

A rokkantság, megváltozott munkaképesség, rehabilitációs ellátások változása Magyarországon 1990 és 2015 között

Kovács Gábor dr.

Széchenyi István Egyetem, Egészség- és Sporttudományi Kar, Győr

Bevezetés: A megváltozott munkaképességű személyek részére kifizetett és jelenleg az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének közel 30%-át kitevő pénzbeli ellátásokra való jogosultság megállapítása, a keret racionális felhasználása régóta komoly problémákat vet fel.

Célkitűzés: A tanulmány célja az elmúlt 25 év statisztikai adatainak és a jogszabályi környezet változásának az összehasonlító vizsgálata.

Módszerek: Vizsgálatainkat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, a Központi Statisztikai Hivatal adatsoraira, valamint az Állami Számvevőszék, továbbá a Nemzetgazdasági Minisztérium államháztartási jelentéseire alapoztuk. A vizsgált időszakra vonatkozóan elemeztük a megváltozott munkaképességű személyek számára kifizetett pénzbeli ellátások mértékét, az azok csökkentésére tett intézkedéseket, illetve az alapul fekvő jogszabályi háttér változását. Hosszmetszetben vizsgáltuk a háttérben húzódó komplex társadalmi, szociológiai folyamatoknak vonatkozó dimenziót, továbbá a megváltozott munkaképesség orvosszakmai értékelésének rendszerét, illetve a komplex rehabilitációs ellátások megjelenését, hatásait.

Eredmények: Az elmúlt 25 évben az eltérő megnevezés alatt (rokkantság, munkaképesség-csökkenés, egészségkárosodás, rehabilitációs ellátás) kifizetett pénzbeli ellátások (járadék, nyugellátás) az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének még ma is meghatározó részét képezik (2016-ban 315 milliárd forint). Komoly erőfeszítések történtek arra, hogy a régebben alapvetően automatikusan folyósított rokkantsági nyugdíj és járadék rendszerét a megmaradt egészségi állapotra építő, azt megtartó, javító komplex orvosi, foglalkozási és szociális rehabilitációval váltsák fel. Az intézkedések célja alapvetően a költségvetés kiadásainak csökkentése, illetve a kifizetett összeg rehabilitációs ellátásokra építő eredményesebb hasznosulása.

Következtetés: A vizsgált hosszú időperiódusban lezajló társadalmi, szociológiai változások sajnálatosan elősegítették a rokkantsági ellátást igénybe vevők számának kezdetben gyors emelkedését, majd magas szinten stabilizálódását és a költségvetés jelentős terhelését. Ezt a pénzbeli ellátás rehabilitációs szemléletű átalakítása sem volt képes kellően elensúlyozni.

Orv Hetil. 2019; 160(Suppl 1): 29–36.

Kulcsszavak: rokkantság, rehabilitációs ellátás, megváltozott munkaképesség, egészségkárosodás

Changes in disability, reduced working ability and rehabilitation benefits in Hungary between 1990 and 2015

Introduction: In our study, based on the data of the last 25 years, we analyzed the changes in the cash benefits paid to people with reduced working capacity, currently accounting for nearly 30% of the budget of the National Health Insurance Fund of Hungary.

Aim: The purpose of our study is to compare the statistical data of the past 25 years and the changes in the legal environment.

Methods: Our research was based on the data series of the National Health Insurance Fund of Hungary and the Hungarian Central Statistical Office as well as on the public finance reports of the State Audit Office of Hungary and the Ministry for National Economy. For the period under review, we analyzed the extent of the cash benefits paid to people with reduced working capacity, the measures taken to reduce these benefits, and the related legal background. In the long term, we examined the relevant dimension of the complex sociological processes in the background as well as the medical evaluation of the changed working ability.

Results: In the last 25 years, benefits (annuity, retirement) paid under different denominations (disability, work ability reduction, health impairment, rehabilitation benefit) are still a decisive part of the health insurance budget (HUF 315 billion in 2016). Serious efforts have been made to replace the previously funded system of invalidity pension and annuity system, with the complex medical, occupational, and social rehabilitation, maintenance and improvement of the remaining state of health. The purpose of the measures is essentially to reduce budget expenditures and to improve the utilization of the amount paid on rehabilitation benefits.

Conclusion: The sociological changes that occurred during the long period of time regrettably helped to initially increase the number of recipients of invalidity benefits, to stabilize them at a high level and to have a significant burden on the budget. This could not be counterbalanced by the rehabilitation approach of money supply either.

Keywords: disability, rehabilitation benefit, impaired working ability, health impairment

Kovács G. [Changes in disability, reduced working ability and rehabilitation benefits in Hungary between 1990 and 2015]. *Orv Hetil.* 2019; 160(Suppl 1): 29–36.

Rövidítések

E. Alap = Egészségbiztosítási Alap; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (korábbi nevén OEP); NEFMI = Nemzeti Erőforrás Minisztérium; NGM = Nemzetgazdasági Minisztérium; NRSZH = Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal; NYA = Nyugdíjbiztosítási Alap; OEP = Országos Egészségbiztosítási Pénztár

A második világháborút követően csak 1950 körül kezdődött, és végül 1958-ra szilárdult meg egy egységes felosztó-kirovó nyugdíjrendszer kiépítése [1], amely akkor a népesség 47%-át érte el [2]; a későbbiek során azonban a jogosultságot és a járadékok körét fokozatosan kiterjesztették, így 1975-re a rendszer teljessé vált [3]: közel 100%-os aránnyal és átfogó időskori, hozzátartozói és rokkantsági nyugdíjjáradék-elemekkel rendelkezett [4]. A megváltozott munkaképességű személyek pénzbeli ellátása kezdetben a nyugdíjrendszer keretein belül körvonalazódott [5]. 1992-ben létrejött az állami költségvetéstől független Nyugdíjbiztosítási Alap (NYA), saját igazgatással, önálló költségvetéssel.

