

Tardos Katalin

A foglalkozási rehabilitáció működése Magyarországon

A Pamuttextilművek esete

A foglalkozási rehabilitáció deklarált célja, hogy az aktív korú, de csökkent munkaképességű emberek foglalkoztatását oly módon oldja meg, hogy az az egyének testi és szociális biztonságát éppúgy szolgálja, mint a megrokknanásból származó társadalmi költségek növekedésének megakadályozását. Egyszerűbben fogalmazva: a foglalkozási rehabilitáció lényege, hogy az a beteg ember, aki az orvosi kezelést, orvosi rehabilitációt követően nem nyerte vissza teljes munkaképességét, vagy akinek az eredeti munkakörbe való visszahelyezése a betegség kiújulásának vagy súlyosbodásának veszélyét rejti magában, olyan munkát végezzen, amit — egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül — megmaradt munkaképességével még el tud látni. Ebben a tanulmányban azt vizsgáljuk, hogy a foglalkozási rehabilitáció jelenlegi magyarországi gyakorlata mennyiben tölti be preventív funkcióját, illetve hogy milyen tényezők akadályozzák a csökkent munkaképességű emberek egészséget kímélő foglalkoztatását.

Néhány szót a foglalkozási rehabilitációt szabályozó rendeletekről. Ilyen rendeletek 1967-ben, 1983-ban és 1986-ban láttak napvilágot.

Az 1967-es rendelet igyekezett a vállalatok számára vonzóvá tenni a foglalkozási rehabilitációt. Ennek érdekében a vállalatok igényelhetek állami dotációt. A csökkent munkaképességűek foglalkoztatásában való érdekeltiséget azonban sokkal inkább a bérszínvonal-gazdálkodás teremtette meg. A rendelet a vállalatokkal szemben különböző kötelezéseket támasztott. A vállalatoknak össze kellett írniuk, hogy a gyárkapun belül melyek azok a munkakörök, „amelyekben a csökkent munkaképességűek racionálisan foglalkoztathatók”. A tanácsnak módjában állt ellenőrizni, hogy valóban csökkent munkaképességűeket foglalkoztatnak-e ezekben a munkakörökben. Az elképzelés az volt, hogy a csökkent munkaképességű dolgozóknak helyi munkaerőpiacot alakítanak ki, s amennyiben a vállalat objektív okok miatt nem tudja foglalkoztatni saját csökkent munkaképességű dolgozóit, a tanács vállalja a munkaerő-közvetítés szerepét. A vállalatok azonban nem voltak

hajlandók elfogadni az államigazgatási szervek ilyen jellegű beavatkozását belső munkaerő-gazdálkodásukba, így a csökkent munkaképességűek helyi munkaerőpiaca nem jött létre.

Az 1983-as rendelet tulajdonképpen a vállalatok ellenőrzési rendszerében hozott újat. Megszüntette az államigazgatási szervek azon jogát, hogy ellenőrizzék, valóban csökkent munkaképességűeket foglalkoztatnak-e a vállalatok az erre a célra kijelölt munkakörökben. Az 1983-as rendelet olyan állapotot szentesített, amelyben a foglalkozási rehabilitáció állami ellenőrzéséhez minden kézzelfogható norma illetőleg kritérium megszűnt.

1986-ban született meg — nyugat-európai országok mintájára — Magyarországon is a csökkent munkaképességűek kötelező foglalkoztatását előíró rendelet. A kötelező foglalkoztatási szintet a rendelet a vállalat összes foglalkoztatottjának 3 százalékában jelölte meg. Így az ellenőrizhetőség problémája tulajdonképpen megoldódott. Az államigazgatási szerveknek elég a rehabilitációs létszámot megvizsgálniuk, hogy eldöntsék: teljesítették-e a vállalatok rendeletben előírt feladataikat. Amennyiben a vállalatok létszámuk 3 százalékánál kevesebb csökkent munkaképességűt foglalkoztatnak, kötelesek évenként az erre a célra létrehozott Rehabilitációs Alapba a hiányzó létszám arányában 2500 Ft fejkvótát befizetni.

Egy-két észrevétel az új rendelettel kapcsolatban:

1. A 3 százalékos foglalkoztatási szint európai viszonylatban az alacsonyabbakhoz tartozik. Nemzetközi becslések szerint átlagosan az aktív népesség 6%-a csökkent munkaképességű. Ha számításba vesszük, hogy Magyarország népességének egészségi állapota rosszabb az európai átlagnál, akkor különösen alacsonynak mondhatjuk a 3 százalékot.

2. A 2500 Ft-os fejkvóta — amely a negatív ösztönzés szerepét hivatott betölteni — nagyon alacsony ahhoz, hogy valóban érdekeltté tegye a vállalatokat a csökkent munkaképességűek foglalkoztatásában. Ha egy 5000 főt foglalkoztató vállalatnál egyetlenegy csökkent munkaképességűt sem alkalmaznak (márpedig szinte elképzelhetetlen, hogy egy szűrővizsgálattal ne „találjanak” elegendő számú, valamilyen betegségben szenvedő dolgozót), akkor is csak évi 375 000 Ft-ot kell a vállalatnak a Rehabilitációs Alapba befizetnie.

3. Az új rehabilitációs rendelettel egyidejűleg az üzemorvosok hatáskörében is változás következett be. A főállású üzemorvosok 1987. július elsejétől nemcsak táppénzbe vételi joggal rendelkeznek, hanem 40 százalékig a munkaképesség csökkenést is elbírálhatják. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy a vállalatok ezek után „házilag” is elbírálhatják a csökkent munkaképességet, illetve a betegeknek nem kell az orvosszakértői bizottság elé menniük ahhoz, hogy a vállalat hivatalosan csökkent munkaképességűként tartsa őket számon. Ez az intézkedés egyrészt csökkentette az egyébként nagyon megterhelt bizottságok munkáját, másrészt viszont — a kötelező foglalkoztatás megjelenésével párhuzamosan — kiskaput teremtett a vállalatok számára a rehabilitáltak számának „házilagos” növelésére.

A rendeletek a foglalkoztatási rehabilitáció keretfeltételeit szabják meg, de nem nyújtanak elegendő ismeretet a vállalatok rehabilitációs gyakorlatának tartalmi vonatkozásában, mivel a rehabilitáció tartalmi kérdései teljesen hiányoznak a minősítés kritériumai közül. A követ-

kező esettanulmányban a hiányzó információknak fogunk utánajárni.

