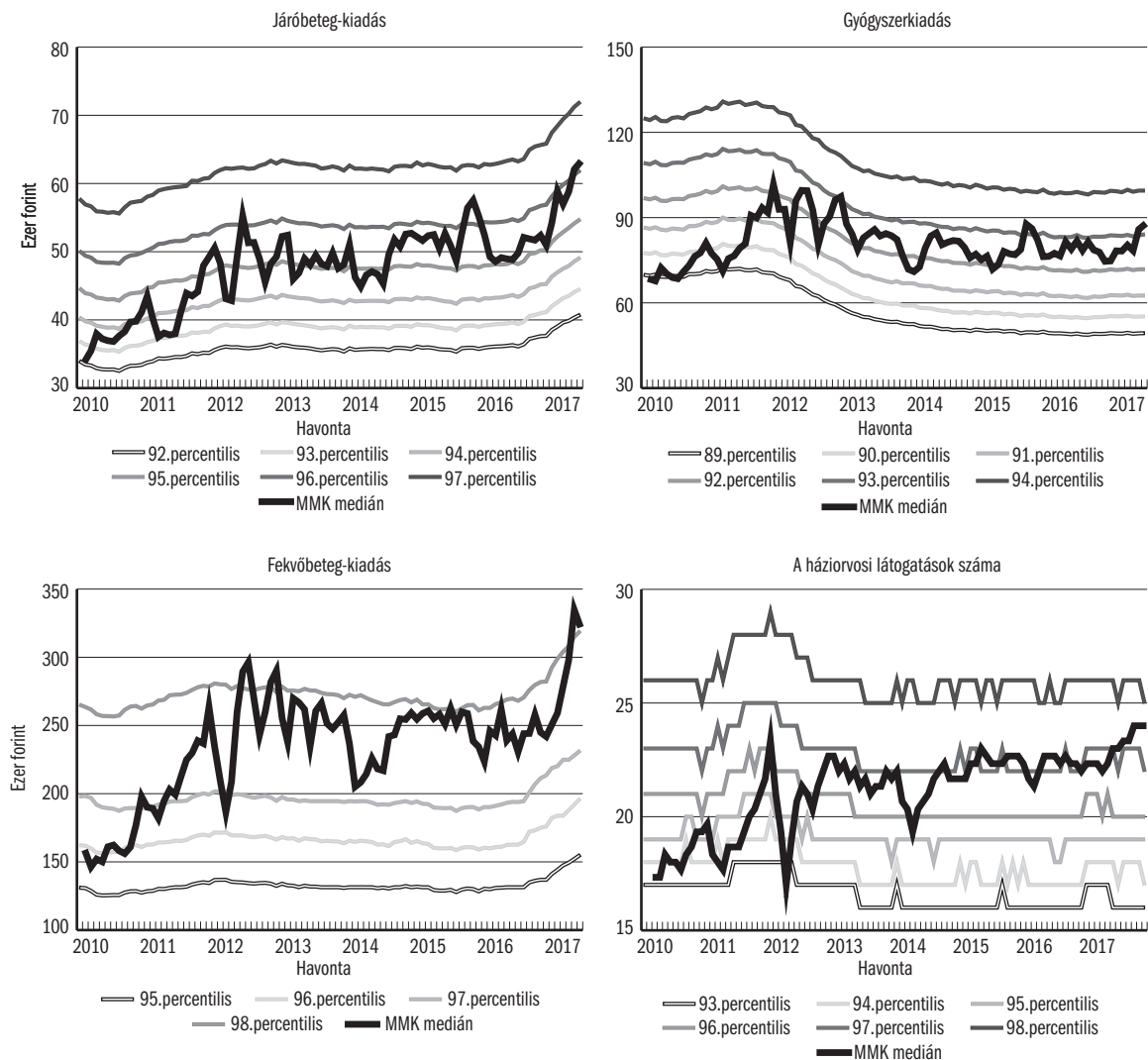


Megjegyzés: Az ábra a 20–60 éves népesség egy évvel késleltetett halálozására becsült logit modelltől az ellátásba belépők indikátorváltozójának esélyhányadosát (*odds ratio*) mutatja. A logit modellt a kor, 20–60 év között, 10 évenkénti korcsoportok szerint, valamint a nem is szerepelnek magyarázó változóként.

Forrás: Saját számítás az Admin3 alapján.

A 7.2.3. ábra mutatja az ellátásba belépők egy éven belüli halálozásának – nemre és korra kontrollált – esélyhányadosát (*odds ratio*) a 20–60 éves népességben a 2009–2016 közötti időszakban. Az ellátásba belépők 6–10-szer nagyobb eséllyel halnak meg egy éven belül, mint az azonos nemű és korú, az ellátásba nem belépő személyek, és relatív halálozásuk enyhén nőtt a 2009 óta eltelt időszakban.