Ezzel egy időben hozták létre az Egészségbiztosítási Alapot (E. Alap), amelyből elsősorban a természetbeni egészségügyi ellátást és a táppénzt finanszírozták. A rokkantak és hozzátartozók pénzbeli ellátása megosztott a két alap között: az E. Alap fizette a *nyugdíjkorhatár alatti* rokkantak járadékát és haláluk esetén a hozzátartozói járadékokat. A *nyugdíjkorhatár feletti* rokkantak nyugdíját azonban a NYA fizette. A rokkantsági ellátásban részesülők száma 1968-tól folyamatos emelkedést mutatott, és már korán a szociális ellátáshoz kezdett hasonlítani. (1968-ban 20 406 fő részesült rokkantsági ellátásban, ami ezer dolgozóra 46 főt jelentett, míg 1989-ben már 70 518 fő, ami ezer dolgozóra vetítve 112 főt jelentett) [6] (1. táblázat). A növekedés üteme a rendszerváltást követően felgyorsult, a rokkantsági igényt bejelentők és a rokkantsági ellátásban részesülők száma ugrásszerűen megnövekedett.

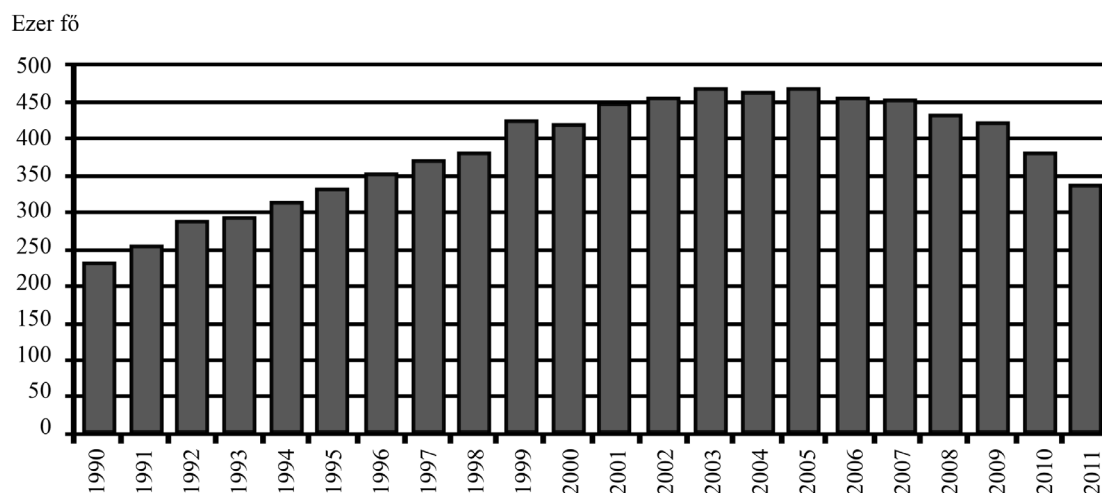
Ekkor a gyors társadalmi és gazdasági átalakulás nyomán kialakuló munkanélküliségben a hiányzó szociális intézményrendszer szerepét vette át [7]. A rendszerváltást követő időszakban egyre nagyobb jelentőségű lett a

1. táblázat | Az új rokkantsági nyugdíjasok száma (fő, 1968–1989)

Év	Az új rokkantsági nyugdíjasok száma			
	Munkás és alkalmazott		Mezőgazdasági szövetkezeti tag	
	száma, fő	ezer munkásra és alkalmazottra jutó száma	száma, fő	ezer munkásra és alkalmazottra jutó száma
1968	16 257	46,0	4 149	60,7
1969	16 765	46,5	6 729	99,5
1970	18 571	49,1	11 576	175,3
1971	22 537	58,5	14 963	239,5
1972	25 490	65,5	13 452	225,4
1973	24 312	61,5	13 950	242,9
1974	22 857	57,0	12 764	231,9
1975	24 022	59,2	10 075	180,0
1976	27 232	66,8	8 157	150,9
1977	27 551	67,4	7 172	133,6
1978	25 879	62,8	6 108	114,4
1979	27 158	65,9	5 618	105,4
1980	29 187	71,6	5 122	97,5
1981	29 389	72,4	5 151	99,6
1982	29 751	73,4	5 132	100,2
1983	29 531	72,9	5 089	101,8
1984	30 875	76,4	5 705	117,9
1985	31 904	79,4	6 009	130,6
1986	31 610	78,9	5 359	124,6
1987	34 748	87,0	5 663	134,8
1988	37 178	93,7	6 213	156,4
1989	43 974	112,0	6 138	164,1

Forrás: az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság statisztikai jelentése, 1990

forrásallokációs kérdéseknek a nagy társadalmi elosztó-rendszerekben, így az egészségügyi és szociális szektorban is [8–13]. A két forráshiányos terület esetében az ellátandó feladatok ilyen jellegű keveredése nem erősítet-



1. ábra A rokkantsági nyugdíjban részesülők számának alakulása (1990–2011)

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

te sem a szakmai működést, sem a gazdálkodást [14–18].