A Pamuttextilművek esete

Textilipari vállalatot választottunk vizsgálódásunk terepének. A Pamuttextilművek (röviden PATEX) egy budapesti központtal és hét gyáregységgel rendelkezik, ezekből öt vidéken található.¹ A PATEX fő tevékenysége a fonás és a szövés. Emellett a készruagyártáshoz még sok munkafolyamat tartozik: a pamut alapanyag tisztítása, kártolás, előfonás, fonalfestés, írezés, cérnázás, bolyhozás, varrás, kikészítés, minősítés, csomagolás. A PATEX főleg ágyneműt, terítőt, törülközőt, szalvétát, szövetet, kordbársonyt gyárt.

Egészen az 1970-es évek elejéig a vállalatnak kevés lehetősége volt technológiai fejlesztésekre és épület-rekonstrukciókra. Az 1950-es, 1960-as években gyakorlatilag a háború előtti épületekben és a háború előtti gépeken folyt a termelés. A PATEX épületei ma is szinte kivétel nélkül elöregedettek és korszerűtlenek. A géppark már differenciáltabb képet mutat, az 1920-as, 1930-as évekből származó gépektől a legmodernebb gépekig több típus található a vállalatnál.

A Pamuttextilművek tipikusan női munkahely. (Az összes foglalkoztatott 63,5 százaléka nő.) A vállalatnál 1987-ben mintegy 4000 fő dolgozott, közülük 157-en szerepeltek a foglalkozási rehabilitáltak vállalati listáján. Adatfelvételünket erről a 157 főről készítettük. Minden gyáregység munkaügyi osztályára adatlapokat küldtünk, ezeket a foglalkozási rehabilitációért felelős munkaügyi szakemberek töltötték ki.

A rehabilitáltak aránya a vállalat létszámához képest egészen 1987-ig 3 százalék alatt volt. A nyolcvanas évek elején 1,5 százalék körül mozgott, és csak 1983-ban ugrott 2 százalék fölé. Tudni kell, hogy a vállalat ettől az évtől kezdve igényelte a rehabilitáltak után járó állami dotációt. A következő ugrás 1987-ben — a 3 százalékos kötelező foglalkoztatási szintet előíró rendelet hatálybalépésével egyidőben — történt, amikor is ez az arány a vállalatnál elérte a 4 százalékot. A PATEX-nak így nem kell hozzájárulást fizetnie a Rehabilitációs Alapba, sőt állami dotációt is élvez; 1987-ben ez 2,6 millió forintot jelentett az érdekeltségi alap javára.

A Pamuttextilműveknél a vezetők általában érdekeltnek találják a vállalatot a csökkent munkaképességűek foglalkoztatásában. Ugyanakkor a vállalat és a csökkent munkaképességűek érdekazonossága mindössze a foglalkoztatás tényéhez kapcsolódik. A vállalatvezetés számára fontos a termeléshez szükséges munkaerő biztosítása; a csökkent munkaképességű számára pedig a munkahely biztonsága. A rehabilitáció részleteit tekintve azonban az érdekazonosság már közel sem ilyen egyértelmű.

A foglalkozási rehabilitáció típusai

Számunkra a kutatás egyik legfontosabb kérdése az volt, hogy milyen kritériumok alapján minősül a rehabilitáció rehabilitációnak. Első megközelítésben azt vizsgáltuk, hogy milyen összefüggés található a foglalkozási rehabilitáció és a munkakörváltások között.

1. tábla

A munkakörváltások aránya a rehabilitáció időpontja szerint (százalékban)

	1983 előtt	1983—1986	1987	Összesen
változott a munkakör	52	47	35	44
nem változott a munkakör	48	53	65	56
	100 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀
	N = 35	N = 73	N = 49	N = 157

Az adatok arról tanúskodnak, hogy a foglalkozási rehabilitációt nem lehet azonosítani a munkakörváltással. Összességében a nyilvántartott rehabilitáltak több mint felének nem változott a munkaköre a rehabilitációval párhuzamosan. Árnyaltabb képet kapunk, ha a különböző időpontokban vesszük szemügyre a rehabilitáció és a munkakörváltások kapcsolatát.² A tendencia egyértelmű: az 1983 előtt rehabilitáltaknál volt a leggyakoribb, hogy a rehabilitáció munkakörváltással párosult (52 százalék). Az 1983—1986 között rehabilitáltaknál már csökken a munkakörváltások gyakorisága: 47 százalékban történt munkakörváltás. A legnagyobb váltás 1987-ben figyelhető meg (amikor már érvénybe lépett a kötelező foglalkoztatási szintet előíró rendelet): csak az esetek 35 százalékában járt együtt a foglalkozási rehabilitáció munkakörváltással.

Ha nincs munkakörváltás, és nincs egyéb változás a munkakörülményekben,³ még mindig könnyítést jelenthet a csökkent munkaképességű számára, hogy a hagyományos három műszak helyett csak egy vagy két műszakban kell dolgoznia. A rehabilitáltak 52 százaléka dolgozik egy műszakban, 14 százaléka két műszakban és 34 százaléka három műszakban. Az egy- és két műszakosok ugyan többségben vannak, de azért nem elhanyagolható a három műszakban dolgozók egyharmados aránya sem. A rehabilitáltak műszakszám szerinti eloszlása tökéletesen megegyezik a munkakört váltók és nem váltók csoportjában. A foglalkozási rehabilitáció alábbi típusai a munkakörváltás és a műszakszám kombinációból jöttek létre.

2. tábla

A foglalkozási rehabilitáció típusai (százalékban)

Van munkakörváltás, és 1—2 műszakban dolgozik	29
Van munkakörváltás, de 3 műszakban dolgozik	14
Nincs munkakörváltás, de 1—2 műszakban dolgozik	37
Nincs munkakörváltás és 3 műszakban dolgozik	20
	100 ⁰ / ₀

A külső kritériumok alapján ítélve, az első típusba tartozók azok, akiknél azt mondhatjuk, hogy „valódi rehabilitáció” történt. Ez a rehabilitációs esetek csupán 29 százalékáról állítható. A második és a harmadik típusba tartozók (a rehabilitáltak fele) a két véglet között helyezkednek el: vagy a munkakörükben történt változás, vagy a műszakszámuk csökkent. Nevezük ezt a két esetet „felemás rehabilitációnak”. A negyedik típusba tartozóknál sem a munkakör, sem a há-

rom műszak nem változott. Ezeknél az embereknél tulajdonképpen minden maradt a régiiben. A rehabilitációs esetek 20 százalékáról minden kétséget kizáróan kijelenthetjük, hogy a rehabilitáció csupán „fedőnév”, és *adminisztratív* kategóriát takar.