7.2.4. ábra: A megváltozott munkaképességűek pénzbeli ellátásaiba belépők elmúlt 12 havi egészségügyi kiadásai (medián) a teljes 20–60 éves népesség percentiliseihez viszonyítva



Megjegyzés: Az ábrán az ellátásokba beáramlók kor és nem szerinti összetételének változását kiszűrtük. A nyers ábrák a fentiekhez nagyon hasonló képet mutatnak.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

A 7.2.4. ábra alapján az egészségi mutatók tekintetében a rokkantsági ellátásba lépők a felső 5–10. percentilisben vannak. 2010 és 2016 között egy lassú romlás figyelhető meg, és az emelkedések jelentős része 2012 előtt következett be. Mindez arra utal, hogy a rehabilitációs és rokkantsági ellátásokban részesülők csökkenő arányában szerepet játszik, hogy a 2008. évi és a 2012. évi reformok nyomán egy relatíve rosszabb egészségi állapotú, szűkebb csoport lépett be az ellátásokba, vagyis az ellátások célzottabbá váltak.

Az ellátottak relatív egészségi állapotának romlása mögött alapvetően két tényező állhat, amelyeket a rendelkezésre adatok alapján nem tudunk elkülöníteni. Az egyik lehetséges magyarázat, hogy szigorodott az elbírálás, vagyis emelkedett az a küszöb, amely feletti egészségromlás esetén az ellátást megítélték. A szigorúbb elbírálási folyamat mellett azonban a csökkenő belépésekhez a mérséklődő kereslet is hozzájárulhatott. Az ellátások bérekhez viszonyított arányának, vagyis a helyettesítési rátának a csökkenése sokakat eltántorított a rokkantsági ellátások igénylésétől. Az ellátás alacsonyabb összege mellett az igénylések visszaesésében az is szerepet játszhatott, hogy a magasabb korábbi jövedelemmel rendelkezők számára csökkent az ellátás melletti munkavégzésből származó kereseti korlát.⁶

A demográfiai változások beáramlásokra gyakorolt hatásának elemzéséhez a 20–60 éves népességet ötéves korcsoportokra osztottuk. Megvizsgáltuk, hogy a korcsoportonként számított 2016. évi belépési valószínűségeket a 2003. évi kor szerinti összetételre vetítve mekkora beáramlás adódna 2016-ban. Az eredmények azt mutatják, hogy a 20–60 éves népesség 2003. évi kor szerinti összetételével a 2016. évi új belépők száma 4 százalékkal lenne magasabb, vagyis a demográfiai változások marginális szerepet játszottak a beáramlók számának 2003 és 2016 közötti csökkenésében.

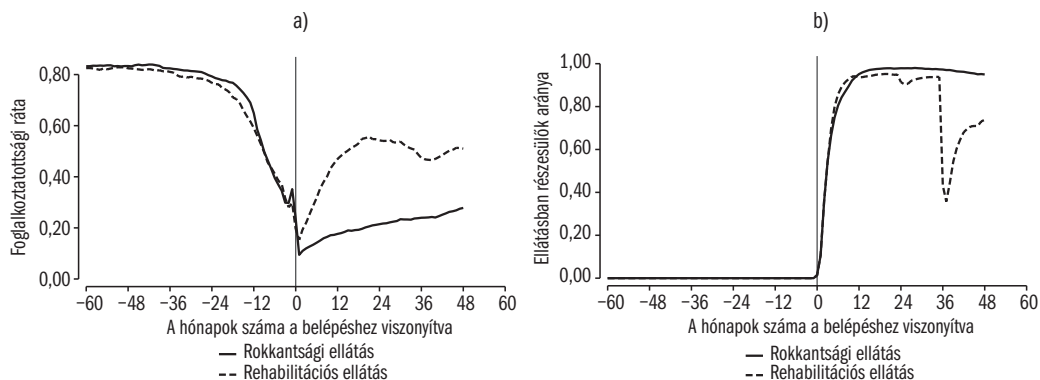
A rokkantsági és rehabilitációs juttatásokban részesülők foglalkoztatottsága