A rendszerváltást megelőzően és azt követően is valamennyi kormány megpróbálta kezelni a problémát, ami valójában kevés eredménnyel járt, hiszen a KSH jelentése szerint [19] 2001-ben Magyarországon megközelítően már 800 ezer rokkantnyugdíjas volt, közülük 447 ezer korhatár alatti (262 ezer férfi, 185 ezer nő) [19]. A statisztikai adatok alapján megállapítható, hogy a bevezetett intézkedések hatására csak 2008-ban torpant meg az emelkedés, és az értékelhető mértékű csökkenés 2010-ben volt detektálható először; 2011-ben a korhatár alatti rokkantnyugdíjasok száma 337 ezer főre csökkent [20] (1. ábra). Az elmúlt 25 évben az eltérő megnevezés alatt (rokkantság, munkaképesség-csökkenés, egészségkárosodás, rehabilitációs ellátás) kifizetett pénzbeli ellátások (járadék, nyugellátás) az E. Alap költségvetésének ma is meghatározó részét képezik (2016-ban 323 milliárd forint); arányukat tekintve megállapítható, hogy az E. Alap teljes költségvetésének 28,7%-a pénzbeli ellátás, melynek több mint felét, 52,6%-át tették ki a rokkantsággal és a rehabilitációval kapcsolatos kiadások. Összehasonlításként jegyezzük meg, hogy ugyanekkor éves szinten a gyógyszerár-támogatás 305 milliárd, a gyógyászati segédeszközök támogatása 55 milliárd, illetve a mentésre fordított összeg 29 milliárd forintot tett ki [21]. A korábbiakból következik, hogy a nyugdíjkorhatár előtti rokkantsági ellátás kérdése komplex értékelést igényel, hiszen az ellátást igénylők számának alakulását egészségügyi, gazdasági, társadalmi tényezők is befolyásolják. A magyar lakosság egészségi állapotának kedvezőtlen volta, az ebből adódó egészségügyi, finanszírozási, keresőképtelenségi problémák jelentős társadalmi terhet okoznak [22–26].

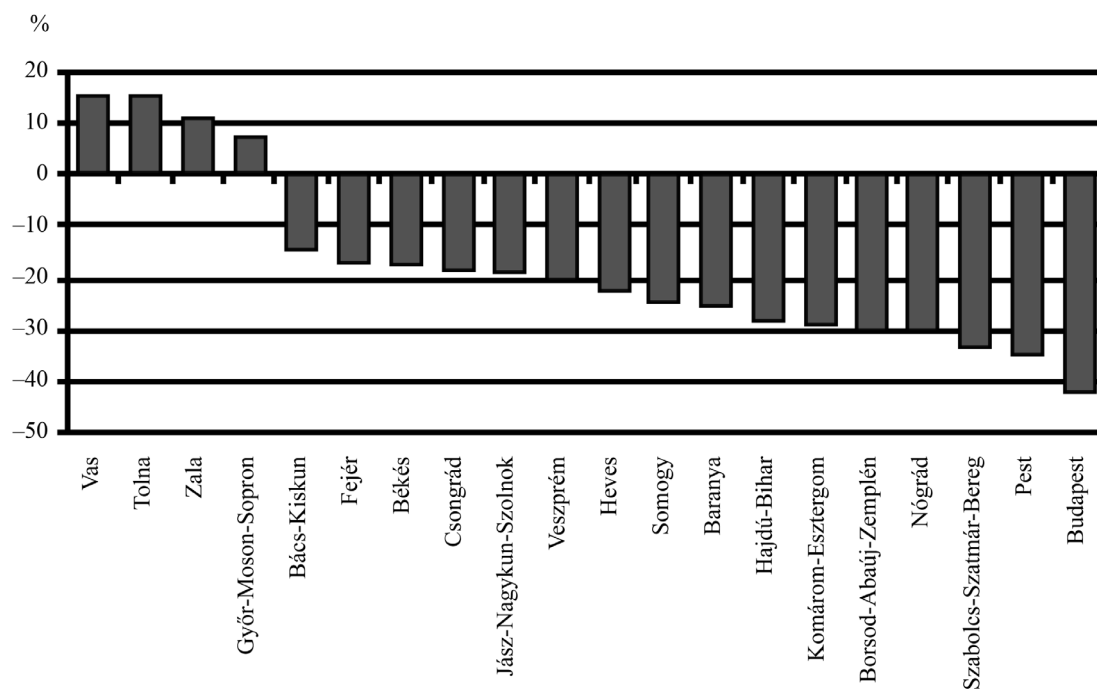
Tanulmányunkban az elmúlt 25 év adatait és a jogszabályi környezetet együttesen vizsgálva a megváltozott

munkaképességű személyek részére kifizetett és jelenleg az E. Alap költségvetésének közel 30%-át kitevő pénzbeli ellátásokat terhelő részét, és annak változásait tekintjük át. A vizsgált időszakban komoly erőfeszítések történtek arra, hogy a régebben alapvetően automatikusan folyósított rokkantsági nyugdíj és járadék rendszerét a megmaradt egészségi állapotra építő, azt megtartó, javító komplex orvosi, foglalkozási és szociális rehabilitációval váltsák fel. Az intézkedések célja alapvetően a költségvetés kiadásainak csökkentése, illetve a kifizetett összeg rehabilitációs ellátásokra építő eredményesebb hasznosulása.