A következőkben azt vizsgáljuk meg, hogy a 3 százalékos kötelező foglalkoztatási szintet előíró rendelet megjelenése után rehabilitáltak hogyan oszlanak meg a 4 típus között.

3. tábla

Az 1987-ben rehabilitáltak megoszlása a négy rehabilitációs típusban (százalékban)

Van munkakörváltás. és 1—2 műszakban dolgozik	19
Van munkakörváltás, de 3 műszakban dolgozik	16
Nincs munkaörváltás, de 1—2 műszakban dolgozik	42
Nincs munkakörváltás. és 3 műszakban dolgozik	23
	100%
	N = 49

Az egész minta és az 1987-ben rehabilitáltak eloszlása között figyelemre méltó különbséget találunk. A legfontosabb változás, hogy a „valódi rehabilitációnak” nevezett típusba tartozók aránya 29-ről 19 százalékra csökkent.

Eredetileg a foglalkozási rehabilitáció gyakorlatát meghatározó kritériumot szerettük volna definiálni, de az adatok azt mutatják, hogy minél inkább előrehaladunk az időben, annál kevésbé lehet ilyen kritériumról beszélni. *Egyre kevésbé működik normaként a munkakörváltás és a műszakszám csökkentése.* A kettő közül még mindig a műszakszám csökkentése az, ami inkább jellemzi a rehabilitációs gyakorlatot, de az is csökkenő mértékben. *Elgondolkodtató, hogy miközben a rendeletek látszólag egyre szigorúbban szabályozzák a foglalkozási rehabilitációt, a valóságban a fogalom egyre inkább kiüresedik, egyre inkább adminisztratív kategóriává válik.* Megkérdőjelezhető, hogy egyáltalán indokolt-e foglalkozási rehabilitációnak nevezni ma Magyarországon a csökkent munkaképességűek foglalkoztatási viszonyait.⁴

Munkahelyi utak, munkakörváltások

A munkakörváltás ténye önmagában keveset árul el a rehabilitáció tartalmáról, minőségéről. Ahhoz, hogy a munkakörváltásokat értékelni tudjunk, át kell tekintenünk a vállalaton belül kialakult munkaerőpiaci mozgások terét. A következőkben igyekszünk bemutatni, hogy a rehabilitáltak a vállalaton belüli munkaerőpiac mely szegmensén belül mozognak.

A rehabilitáltak munkaköreit négy különböző időpontra kérdeztük meg: a vállalati első munkakör; a rehabilitáció előtti utolsó munkakör; a rehabilitáció utáni első munkakör és a jelenlegi munkakör. Az előforduló nagyon sokféle munkakört 11 kategóriába soroltuk be. Kategóriarendszerünket úgy alakítottuk ki, hogy a rehabilitáltak vállalaton belüli tipikus munkautjait jól nyomon tudjuk követni.

4. tábla

A rehabilitáltak munkakörök szerinti százalékos megoszlása

	vállalati első munkakör	Rehabilitáció		Jelenlegi munkakör
		előtti utolsó munkakör	utáni első	
Vezető	1	1	1	3
Irodai, adminisztratív munkát végző	6	8	10	10
Művezető, csoportvezető, technikus, laboráns, diszpécser	4	10	9	8
TMK szakmunkások	5	4	5	4
Alaptermelésben dolgozók	45	33	20	20
A termelés kiegészítő, általában könnyebb fizikai munkával járó munkaköreiben dolgozók	10	9	20	20
MEO-s, gyártásközi ellenőr	2	5	9	8
Raktáros	2	2	4	3
Altiszt, hivatalsegéd	5	5	9	8
Anyagmozgató, segédmunkás	3	4	3	4
Egyéb, ismeretlen	17	19	10	12
	100%	100%	100%	100%
	N = 157	N = 157	N = 157	N = 157

A rehabilitációt megelőzően már elindul egy átrendeződési folyamat a munkaköri megoszlásban. Egyrészt egy felfelé irányuló mobilitásnak lehetünk tanúi: valamelyest nő a művezetők, csoportvezetők stb. aránya. Másrészt valószínűleg egészségügyi okokra is visszavezethető mozgások indulnak el: megnő a MEO-sok és gyártásközi ellenőrök, valamint az irodán dolgozók aránya. Az átrendeződés hatására jelentősen csökken az alaptermelésben dolgozók aránya.

A következő nagy átrendeződés a *rehabilitációhoz* kapcsolódik: tovább csökken az alaptermelésben dolgozók aránya, ezzel párhuzamosan viszont nő a *kiegészítő munkakörökben*, a *MEO-n*, *altisztként és hivatalsegédként*, valamint az *irodán* dolgozók aránya. A rehabilitációt követő és a jelenlegi munkakör-struktúra között gyakorlatilag nincs különbség.

Általában a rehabilitációs munkaköröknek a MEO-s, raktáros, altiszt és hivatalsegédi munkaköröket tekintik. Az adatok azonban azt mutatják, hogy *a csökkent munkaképességűek jelentős hányada a termelésben marad*. A vállalati első munkakörnél összesen az érintettek 55 százaléka dolgozott az alaptermelésben és a termelés kiegészítő munkaköreiben; a jelenlegi állapot pedig 40 százalékot mutat. Nem kétséges, hogy időközben csökkent ez az arány, és hogy a termelésen belül a kiegészítő munkakörökben dolgozók aránya nőtt jelentősen, de a termelésben résztvevők hányada ennek ellenére nagynak mondható.⁵

Felfelé vezető mobilitási utat (művezetővé, csoportvezetővé válás) csak a munkaképesség-csökkenés előtti időpontban találtunk. A *reha-*

bilitációval a felfelé mobilitás esélye szinte teljes mértékben megszűnik. Ugyanakkor, ha valakinek sikerült előrelépnie a rehabilitáció időpontja előtt, akkor eredeti pozícióját nagy valószínűséggel sikerül megtartania egészségkárosodása ellenére is.