A következőkben a rokkantsági és rehabilitációs ellátásokba kerülők foglalkoztatási esélyeit vizsgáljuk. A 2012 és 2014 között rehabilitációs ellátásba lépők hamarabb és nagyobb arányban tértek vissza a munkaerőpiacra, mint a rokkantsági ellátásba kerülők (7.2.5. ábra). A foglalkoztatottak aránya e körben ugyanakkor a belépés után három évvel is csak kb. 50 százalékra emelkedik, holott a rehabilitációs ellátás kinyilvánított célja, hogy az ellátásba bekerülők a három év letelte után újra munkába tudjanak állni. Az ábra jobb oldali paneljén ugyanakkor az is látható, hogy a rehabilitációs ellátásba lépők jelentős része három év után is kap rokkantsági vagy rehabilitációs ellátást – vagy azért, mert időközben rokkantsági ellátásba került, vagy azért, mert ismét megítélték számára a rehabilitációs ellátást. Egyébként a rehabilitációs ellátásba kerülők aránya összességében kicsi, és csökkenő tendenciát mutat: 2012 és 2017 között az ellátásra jogosultak

⁶ A rokkantsági ellátásba 2012. január 1. után belépők számára a korlát egységesen minimálbér 150 százaléka, míg 2012-ig a kereseti korlát korábbi jövedelem-től függött.

között a rehabilitációs ellátásba kerülők aránya kb. 25 százalékról 15 százalékra csökkent.

7.2.5. ábra: A rehabilitációs és rokkantsági ellátásba 2012–2013 között belépők a) foglalkoztatottsági rátája és b) az ellátásban részesülők aránya, a belépés időpontjához viszonyítva



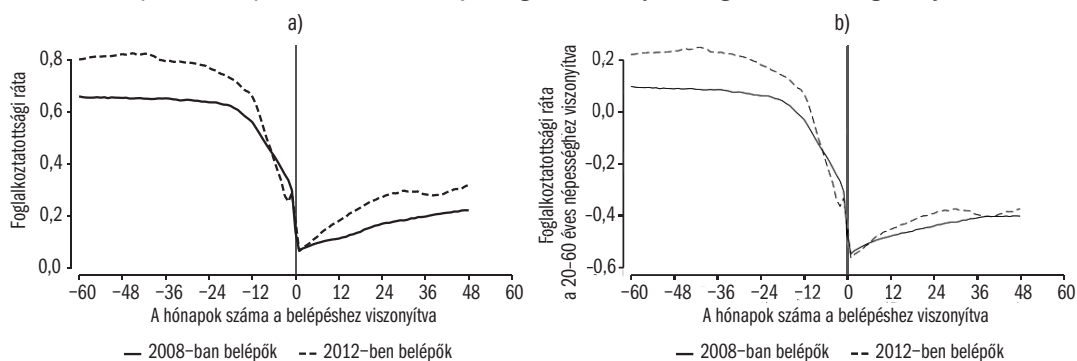
Megjegyzés: Foglalkoztatott az, akinek az adott havi keresete a bruttó 10 000 forintot meghaladja. A vízszintes tengelyen a belépés a jogosultság kezdetét jelöli, ami nem feltétlenül esik egybe a folyósítás kezdetével.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

A 7.2.6. ábra bal oldali része azt mutatja, hogy a 2012. évi reformot követően ellátásba kerülők a belépést követően nagyobb arányban foglalkoztatottak, mint a 2008-ban belépők. A teljes 20–60 éves népességéhez viszonyított foglalkoztatási ráta alakulása azonban azt mutatja, hogy a rokkantsági és rehabilitációs juttatásokba belépők foglalkoztatottsági lemaradása érdemben nem csökkent a 2012. évi reformot követően (a 7.2.6. ábra b) része).⁷

⁷ Regressziós elemzéssel vizsgálva a belépés utáni 12, 24 és 36 hónappal a foglalkoztatás valószínűsége nem tér el szignifikánsan a 2008-ban és a 2012-ben belépők között, nemre, életkorra, régióra kontrollálva sem.

7.2.6. ábra: A 2008-ban és 2012-ben rokkantsági és rehabilitációs juttatásokba belépők a) abszolút b) és a 20–60 éves népességéhez viszonyított foglalkoztatottsági rátája



Megjegyzés: Foglalkoztatott az, akinek az adott havi keresete a bruttó 10 000 forintot meghaladja. A vízszintes tengelyen a belépés a jogosultság kezdetét jelöli, ami nem feltétlenül esik egybe a folyósítás kezdetével. A jobb oldali panelen a 20–60 éves népesség foglalkoztatási rátájáról vett eltérés szerepel.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* alapján.