Adatok és módszerek

Elemzésünket a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK), korábbi nevén az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), a Központi Statisztikai Hivatal adatsora-ira, valamint az Állami Számvevőszék és a Nemzetgazdasági Minisztérium államháztartási jelentéseire alapoztuk. A vizsgált időszakra vonatkozóan elemeztük a megváltozott munkaképességű személyek számára kifizetett pénzbeli ellátások mértékét, az azok csökkentése érdekében hozott *jogszabályi és intézményi* változásokat. A jogszabályok vizsgálatát hosszmetetszi *jog-összehasonlító módszertannal* végeztük el, ennek keretében a jogszabálymódosítások tartalmát, célját, várt hatását vizsgáltuk. Hosszmetetszetben vizsgáltuk a háttérben húzódó komplex társadalmi, szociológiai folyamatok vonatkozó dimenziót, továbbá a megváltozott munkaképesség orvosszakmai értékelésének rendszerét, jogszabályi háttérét, illetve a komplex rehabilitációs ellátások megjelenését, hatásait. Elemzésünk időtávja az 1968 és 2016 közötti időszakra terjed ki.

Feldolgoztuk az 1968-tól 1989-ig terjedő időszak statisztikai adatait, vizsgáltuk az új rokkantsági nyugdíjasok számát és azok ezer foglalkoztatottra jutó számát is. Ele-



2. ábra

A korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok számának változása megyénként a 2001 és 2011 közötti tízéves időszakban

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

meztük az 1990–2011-es időszakban a rokkantsági nyugdíjban részesülők számát. Ezen belül éves bontásban elemeztük az új nyugdíj-megállapítások számát, a rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíjak megállapításának számát, illetve a 2008. évtől belépő rehabilitációs járadék-megállapítások számát. Az adatsort összevettük a 2008. évtől bevezetett jogszabály-módosításokkal és intézményátalakítási csomaggal (2. ábra és 2. táblázat).

A következő lépcsőben a 2012-ben bevezetett jogszabályváltozások hatását vizsgáltuk (3. táblázat). Az újonnan bevezetésre került nyugdíj-megállapításokon belül elemeztük az életkor, illetve a szolgálati idő betöltésével keletkező jogosultságot, valamint az újonnan megállapított rokkantsági és rehabilitációs ellátásban részesülők számát. Ezen belül vizsgáltuk a 2012-től érvénybe lépő új orvosszakmai minősítési rendszer hatását is [27]. Vizsgáltuk a rokkantsági nyugdíjban részesülők területi megoszlását is (2. ábra).

Eredmények

A jogszabáylelemzés és jog-összehasonlítás alapján megállapítható, hogy a kötelező egészségbiztosítási ellátásról szóló 1997. évi LXXXIII. törvénnyel beiktatott és 1998-tól hatályba lépett joganyag érdemben nem érintette sem a munkaképesség-csökkenés megítélésének szempontrendszerét, sem pedig a rokkantsági ellátás igénybevételenek egyéb feltételeit. Kedvező változás a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény hatálybalé-

pésétől kezdve volt remélhető – témánk szempontjából tehát ez tekinthető az első érdemi és megközelítésében újszerű koncepciónak. A törvény preambuluma szerint az Országgyűlés az egészségkárosodást szenvedett személyek *megmaradt, fejleszthető képességeire épülő rehabilitációját* kezdi megvalósítani.

2. táblázat

A rokkantsági nyugdíjban részesülők számának alakulása (1990–2011)

Új nyugdíj-megállapítások a nyugellátás iránti igényt teljesítő határozatok alapján (2000–2011)					
Év	Az új nyugdíj-megállapítások száma	Ebből: saját jogú			
		öregségi	rokkantsági és baleseti rokkantsági	rehabilitációs járadék	foglalkoztatáspolitikai okból
2000	168 669	41 577	54 196	–	3 574
2001	170 513	43 165	58 765	–	3 997
2002	174 416	51 427	53 214	–	3 477
2003	173 334	47 239	52 062	–	4 366
2004	180 296	65 886	45 966	–	4 120
2005	192 784	77 425	42 877	–	3 830
2006	182 452	78 923	39 211	–	3 300
2007	202 926	98 553	34 386	–	8 210
2008	168 168	70 073	26 272	2 246	9 712
2009	155 794	48 989	23 238	12 525	8 735
2010	152 229	43 703	24 994	13 210	9 152
2011	203 044	107 323	22 097	8 532	7 480

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

tációjának, társadalmi reintegrációjának elősegítésére, továbbá a rehabilitáció időtartamára a jövedelemarányos keresetpótlás érdekében alkotta a törvényt. A joganyag a munkaképesség-csökkenés felváltására *bevezette az egészségkárosodás* fogalmát [28], és *elsőként helyezte a hangsúlyt a rehabilitációra*, amelynek törvény szerinti célja az egészségkárosodást szenvedett személy szakmai munkaképességének biztosítása, amely a külön jogszabályban meghatározott orvosi, foglalkoztatási, szociális, képzési és egyéb tevékenységek komplex rendszereként valósul meg. A törvény felhatalmazása alapján, erre alapozva született meg a 213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet-ről, valamint a bizottságok eljárásának részletes szabályairól. A rendelet 2008. január 1-jétől bevezette a rehabilitációs járadékot és a megváltozott munkaképességűek komplex minősítését. A rendelet alapján jött létre a megváltozott munkaképességű személyek egészségkárosodásának elbírálására hivatott Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet, továbbá rögzítette az egészségkárosodás véleményezésének szempontrendszerét, megállapításának szabályait, a 24 és 36 hónap időtartamú komplex orvosi, szociális, foglalkozási rehabilitáció fogalmát, célját, alapelveit. A minősítés a megmaradt egészségi állapotra, a fejleszthető képességek feltárására és a rehabilitációs esélyek értékelésére helyezte a hangsúlyt. Valamennyi, rokkantsági nyugdíjban részesülő személy – már az új szempontok szerinti – tervszerű, ütemezett felülvizsgálatát vezette be. Az új koncepció vegyes eredményeket hozott, mivel kétségtelenül jelentősen csökkent az új igénybejelentések száma, és kismértékben csökkent a rokkantsági ellátásban részesülők köre is. Az új igénybejelentések száma 2007-ben 98 553 fő, 2008-ban 70 073 fő, 2009-ben 48 989 fő volt, azonban 2010-ben a folyamat megfordult, és 2011-ben már ismét 107 323 új rokkantsági igénybejelentés történt (2. táblázat). A számadatok azt jelzik, hogy a rehabilitációs ellátásra utaltak a 36 havi rehabilitációs ellátás leteltével ismét rokkantsági igénylőként jelentek meg. Ez valójában a rehabilitáció kisebb sikerét jelzi, hiszen a 2008 és 2010 közötti három évben összesen 74 504 rehabilitációs igénybejelentés történt, azonban a 2010. évihez képest