A munkahelyi mozgások, illetve azok hiánya szorosan összefüggnek a felajánlott munkakörre jellemző jövedelemszerzési lehetőségekkel. A tipikus rehabilitációs utak erősen különböznek e tekintetben. A csökkent munkaképességű számára a rehabilitáció általában olyan döntési helyzetet jelent, amelyben az *egészség* és a *jövedelem* szempontjait kénytelen mérlegelni. A kettő között egy kompromisszumos megoldás esélye nagyon kicsi: vagy az egyik, vagy a másik javára kell döntenie.

Jövedelemszerzés kontra egészségvédelem

A Pamuttextilművek rehabilitáltjainak átlagkeresete 1987-ben 5355 Ft volt. Ez az összeg a vállalati átlag 94 százaléka.

„A munkahelyemmel kapcsolatban nincsen semmilyen nagy problémám, csak egyetlenegy. Meg vagyok elégedve a főnökeimmel, a munkatársaimmal, de az anyagi viszonyaimmal nem. A mi gyárunk a többihez viszonyítva le van maradva anyagilag. Minden gyárban 1700—1800 Ft-tal többet fizetnek, mint nálunk. Különben a mi vállalatunk nem lenne rossz. De miért van ez így? Mert könnyűipar? Ha az ember pénzért reklamál, akkor mindjárt mondják, hogy te úgy odavagy a pénzért, meg így meg úgy, és mindig azt mondod, hogy beteg vagy. De ha beteg valaki, akkor is odalehet a pénzért, végeredményben annak is ugyanúgy kell a forint. Ha bemegy az ember az ABC-be, akkor nem mondják azt, hogy nem 150 Ft egy kiló disznóhús, mert rehabilitált, ugye? Ugyanúgy azt mondják, hogy kérem, 150 Ft. Hiába mondanám azt a pénztárosnak, hogy én rehabilitált vagyok, akkor is anynyi. Hát nevetségességnek tűnik, de 3100—3300 Ft-ot keresek. És 18 év után! Megszakítás nélkül! Csak a minimumot, amit már tényleg muszáj, azt kapom meg. De hogy béremelés vagy ilyesmi, azt már nem! Jutalék, mozgóbér, mindentől meg vagyok fosztva. Mások kapnak. Szóval hát örüljek, hogy vagyok. A megélhetéshez nem elég, a megdögléshez sok. Ha ugyanazért a munkáért másoknak megadják, akkor miért pont annak nem adják meg, aki beteg? A betegnek nem kell kenyeret enni? Vagy azt tartsa el a férje? Nagyon rendes férjem van, mindig azt mondja, hogy «anya, ha csak annyit is kapsz, örüljél, nem baj». De baj! De azért baj, mert az ember 25 évet ledolgozik, akkor miért nem érdemli meg?! Azért baj. Szóval én úgy érzem, hogy ez nem reális.” (N. J-né, 44 éves, Székesfehérvár)

5. tábla

Elérhető átlagkereset a négy rehabilitációs típusban

	5000 Ft alatt	5000 Ft felett	Összesen
Van munkakörváltás és 1—2 műszakban dolgozik	75	25	100% N = 46
Van munkakörváltás, de 3 műszakban dolgozik*	20	80	100% N = 22

	5000 Ft alatt	5000 Ft felett	Összesen
Nincs munkakörváltás, de 1—2 műszakban dolgozik	57	43	100% N = 58
Nincs munkakörváltás, és 3 műszakban dolgozik	16	84	100% N = 31
Összesen	51	49	100% N = 157
	N = 80	N = 77	

* A típus a kis esetszám miatt csak nagyságrendként értékelhető.

A különböző rehabilitációs típusokhoz kapcsolódó *jövedelemszerzési lehetőségek* markánsan eltérnek egymástól. A legnagyobb valószínűséggel éppen a „*valódi rehabilitációnak*” nevezett típusban a legrosszabbak. Azok a csökkent munkaképességűek, akik váltottak munkakört és egy vagy két műszakban dolgoznak, 75 százalékban 5000 Ft alatti átlagkeresethez jutottak 1987-ben. Ez többek között annak tudható be, hogy a csökkent munkaképességűeket befogadó munkakörök (termelés kisegítő munkakörei, iroda, raktáros) mind alacsony kereseti lehetőségeket kínálnak. A befogadó munkakörök közül csak a MEO-s és gyártásközi ellenőri munkakörök nyújtanak nagyobb valószínűséggel 5000 Ft feletti átlagkeresetet. Ez alátámasztja azt az állításunkat, hogy az egészség és a jövedelemszerzés szempontjait a jelenlegi rendszeren belül szinte lehetetlen összeegyeztetni.

Nem véletlen, hogy az 5000 Ft feletti átlagkereset szerzésének esélye éppen a „*látszat*” vagy „*adminisztratív*” rehabilitáció típusában a legnagyobb (84 százalék). Ezeknek az embereknek a nagy része eredetileg is az alaptermelésben dolgozott, jelenleg is ott dolgozik, vagyis az ő esetükben áll elő leggyakrabban az a helyzet, hogy nem tudnak kompromisszumot kötni a rehabilitációs bizottsággal, és a megélhetés érdekében az egészség rovására döntenek.

A kereseti lehetőségeket csak részben határozza meg az adott munkakör alapbére. Az átlagkereset szempontjából legalább olyan fontos tényező a műszakszám. A PATEX-nél a műszakpótléknak nagyon nagy szerepe van az átlagkereset színvonalában. A délutáni műszakért 40 százalékos, az éjszakaiért 80 százalékos műszakpótlék jár. Ez azt jelenti, hogy ha valaki alacsonyabb alapbérű munkakörbe került is, a három műszak vállalásával csökkenteni tudja a keresetkiesését. Adataink is azt mutatják, hogy ha a munkakörváltás nem jár együtt a műszakszám csökkenésével, akkor még az esetek 80 százalékában 5000 Ft feletti átlagkereset érhető el. Azáltal, hogy a bérrendszerbe ilyen ösztönzési módot építettek be, azok a csökkent munkaképességűek, akik betegségük miatt egyszerre kénytelenek alacsonyabb alapbérű munkakörben és egy- vagy két műszakban dolgozni, kétszeresen járnak rosszul. De elég csak a három műszakról áttérni az egy műszakra ahhoz, hogy a csökkent munkaképességű számára a rehabilitáció radikális keresetcsökkenéssel járjon.