Összegzés

Míg a 2000-es évek elején a rokkantsági és rehabilitációs juttatások magyar rendszere Európa egyik legbőkezűbbjének számított, mára az egyik legkevesebbet költő rendszerré vált; az aktív népességen belül az ellátottak aránya a 2000-es évek elejéhez viszonyítva kevesebb mint a felére csökkent. Az elbírálás szigorodása, az ellátások bérekhez viszonyított arányának mérséklődése a kereslet és a kínálat oldaláról is csökkentette a beáramlást, a 2012. évi reform nyomán pedig sok korábbi ellátott veszítette el a jogosultságát. Az ellátások célzottsága nőtt, a rokkantsági ellátórendszerrel kapcsolatos visszaélések száma, illetve a rokkantsági ellátások munkakínálatot csökkentő hatása minden bizonnyal érdemben mérséklődött. Kérdéses azonban, hogy a rendszer milyen mértékben biztosít méltó életkörülményeket a rehabilitáció idején, illetve mennyire képes támogatni a megmaradt munkaképesség minél teljesebb felhasználást, a rehabilitációt és a munkapiacra történő visszatérést. A komplex vizsgálatok a jogosultak csak kis részét találják rehabilitálhatónak, és a ténylegesen aktív, rehabilitációs elemekben nem történt meg a szükséges bővítés.

Hivatkozások

- ADAMECZ-VÖLGYI ANNA–LÉVAY PETRA ZSUZSA–BÖRDÓS KATALIN–SCHARLE ÁGOTA (2018): Impact of a personalised active labour market programme for persons with disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 46. No. 19. 32–48. o. <https://doi.org/10.1177/1403494817738421>.
- AUTOR, D.–DUGGAN, M. G. (2003): The rise in the disability rolls and the decline in unemployment. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 118. 157–205. o. <https://doi.org/10.1162/00335530360535171>.
- BÍRÓ ANIKÓ–ELEK PÉTER (2020): Job loss, disability insurance and health expenditure. *Labour Economics*, Vol. 65. 101856. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2020.101856>.
- BOUND, J. (1989): The Health and Earnings of Rejected Disability Insurance Applicants. *American Economic Review*, Vol. 79. No. 3. 482–503. o.
- KOVÁCS GÁBOR (2019): A rokkantság, megváltozott munkaképesség, rehabilitációs ellátások változása Magyarországon 1990 és 2015 között. *Orvosi Hetilap*, 160. évf. 1. supplementum, 29–36. o. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31372>.
- KÖLLŐ JÁNOS–NACSA BEÁTA (2006): *Rugalmasság és biztonság a munkaerőpiacon. Magyarországi tapasztalatok*. ILO Flexicurity Paper, 2004/2. International Labour Office, Budapest.
- NAGY ZITA ÉVA (2014): *Van-e út a munkába? A rokkantellátásban résztvevő emberek munkaerő-piaci esélyeinek vizsgálata, különös tekintettel a személyes jellemzőikre*. *Metszetek*, Vol. 2. No. 1. 239–264. o.
- OECD (2010): *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>.
- OECD (2016): *Economic Policy Reforms 2016. Going for Growth Interim Report*. OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/growth-2016-en>.
- SCHARLE ÁGOTA (2007): *A rokkantnyugdíjazás növekedésének munkapiaci okai*. Megjelent: *Fazekas Károly–Cseres-Gergely Zsombor–Scharle Ágota* (szerk.): *Munkaerőpiaci Tükör*, 2007. MTA Közgazdaságtudományi Intézet – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest.
- SCHARLE ÁGOTA (2008): *Korai nyugdíjba vonulás*. Megjelent: *Nagy Gyula* (szerk.): *Jóléti ellátások, szakképzés és munkakínálat*, KTI Könyvek, 10. MTA Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest, 81–103. o.
- SCHARLE ÁGOTA (2016): *A munkapiaci szakpolitika eszközei (2015. május – 2016. március)*. Megjelent: *Blaskó Zsuzsa–Fazekas Károly* (szerk.): *Munkaerőpiaci Tükör*, 2015. Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest.
- SCHARLE ÁGOTA–CSILLAG MÁRTON (2016): *Disability and labor market integration. Analytical Paper*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (European Commission) – ICF.
- SEBŐK ANNA (2019): *A KRTK Adatbank Kapcsolt Államigazgatási Paneladatbázisa*. *Közgazdasági Szemle*, 66. évf. 11. sz. 1230–1236. o. <https://doi.org/10.18414/KSZ.2019.11.1230>.
- SZIKRA DOROTTYA (2017): *A magyar nyugdíjrendszer a rendszerváltás óta*. Megjelent: *Ferge Zsuzsa* (szerk.): *Társadalom- és szociálpolitika. Magyarország, 1990–2015*. Osiris, Budapest.