2011-ben 63 620 fővel növekedett meg az új rokkantsági igénybejelentők száma, azaz csaknem annyival, mint ahány főt korábban rehabilitációs útra tereltek. Az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézetet 2010-ben megszüntették, és a 331/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet új szervezeti egységet – a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) – hívott életre, valamint meghatározta annak részben új eljárási szabályait. Valódi szemléletváltást ugyanakkor csak a 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet jelentett, amely az egészségkárosodás mellett a megmaradt egészségi állapotot értékeli, és a korábbinál egységesebb, könnyebben alkalmazható szabályokkal homogénebbé tehetette az orvosszakértői véleményezést. Az NRSZH adatsora szerint [29] a 2011. évben 845 913 fő részesült rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjban, átmeneti járadékban, rendszeres szociális segélyben, míg az új orvosszakmai, illetve komplex értékelési szempontrendszer bevezetését követő két évvel később, a 2015. évben 385 819 fő, ez pedig jelentős összlétszámcsökkenést igazol. A KSH vonatkozó statisztikai adataiban [18] ugyanakkor azt látjuk, hogy az új rokkantsági ellátások száma 2012 és 2016 között ennek ellenére fokozatosan növekedett (3. táblázat) (2012: 44 486 fő, 2013: 65 512 fő, 2014: 53 128 fő, 2015: 82 424 fő, 2016: 94 997 fő). Erre figyelemmel nagy fokban valószínűsíthető, hogy a minősítési rendszer további fejlesztése, finomítása vagy akár egyszerűsítése további orvosszakmai, szakértői eredményt nem tartogat. Az Állami Számvevőszék Kutató Intézete a megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszerét, valamint társadalmi-gazdaságossági hatékonyságát átfogóan vizsgálta. Megállapította, hogy „a foglalkozási rehabilitáció kiemelt kezelése is viszonylagossá vált. A képzés és átképzés, amely elvileg a foglalkozási rehabilitáció legfontosabb eszköze, 2008-ra marginálisra vált” [30]. Hazánkban az 1990-es évek második felétől kezdve a foglalkozási rehabilitáció prioritást kapott a munkaügyi központok tevékenységében. Minden megyében foglalkozási rehabilitációs munkacsoport, majd Rehabilitációs Információs Centrum alakult. A jogszabáylelemzés alapján is megállapítható, hogy bár 2007-ben megszületett a megváltozott munkaképességűek

3. táblázat | A rokkantsági nyugdíjban részesülők számának alakulása (2012–2016)

Új nyugdíj-megállapítások a nyugellátás iránti igényt teljesítő határozatok alapján (2012–2016)						
Év	Új megállapítások száma	Ebből:				
		öregségi nyugdíj	nőknek 40 év jogosultsági idő alapján járó nyugdíj	életkoron alapuló ellátások	rokkantsági ellátások	rehabilitációs ellátások
2012	212 815	77 471	29 375	6 442	44 486	19 541
2013	220 635	60 784	25 118	7 487	65 512	28 078
2014	181 106	54 130	27 218	1 492	53 128	16 308
2015	231 787	68 656	28 050	1 939	82 424	20 140
2016	265 395	95 483	29 739	2 252	94 997	14 387