1983 óta a rendelet a csökkent munkaképességű dolgozót keresetkieséssel járó munkakörváltás esetén bizonyos feltételek mellett *keresetkiegészítésre* teszi jogosulttá. Az 50 százalékos munkaképesség-csökkenésben, illetve az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következtében 36 százalékos munkaképesség-csökkenésben szenvedők a

volt átlagkereset 100 százalékáig kaphatnak keresetkiegészítést az átképzés vagy betanítás idejére.

A PATEX-nél a 157 rehabilitáltból 3 fő vett részt átképzésben. A rehabilitáltak döntő többsége betanított munkakörbe került, ahol átképzésre nem volt szükség. A rendelet betanítás esetén maximum egyéves időtartamra ad lehetőséget a 100 százalékos keresetkiegészítésre. Azonban a rendeletnek az a kitétele, hogy a munkaképesség csökkenésének ehhez el kell érnie az 50 százalékos szintet, a PATEX esetében szinte automatikusan kizár minden rehabilitáltat ebből a lehetőségéből. Ugyanis az üzemorvos által csökkent munkaképességűnek nyilvánítottak mind 40 százalékos csökkent munkaképességűnek számítottak.

Üzemi baleset és foglalkozási betegség miatt szerzett munkaképesség-csökkenés esetén a keresetkiegészítés jogosultságának megszerzéséhez elég a 36 százalékos munkaképesség-csökkenés. Ebben az esetben az átképzés, illetve a betanítás ideje után is fizethető keresetkiegészítés a korábbi átlagkereset 80 százalékáig. A csökkent munkaképességűek nagy része azonban nem üzemi baleset, illetve foglalkozási betegség miatt vált rehabilitálttá. A fent részletezett okok miatt a PATEX rehabilitáltjainak csak elenyésző töredéke részesült, részesül keresetkiegészítésben.

A rehabilitáltak betegségei

A kutatás másik alapkérdése az volt, hogy találhatók-e összefüggések, illetve milyen összefüggések találhatók a csökkent munkaképességűek betegségei és munkájuk, illetve eddigi munkaútjuk között. A következőkben szeretnénk bemutatni, hogy milyen jellegzetesen visszatérő betegségekkel találkozunk a PATEX rehabilitáltjainak körében. Majd azt vizsgáljuk, hogy a rehabilitáció előtt az alaptermelésben dolgozók betegségeinek alakulása különbözik-e az egyéb területeken dolgozókéitól; valamint, hogy melyek azok a betegségek, amelyek esetében a rehabilitáció nagyobb valószínűséggel párosul munkakörváltással.

A Pamuttextilművek rehabilitáltjai körében a következő betegségekkel találkozunk leggyakrabban: első helyen a *magas vérnyomás* áll (16 százalék), második helyen a *szívbetegségek* (10 százalék), ezt követik a *gerincoszlop betegségei* (7 százalék), *részleges halláskárosodás* (5,4 százalék), *elhízás* (5 százalék), a *csontváz-izomrendszer betegségei* (5 százalék), a *légzőrendszer betegségei* (5 százalék) és végül a *pszichoszomatikus betegségek* (4,3 százalék).

A felsorolt betegségek — a halláskárosodást leszámítva — olyanok, melyekről száz százalékosan nem bizonyítható, hogy a vállalatnál előforduló foglalkozási ártalmakra vezethetők vissza. Igaz, hogy ezek a betegségek más munkakörökben, illetve más munkakörülmények között dolgozók esetében is előfordulhatnak, azonban mégsem tekinthetjük véletlennek, hogy éppen ezek a betegségek jelentkeztek a leggyakrabban.

A PATEX üzeimeiben nem a *zaj* az egyetlen ártalom. Jellemző munkahelyi ártalomnak számít a *hő* (30—35 fok, de nyáron a 40-et is eléri); a levegő magas *páratartalma* (60—70 százalékos relatív páratartalom kell a szövéshez és a fonáshoz, mert különben nagyon magas a

fonal szakadásszáma); a pamutból felszálló por és pihe; a dinamikus terhelés (minél modernebbek a szövő- vagy fonógépek, annál többet kezel a munkásnő, ami egyben a naponta legyalogolt kilométereket is növeli); a statikus terhelés (állás), és ide sorolhatjuk a rossz megvilágítást is. Mindehhez még hozzá kell számítanunk a feszes munkatempót diktáló normákat is.

A magas hőmérséklet és a páratartalom megterheli a szívet; a pamutpor és pihe lerakódik a légutakban és légúti megbetegedésekhez vezet; a zaj és a feszített munkatempó elősegítheti a neurotikus betegségek kialakulását; a láb és kéz megerőltetése mozgásszervi betegségek kialakulásával járhat. Természetesen ezeket az összefüggéseket csak tendenciaszerűen értelmezhetjük. Adataink azt mutatják, hogy csak az idegrendszeri és érzékszervi betegségek (halláskárosodás), valamint a neurózisok és pszichoszmatikus megbetegedések esetén mutatható ki magasabb arányú megbetegedés a rehabilitáció előtt az alaptermelésben dolgozóknál a többi munkakörben dolgozókhöz képest.

A munkahelyi ártalmak és a betegségek közötti ok-okozati összefüggés bizonyítását több tényező is nehezíti. A munkahelyi ártalom lehet „kiváltó ok”, „hozzájáruló tényező”, vagy „súlyosbító tényező” egy betegség kialakulásánál (Harvey T. Hilaski). Tulajdonképpen arról van szó, hogy a munkahelyi ártalom következtében kialakuló betegségek általában összefonódnak más, az életciklussal, valamint az életmóddal magyarázható betegségekkel, így az ok-okozati összefüggések kiderítése igencsak problematikus. De ez távolról sem jelenti azt, hogy a munkahelyi ártalmaknak nincs szerepük az említett betegségek kialakulásában.

A rehabilitáció minden esetben egyedi mérlegelés tárgyát kell, hogy képezze. Az előzőekben már igyekeztünk felvázolni azt a szűk teret, amelyben a csökent munkaképességű dolgozó kénytelen saját igényeit a vállalat által felkínált lehetőségekhez hozzáigazítani. A rehabilitáció végső kimenetelét — az egyén és vállalat döntését — azonban a csökkent munkaképességű dolgozó betegségének típusa is befolyásolja. A rehabilitációhoz kapcsolódó munkakörváltások gyakorisága az egyes betegség-főcsoportokban erősen eltér egymástól. A következő táblában a fontosabb betegség-főcsoportokra vonatkoztatva vizsgáljuk meg a munkakörváltások gyakoriságát.