Forrás: Központi Statisztikai Hivatal

komplex értékelésének új orvosszakmai szabályrendszerre, ugyanakkor a komplex rehabilitáció (orvosi, szociális, foglalkozási) tervszerű, koordinált és az egyén szükségleteihez igazított folyamata nem alakult ki teljességében. A komplex rehabilitációs modell eredményeinek és hibáinak folyamatos értékelése és a rendszer fejlesztése lett volna indokolt. A jelentés megállapítása szerint a komplex rehabilitációs rendszer kialakításának egyik kulcskérdése az *orvosi rehabilitáció* fejlesztése [31–35]. A komplex rehabilitáció folyamatának egyik gyenge pontja tehát az, hogy a rehabilitáció koordinálásáért felelős munkaiügyi szervek nem tudták befolyásolni az orvosi rehabilitáció folyamatát, holott az eredményes orvosi rehabilitáció a foglalkozási rehabilitáció tényleges megkezdésének előfeltétele. A tanulmány a Rehabilitációs Szakmai Kollégium javaslata alapján amellet érvel, hogy az orvosi rehabilitációban a valódi progresszivitást megvalósító háromszintű (rehabilitációs alap-, regionális és speciális ellátás országos szinten) ellátásra lenne szükség. Megállapítható az is, hogy a rehabilitáció minden területe szakemberigényes, ugyanakkor valamennyi szegmensben szakemberhiány van. A jogi szabályozás alapján meghatározható a rehabilitáció lehetséges és konkrét iránya. A rehabilitáció lehetséges irányait az érintett személy egészségkárosodásának, szakmai munkaképessége megváltozásának (foglalkozási rehabilitáció), valamint a rehabilitációt segítő szolgáltatások rendelkezésre állásának alapján kell megállapítani. A rehabilitáció lehetséges irányaként az egészségkárosodás jellegétől és súlyosságától függően több foglalkozás és foglalkozási alcsoport megjelölésére is sor kerülhet. A foglalkozási rehabilitáció rendszerint csak azt követően indulhat el, hogy az orvosi rehabilitáció irányát kijelölik. A rehabilitáció első főiránya a rehabilitációra szoruló személy alkalmassá tétele a jelenlegi, illetve az egészségkárosodása előtti vagy a meglévő képzettségének megfelelő munkakörben történő foglalkoztatásra, ideértve a munkakör és a munkafeltételek megfelelő átalakítását is. Ezért a véleményezőbizottságok elsőnek ennek lehetőségét vizsgálják. A foglalkozási rehabilitáció második főiránya az átképzés vagy betanítás olyan új szakmára, amelyben az illető az egészségkárosodása jellegéből következően alkalmas vagy alkalmassá tehető a foglalkoztatásra. Megállapítható, hogy a komplex rehabilitáció előkérdése valójában az egészségi állapotban a jövőre nézve várható pozitív változás, amely az orvosi rehabilitációval érhető el. Minden további elem erre épül, azaz a rendszer kulcskérdése az orvosi rehabilitáció fejlesztése. A hazai rehabilitációs rendszer pénzületi és természetbeni ellátásai külön-külön is sokeleműek, és azok gyakran nem épülnek egymásra, összehangolásuk problematikus. A komplex rehabilitáció fejlesztésében rejlő eredményeken túl érdemes figyelmet fordítani a statisztikai adatokból nyerhető tendenciára is. A 2001 és 2011 között eltelt tíz év alatt ugyanis 10%-kal növekedett a nők aránya az aktív korúak által igényelt rokkantsági ellátásoknál. A területi eloszlást tekintve Vas,

Zala, Tolna és Győr-Moson-Sopron megyében még akkor is növekedés volt megfigyelhető a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok számában (2. ábra), amikor az ország többi területén csökkenés volt tapasztalható [18]. Különösen érdekes ez az adat akkor, ha összevetjük a rokkantság alapjául szolgáló kórállapotokkal, illetve azok területi előfordulási gyakoriságával. A statisztikai adatok alapján a rokkantság alapjául szolgáló betegségek elsősorban a daganatos betegségek, a vérkeringési rendszer betegségei, valamint a mentális és pszichiátriai megbetegedések. Ezen betegségcsoportok geográfiai gyakorisági eloszlását vizsgálva nem található szoros egyezés az említett négy megye magas rokkantsági arányával.

Megbeszélés

A megváltozott munkaképességű személyek pénzületi ellátása az E. Alap rendkívül nagy hányadát alkotja. A kiadások redukálására, illetve a rokkantsági ellátásban részesülők számának csökkentésére az elmúlt másfél évtizedben komoly és komplex intézkedéseket tettek. Ez a jogalkotásban, az egészségkárosodás véleményezésére hivatott intézményhálózat többszöri átalakításában, valamint a munkaképesség-csökkenés, illetve az egészségkárosodás értékelési szempontrendszerének ismételt átfogó revíziójában is megmutatkozott.

Ugyanakkor hangsúlyozni szükséges, hogy a modern orvoslásban a korszerű rehabilitációs ellátások meghatározó szerepet vállalhatnak a megváltozott munkaképességű személyek munkaképességének javításában, helyreállításában [31, 36, 37].

A rokkantsági ellátások valós alternatíváját a komplex rehabilitációs járadék képezheti, ugyanakkor a komplex rehabilitáció eredménye – és így az egyén sikeres munkaerőpiaci reintegrációja – kizárólag valamennyi intézményrendszer valós és összehangolt, együttes, jól koordinált együttműködésével valósulhat meg. A rendszer bármely elemének csökkent vagy hibás működése a teljes komplex rehabilitáció eredménytelenségének veszélyét hordozza, ez pedig azt jelenti, hogy az eredménytelen rehabilitációs időszakot követően a járadékos rokkantsági nyugdíj iránti igényt fog benyújtani, a rehabilitációra folyósított járadék pedig nem hasznosul sem az egyén, sem pedig a társadalom szempontjából.

A keresőképtelenséggel kapcsolatos betegségjellemzők, diagnózisok és elszámolási adatok országos gyűjtését az OEP már az 1990-es évek végén elkezdte szisztematikusan gyűjteni [38]. Az átmeneti vagy tartós keresőképtelenség leggyakoribb okai között a mozgásszervi megbetegedések szerepelnek [39–45].

A korhatár előtti rokkantsági ellátásokra fordított kiadások csökkenése az orvosszakértői minősítési rendszer további átalakításától már nem várható, csak a komplex rehabilitáció intézményrendszerének fejlesztésétől, hatékonyabb működésétől.

Anyagi támogatás: A közlemény a Magyar Nemzeti Bank Pallas Athéné Innovációs és Geopolitikai Alapítványának (PAIGEO) pályázati támogatásával készült, „A pénzbeli és természetbeni ellátások arányai az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében a munkaerőpiaci folyamatok tükrében” című 26/2017. (05. 12.) kuratóriumi-határozat-számú projekt keretében.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Irodalom

- [1] Legislative Decree 40 of 1958 on the social security pension for workers. [1958. évi 40. törvényerejű rendelet a dolgozók társadalombiztosítási nyugdíjáról.] Hatályos jogszabályok gyűjteménye, Wolters Kluwer, Budapest. [Hungarian]
- [2] Andorka R, Tóth IGY. Social spending and social policy in Hungary. In: Andorka R, Kolosi T, Vukovich Gy. (eds.) Social report. [A szociális kiadások és a szociálpolitika Magyarországon. In: Andorka R, Kolosi T, Vukovich Gy. (szerk.) Társadalmi riport.] TÁRKI, Budapest, 1992; pp. 396–507. [Hungarian]
- [3] Act II of 1975 on social security. [1975. évi II. törvény a társadalombiztosításról.] Hatályos jogszabályok gyűjteménye, Wolters Kluwer, Budapest. [Hungarian]
- [4] Augusztinovich M, Gál RI, Matits Á, et al. The Hungarian pension system before and after the 1998 reform. [A magyar nyugdíjrendszer az 1998-as reform előtt és után.] Közgazdasági Szle. 2002; 49: 473–517.
- [5] Act XL of 1928 on compulsory insurance for old age, disability, widowhood and orphanage. [1928. évi XL. törvény a kötelező biztosításról.] Hatályos jogszabályok gyűjteménye, Wolters Kluwer, Budapest. [Hungarian]
- [6] Karsai L. (ed.) Statistical report, 1990. [Statistikai jelentés, 1990.] Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság, Budapest, 1991. [Hungarian]
- [7] Ferge Zs. Social legislation since the change of regime. [Szociális törvénykezés a rendszerváltás óta.] Esély 1998; 3: 3–23. [Hungarian]
- [8] Boncz I, Nagy J, Sebestyén A, et al. Financing of health care services in Hungary. Eur J Health Econ. 2004; 5: 252–258.
- [9] Inotai A, Nguyen HT, Hidayat B, et al. Guidance toward the implementation of multicriteria decision analysis framework in developing countries. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2018; 18: 585–592.
- [10] Boncz I, Kaló Z, Mohamed Ibrahim MIB, et al. Further steps in the development of pharmacoeconomics, outcomes research, and health technology assessment in Central and Eastern Europe, Western Asia, and Africa. Value Health Reg Issues 2013; 2: 169–170.
- [11] Kiss G, Kovácsné VB, Tóth ÁL, et al. Efficiency examination of a 6-month trunk prevention program among recruitment kayak-canoe athletes: A randomized control trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 2018 Nov 16. doi: 10.3233/BMR-181297. [Epub ahead of print]
- [12] Boncz I, Dózsa C, Kaló Z, et al. Development of health economics in Hungary between 1990–2006. Eur J Health Econ. 2006; 7(Suppl 1): S4–S6.
- [13] Boncz I, Sebestyén A. Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. Lancet 2006; 368: 917–918.
- [14] Boncz I, Evetovits T, Dózsa Cs, et al. The Hungarian Care Managing Organization Pilot Program. Value Health Reg Issues 2015; 7: 27–33.
- [15] Endrei D, Molics B, Ágoston I. Multicriteria decision analysis in the reimbursement of new medical technologies: real-world experiences from Hungary. Value Health 2014; 17: 487–489.
- [16] Csanádi M, Löblövá O, Ozierański P, et al. When health technology assessment is confidential and experts have no power: the case of Hungary. Health Econ Policy Law 2018 Mar 26. doi: 10.1017/S1744133118000051. [Epub ahead of print]
- [17] Greenberg D, Mohamed Ibrahim MIB, Boncz I. What are the challenges in conducting cost-of-illness studies? Value Health Reg Issues 2014; 4: 115–116.
- [18] Boncz I, Nagy J, Kőrösi L, et al. The effect of the introduction of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary. Value Health 2008; 11: A368–A369.
- [19] Main characteristics of under-age disability pensioners 2001–2011. [A korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok főbb jellemzői 2001–2011.] Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2013. július. [Hungarian]
- [20] Bancsi ZsJ. Rules of disabled being in Hungary. [A rokkant lét szabályai Magyarországon.] Debreceni Jogi Műhely 2010; 7(1): 47–67. [Hungarian]
- [21] Ministry of Human Resources, Department of National Health Insurance Fund Management. Payment of the Health Insurance Fund's 2016 budget. [Az Egészségbiztosítási Alap 2016. évi költségvetésének pénzforgalmi teljesítése.] Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Költségvetési és Gazdálkodási Főosztály, Budapest, 2016. [Hungarian]
- [22] Boncz I, Vajda R, Ágoston I, et al. Changes in the health status of the population of Central and Eastern European countries between 1990 and 2010. Eur J Health Econ. 2014; 15(S1): 137–141.
- [23] Endrei D, Zemplényi A, Molics B, et al. The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. Health Policy 2014; 115: 152–156.
- [24] Boncz I, Sebestyén A, Pinter I, et al. Age group-specific gap between treatment cost of and mortality due to breast and colorectal cancer. J Clin Oncol. 2007; 25: 4501–4502.
- [25] Boncz I, Sebestyén A, Dobrossy L, et al. The role of immunochemical testing for colorectal cancer. Lancet Oncol. 2006; 7: 363–364.
- [26] Péter I, Jagicza A, Ajtay Z, et al. Balneotherapy in psoriasis rehabilitation. In Vivo 2017; 31: 1163–1168.
- [27] 7/2012. (II. 14.) NEFMI decree on detailed rules for the certification of the complex classification of disabled persons. [7/2012 (II. 14.) NEFMI rendelet a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról.] Hatályos jogszabályok gyűjteménye, Wolters Kluwer, Budapest. [Hungarian]
- [28] Act LXXXIV of 2007 on rehabilitation allowance, § 1. [2007. évi LXXXIV. törvény a rehabilitációs járadékról, 1. §.] Hatályos jogszabályok gyűjteménye, Wolters Kluwer, Budapest. [Hungarian]
- [29] Tóth L, Láposy A. Report of the Commissioner for Fundamental Rights in the case of AJB-760/2016. Related Matters: AJB-775/2016, AJB-777/2016. [Az alapvető jogok biztosának Jelentése az AJB-760/2016. számú ügyben. Kapcsolódó ügyek: AJB-775/2016, AJB-777/2016.] Budapest, 2016. március. [Hungarian]
- [30] State Audit Office in Hungary: Pulay Gy. (ed.) Support system for people with altered working ability and their socio-economic efficiency. [Az Állami Számvevőszék Kutató Intézete: Pulay Gy. (szerk.) A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere, társadalmi-gazdaságossági hatékonyságának vizsgálata.] Budapest, 2009. október. [Hungarian]
- [31] Sallai JR, Hunka A, Héjj G, et al. Helping reintegration of patients suffering from chronic musculoskeletal diseases with decreased working ability in the National Institute of Rheumatology and Physiotherapy, Budapest, Hungary. [Csökkent munkaképességű krónikus mozgásszervi betegek reintegrációjának elősegítése.] Orv Hetil. 2017; 158: 662–667. [Hungarian]