6. tábla

A betegség-főcsoportokhoz kapcsolódó munkakörváltások gyakorisága* (százalékban)

Betegség-főcsoportok	Van munka- körváltás	Nincs munka- körváltás	Összesen
III. Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek és az immunrendszer zavarai**	13	87	100% N=15
V. Elmezavarok**	50	50	100% N=20
VI. Az idegrendszer és az érzékszervek betegségei**	48	52	100% N=27
VII. A keringési rendszer betegségei	29	71	100% N=62
VIII. A légzőrendszer betegségei**	50	50	100% N=10

Betegség-főcsoportok	Van munka- körváltás	Nincs mun- kakörváltás	Összesen
IX. Az emésztőrendszer betegségei**	10	90	100% N=10
XIII. A csontváz-izomrendszer és a kötőszövet betegségei**	40	60	100% N=25

* A betegség-főcsoportok listája nem teljes. Az egészen kis esetszámmal képviselt csoportok kimaradtak.

** A kis esetszámok miatt az adatok csak durva, nagyságrendi becslésnek tekintendők.

Egyetlen betegség típus sem jár „automatikusan” munkakörváltással. Kevésbé működnek olyan normák, melyek bizonyos betegségek esetén — a további egészségkárosodás megelőzése érdekében — a munkakörváltást kötelező jellegűvé tennék. Ugyanakkor vannak olyan betegségek, amelyek szinte biztosan nem párosulnak munkakörváltással. Ilyenek a táplálkozási és anyagcsere betegségek (III), valamint az emésztőrendszer betegségei (IX). Kevésbé jellemző a munkakörváltás a leggyakoribb betegség típus, a keringési rendszer betegségei esetén is (VII).

Mely betegségek járnak nagyobb valószínűséggel munkakörváltással? *A neurotikus megbetegedések, a halláskárosodás, a légzőrendszer megbetegedései és a mozgásszervi betegségek esetén az átlagosnál nagyobb arányban fordul elő munkakörváltás.* Felmerül a kérdés, hogy miért éppen ezeknél a betegségeknél jellemző a munkakörváltás. Véleményünk szerint két szempont együttes hatásáról van szó. Az első, hogy adott betegség a konkrét munkafolyamat elvégzését mennyiben nehezíti, illetve mennyiben csökkenti azokat a fizikai képességeket, amelyekre a konkrét munka elvégzéséhez a leginkább szükség lenne. Ebből a szempontból a mozgásszervi megbetegedések szerepe meghatározó, de a munkavégző képességet negatívan befolyásolhatják a neurotikus betegségek és a légzőszervek megbetegedései is. A második — nem kevésbé fontos — tényező pedig a betegségek társadalmi megítélése. Konkrétabban az, hogy egy adott betegség kialakulásában milyen szerepet tulajdonítanak az addig végzett munkának és a hozzá kapcsolódó munkakörnyezetnek. Az egyén és a vállalat (üzemorvos) nyilvánvalóan azokban az esetekben fogja szorgalmazni illetve elfogadni a munkakörváltást, amikor úgy ítéli meg, hogy összefüggés található az eredeti munkakörben végzett munka és az adott betegség között.

Ha elfogadjuk azt a feltételezést, hogy az egyes betegségek esetén tapasztalható nagyobb arányú munkakörváltás többek között az adott munka és az egészségkárosodás közötti összefüggés társadalmi megítélésének megnyilvánulása, akkor a Pamuttextilművek esetében a neurotikus megbetegedéseket, a légzőrendszer betegségeit és a mozgásszervi betegségeket is felvehetjük — a hivatalosan nyilvántartott halláskárosodás mellé — a foglalkozási betegségek listájára. *Tehát vállalati szinten a munkahelyi ártalmak és a betegségek közötti összefüggés szélesebben értelmeződik, mint ahogy a foglalkozási betegségeket az állami normák meghatározzák.* Más kérdés, hogy ettől a dolgozók még nem válnak jogosulttá azokra a kártérítési lehetőségekre, amelyek a hivatalos foglalkozási megbetegedetteket megilletik.

Amikor a betegség társadalmi megítéléséről beszélünk, akkor tulajdonképpen az is jelzés értékű, hogy melyek azok a betegségek, ame-

lyekről még mikro-szinten sem ismerik el a munkavégző képességet csökkentő jelleget. Itt elsősorban a keringési rendszer betegségeire gondolunk, amelyek csak 29 százalékban jártak munkakörváltással. A magas vérnyomással, szívbetegségekkel, valamint visszértágulással küszködők döntő többségében eredeti munkakörükben folytatják munkájukat. Igaz, hogy ezek a betegségek orvosi felügyelet mellett valamelyest szabályozhatók, és a vállalat üzemorvosával folytatott beszélgetésben szóba került, hogy a vállalat tudatosan igyekszik a keringési betegségekben szenvedőket folyamatos orvosi felügyelet segítségével alkalmassá tenni az eredeti munkakör ellátására.

Női és férfi rehabilitáltak

A férfiak vagy a nők betegebbek? Az egyszerűnek tűnő kérdés megválaszolása nem is olyan egyszerű. Ismeretes, hogy a halálozási mutatók tekintetében a férfiak sokkal rosszabbul állnak. A csökkent munkaképességüekről összegyűjtött adataink viszont a nők veszélyeztetettebb helyzetét mutatják. Vagy talán mégsem? Nézzük meg közelebbről a rendelkezésre álló adatokat.

7. tábla

A PATEX-nél történő munkavállalás és a rehabilitáció időpontja között eltelt időtartam nemek szerinti százalékos megoszlása

	Nő	Férfi	Összesen
0—15 év	64	39	57
16—20 év	19	16	18
21—X év	17	45	25
	100% N=108	100% N=49	100% N=157

A nők csökkent munkaképességének elismerése rövidebb idő után következik be. 64 százalékuk 15 évnél rövidebb PATEX munkaviszony után vált rehabilitálttá. A férfiak döntő többsége 20 évet meghaladó munkaviszony után került a rehabilitáltak listájára. Összegezve azt mondhatjuk, hogy a csökkent munkaképességű nők kétharmada 15 évnél rövidebb PATEX munkaviszony után vált rehabilitálttá, és csak egyharmaduknál tapasztalhatunk ennél hosszabb munkaviszonyt. A férfiaknál pedig éppen ellentétes a helyzet: durván egyharmaduk vált rehabilitálttá 15 évnél rövidebb munkaviszony után, és kétharmaduknál több mint 15 éves munkaviszony telt el a rehabilitáció időpontjáig.