- [32] Illés ST. Low back pain: when and what to do? [A derékfájás: mit és mikor tegyünk?] Orv Hetil. 2015; 156: 1315–1320. [Hungarian]
- [33] Horváth J. The role of the Medical Scientific Council's Forensic Committee in the consent judgments regarding private insurance companies. [Az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottságának szerepe a magánbiztosító társaságokat érintő jogerős ítéletekben.] Orv Hetil. 2008; 149: 1457–1462. [Hungarian]
- [34] Hegedűs B, Varga J, Somfay A. Interdisciplinary rehabilitation in patients with ankylosing spondylitis. [Az interdiszciplináris rehabilitáció hatása spondylitis ankylopoeticában szenvedő betegekben.] Orv Hetil. 2016; 157: 1126–1132. [Hungarian]
- [35] Müller A, Balatoni I, Csernoch L, et al. Quality of life of asthmatic patients after complex rehabilitation treatment. [Asztmás betegek életminőségének változása komplex rehabilitációs kezelés után.] Orv Hetil. 2018; 159: 1103–1112. [Hungarian]
- [36] Apor P. Cardiac rehabilitation and its sporty face. [A szívbeteg rehabilitációjának sportos arca.] Orv Hetil. 2018; 159: 1346–1352. [Hungarian]
- [37] Poór AK, Sárdy M, Cserni T, et al. Assessment of health-related quality of life in psoriasis patients in Hungary. [Psoriasisban szenvedő betegek életminőségének vizsgálata Magyarországon.] Orv Hetil. 2018; 159: 837–846. [Hungarian]
- [38] Boncz I, Flamis L, Győrvári S. ICD based data collection of sick-pay data in County Vas. [BNO alapú keresőképtelenségi adatgyűjtés tapasztalatai Vas megyében.] Lege Artis Med. 2002; 12: 315–320. [Hungarian]
- [39] Juhász K, Boncz I, Patczai B, et al. Risk factors for contralateral hip fractures following femoral neck fractures in elderly: analysis of the Hungarian nationwide health insurance database. Eklem Hastalik Cerrahisi 2016; 27: 146–52.
- [40] Molics B, Hanzel A, Nyárády J, et al. Utilization indicators of physiotherapy in musculoskeletal and connective tissue disorders for outpatient care. [Fizioterápiás járóbetegellátás igénybevételi mutatói a mozgásszervi kórképek kezelésében.] Magyar Traumatológia Ortopédia Kézsebészet Plasztikai Sebészet 2013; 56: 305–315. [Hungarian]
- [41] Juhász K, Boncz I, Kanizsai P, et al. Analysis of the prognostic factors influencing the time elapsing until the contralateral hip fracture. [Az ellenoldali csípőtáji törésig eltelt időt befolyásoló prognosztikai tényezők vizsgálata.] Orv Hetil. 2018; 159: 1543–1547. [Hungarian]
- [42] Járomi M, Kukla A, Szilágyi B, et al. Back School programme for nurses has reduced low back pain levels: a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2018; 27: e895–e902.
- [43] Molics B, Kránicz J, Schmidt B, et al. Utilization of physiotherapy services for traumatic disorders of the lower extremity in ambulatory care. [A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevételi mutatói a járóbeteg-szakellátásban az alsó végtag traumatológiai kórképei esetében.] Orv Hetil. 2013; 154: 985–992. [Hungarian]
- [44] Bergier B, Bergier J, Niznikowska E, et al. Differences in physical activity and nutrition- and silhouette-related behaviours in male and female students in selected European countries. Ann Agric Environ Med. 2018; 25: 176–181.
- [45] Molics B, Boncz I, Leidecker E, et al. Health insurance aspects of physiotherapeutic care of neurology disorders in outpatient care. [A neurológiai kórképek fizioterápiás ellátásának egészségbiztosítási vonatkozásai a járóbeteg szakellátásban.] Ideggyogy Sz. 2015; 68: 399–408. [Hungarian]

(Kovács Gábor dr.,

Győr, Szent Imre út 26–28., 9024

e-mail: gkovacs@sze.hu)