Tendenciájában nagyon hasonló képet mutat a rehabilitált férfiak és nők életkori megoszlása. A férfiak nemcsak hosszabb munkaviszony után, hanem idősebb korban is kerülnek rehabilitálásra.

8. tábla

A rehabilitáltak életkori megoszlása nemek szerint

	Nő	Férfi	Összesen
34 év és fiatalabb	22	15	20
35—44 év	40	20	33

	Nő	Férfi	Összesen
45—54 év	32	30	31
55—X év	6	35	16
	100% N=108	100% N=49	100% N=157

A rehabilitáltak életkorára vonatkozó adatok egyértelműen bizonyítják, hogy a *rehabilitációnak nem egy rövid és átmeneti időszakra kell megoldania a csökkent munkaképességűek foglalkoztatását*. Téves az az elképzelés, mely szerint a rehabilitáció tulajdonképpen a nyugdíjkor előtt állók „gyógyfoglalkoztatása”.

A rehabilitált nők 62 százalékának több mint 10 éve van hátra a nyugdíjig. A rehabilitált nők átlagos életkora 41 év! Tehát — a szöveőknek és fonóknak járó nyugdíjkorkedvezményt most figyelmen kívül hagyva — átlagosan 14 évet kell a rehabilitált nőknek a nyugdíjig ledolgozniuk. A nyugdíj „várás” gyakorlatilag 40 éves korban elkezdődik.

A rehabilitáltaként nyilvántartott férfiak életkori megoszlása az idősebb korosztályok felé tolódik el. 65 százalékuk 45 éven felüli, és az 55 évesnél idősebbek aránya eléri a 35 százalékot. A rehabilitált férfiak átlagos életkora 48 év. Nekik átlagosan 12 évet kell még dolgozniuk a nyugdíjig. A női és férfi átlagéletkorok közötti 7 évnyi különbség a nyugdíjkorhatár 5 éves eltérése miatt a férfiak esetében sem jelenti, hogy a rehabilitáció csak egy rövid és átmeneti időszakra határozná meg az érintettek életét. Ahhoz, hogy értelmezni tudjuk a férfiak foglalkozási rehabilitációjának életkori kitolódását, közelebbről meg kell vizsgálnunk, hogy mit jelent a két csoportban a rehabilitáció.

A csökkent munkaképességűek százalékos megoszlása a rehabilitációs típusokban nemek szerint

9. tábla

	Nő	Férfi
Van munkakörváltás és 1—2 műszakban dolgozik	32	21
Van munkakörváltás, de 3 műszakban dolgozik	14	14
Nincs munkakörváltás, de 1—2 műszakban dolgozik	41	31
Nincs munkakörváltás és 3 műszakban dolgozik	13	33
	100% N=108	100% N=49

A férfiak rehabilitációjára két dolog jellemző. Egyrészt, hogy nincs munkakörváltás, másrészt, hogy továbbra is három műszakban dolgoznak. A nőknél 54 százalékban nincs munkakörváltás, a férfiaknál ez 64 százalékban marad el. A nők 27 százaléka dolgozik három műszakban; a férfiak 47 százaléka. Tehát a férfiak esetében még inkább indokolt fenntartásokkal kezelni az úgynevezett foglalkozási rehabilitációt.

Az egyes típusokhoz kapcsolódó jövedelemszerzési lehetőségek alapvetően meghatározzák a férfiak és nők arányát. A nők szisztematikusan azokban a típusokban vannak nagyobb arányban, ahol az 5000 Ft feletti átlagkereset elérésének esélye kisebb. A férfiak — ezzel ellen-

tétben — a „látszat rehabilitáció” kategóriájában vannak legnagyobb arányban, vagyis ahol se a munkakör, se a műszakszám nem változik a munkaképesség-csökkenés elismerése után. Ugyanakkor ebben a típusban volt a legmagasabb (84 százalék) az 5000 Ft feletti átlagkereset elérésének esélye. Ezek alapján arra következtetünk, hogy a férfiak és nők számára az „egészség” és a „jövedelem” dilemmája nem ugyanúgy jelentkezik.

A nők családfenntartó szerepe kulturálisan még sokkal kevésbé rögzült, mint a férfiaké. A nők körében általánossá lett munkavállalás nem változtatott azon a mintán, hogy a családokban a férfiak a „főkeresők”. A női keresetek kiegészítő jellege (már csak a bérarányok egyenlőtlenségei miatt is) megmaradt. Nemcsak arról van szó, hogy a hagyományos női és férfi szerepelvárások a betegségek tekintetében megengedőbbek a „gyengébb” nemmel szemben, illetve, hogy a társadalom a nők inaktivitását (gyermekápolási táppénz, GYES, GYED, rokkantsági nyugdíj) a mai napig is könnyebben elfogadja, hanem arról is, hogy a férfiak jövedelemcsökkenése nagy valószínűséggel jobban veszélyezteti a családok megélhetési viszonyait, és általában a családok stabilitását.

Véleményünk szerint, annak ellenére, hogy a nőknél fiatalabb korban történik a rehabilitáció, még nem következtethetünk arra, hogy a nők objektíve fiatalabb korban betegednek meg, vagy hogy betegebek, mint a férfiak. A nemek szerinti megoszlásra vonatkozó adatok azt mutatják, hogy a nők aránya a rehabilitáltak csoportjában csak kis mértékben haladja meg vállalaton belüli arányukat. A férfiak kismértékű alulreprezentáltsága betegségeik elismerésének „elkészt” voltára vezethető vissza. A tartós egészségkárosodást szenvedett férfiak — a nőknél nagyobb arányban — kivárják a nyugdíjat, és elkerülik a rehabilitációt.

A férfiaknál az egészségkárosodás megelőzésének lehetősége kétszerezsen szenved csorbát. Egyszer azért, mert betegségeik csak későbbi, és feltehetően súlyosabb fázisban definiálódnak betegségként. Így a foglalkozási rehabilitáció az esetek egy részében fel sem merül. Másodszor pedig azért, mert ha hivatalosan foglalkozási rehabilitáltakká is válnak, akkor is valószínű, hogy a rehabilitáció során az egészségvédelem szempontja háttérbe szorul a jövedelemszerzéssel szemben. Az ő esetükben a rehabilitáció ritkábban tölti be preventív funkcióját, vagyis az esetek nagy részében csak adminisztratív eljárásként értékelhető.

Térjünk vissza eredeti kérdésünkhöz: a férfiak vagy a nők betegebek? Egyértelmű válasszal most sem szolgálhatunk. Nem kizárt, hogy a nőknél valóban fiatalabb korban indul az egészségi állapot romlása, de ezeket az adatokat a betegségek nemenként eltérő társadalmi megítélésének különbsége miatt óvatosan kell kezelni. Feltételezhető, hogy az idősebb korosztályok felé haladva a két nem közötti különbség kiegyenlítődik, illetve az előzőekben részletezett mechanizmusok miatt a férfiak egészségi állapota gyorsabban romlik. A nők egészségvédelmének társadalmi mechanizmusai relatíve (!) jobban működnek; úgy is fogalmazhatunk, hogy inkább „megengedhetik” maguknak, hogy betegeké és — a szó igazi értelmében — foglalkozási rehabilitáltakká váljanak. Az egészségvédelem társadalmi lehetőségei a férfiak számára sokkal inkább korlátozottak! Amikor a férfiak aggasztóan romló halá-

lozási mutatójához vezető okokat keressük, ezt a szempontot sem lehet figyelmen kívül hagyni.

* * *

A foglalkozási rehabilitáció mai gyakorlata sajnos nem, vagy csak nagyon töredékesen tölti be feltételezett preventív funkcióját. A csökkent munkaképességűek foglalkoztatását nem jellemzi a fokozott egészségvédelem. A foglalkozási rehabilitáció preventív funkciójának előtérbe kerülését gátló tényezők közül már több fontosabbat elemeztünk. Szó esett a jövedelmi viszonyokról, a betegségek társadalmi megítéléséről, a női és férfi társadalmi szerepekről. Két nagyon fontos kérdésre azonban még fel kell hívnunk a figyelmet. Az egyik — talán a legfontosabb — tényező az ipari munkahelyekre jellemző *munkakörülményeknek a színvonala*. Paradox dolog foglalkozási rehabilitációról beszélni, ha munkakörváltás esetén objektíve nincs más lehetőség, mint az egyik munkahelyi ártalomból a másik munkahelyi ártalomba helyezni a csökkent munkaképességű dolgozót. A vállalatoknál nagyon alacsony azon munkaköröknek a száma, ahol a munkakörülmények színvonala megfelelő lenne egy beteg ember számára. Még fokozottabban vonatkozik ez a termeléshez kapcsolódó munkakörökre. A preventiót gátló másik tényező az, hogy a gyári munkások munkahelyi státusa és munkakörülményeinek színvonala között szoros kapcsolat van. *A munkakörülmények színvonala az esetek többségében a munkások munkahelyi státusának szimbolikus megjelenítési formájává vált.* Ezért is jár feloldhatatlan feszültséggel azoknak a munkásoknak a foglalkozási rehabilitációja, akik addig — vállalati megbecsültségükkel összhangban — rossz munkakörülmények között dolgoztak. Az alaptermeléshez tartozó, jobb munkakörülményekkel járó munkakörbe helyezésük megbontaná a vállalati előrelépési mechanizmusok hagyományos rendjét.

Felmerül a kérdés, hogy mégis milyen társadalmi válasz volna a legmegfelelőbb azoknak az embereknek, akik aktív korban tartós egészségkárosodást szenvedtek. A jelenlegi körülmények között a *munkaerőpiacról való korai kivonulás* jelentené a leghatékonyabb megoldást az egészségvédelem szempontjából. Azok az emberek, akiknek egészségkárosodása nem éri el hivatalosan a „rokkant” szintet, illetve nem olyan munkakörben dolgoznak, ahol jogosultak karkedvezményes nyugdíjra, tulajdonképpen a későbbi időpontra kitolt megrokkánás kényszerpályáján mozognak. A nem kis tömegeket érintő kényszerpálya feloldására csak akkor volna lehetőség, ha a foglalkozási rehabilitációra jogosultak (40 százalékos csökkent munkaképességűek) abban az esetben, ha a vállalat nem tud jövedelemcsökkenés nélkül az adott egészségügyi állapotnak megfelelő munkahelyet biztosítani, választhatnának a felajánlott munkakör és a karkedvezményes nyugdíj között. Erre addig volna szükség, amíg a foglalkozási rehabilitáció tartalmi feltételei nem alakulnak ki Magyarországon. Ezenkívül fontos volna a hivatalos foglalkozási rehabilitáltak munkahelyi biztonságát — a munkanélküliség növekvő veszélyére való tekintettel — törvényes úton biztosítani.

Jegyzetek

1. A Pamuttextilművek gyáregységei 1989. július 1-től részvénytársasági formában önálló vállalatokként működnek.
2. Vizsgálatunkban csak a vállalatnál jelenleg is foglalkoztatott foglalkozási rehabilitáltakról gyűjtöttünk adatokat. Így, amikor történetiségében vizsgáljuk a rehabilitáció jellemzőit, akkor meg kell említeni, hogy a kapott eredmények a jelenlegi állapot alapján időben visszavetített trendek.
3. Általános tendencia, hogy a vállalatok abból indulnak ki, hogy a munkafolyamatba, a munkakörülményekbe nincs mód beavatkozni. A PATEX munkaügyi osztályvezetője is elmondta, hogy a vállalatnál arra nincs lehetőség, hogy a munkakörülményeket megváltoztassák, hogy a gépeket átalakítsák. „Ilyen még nálunk nem fordult elő, hogy valaki elvesztette volna a jobb karját, és a gépet átalakítottuk volna, hogy a fogantyú a baloldalon legyen, hogy bal kézzel tudja kezelni. Ehhez a munkához két kéz és két láb kell.”
4. Annak ellenére, hogy tartalmilag megtévesztő a „foglalkozási rehabilitált” fogalmának a használata — más elfogadott szóhasználat híján — a továbbiakban is ezt az elnevezést használjuk. Ugyanakkor ezen mindig a foglalkozási rehabilitáltaként *nyilvántartott* csökkent munkaképességű dolgozókat értjük, és nem az egészségi állapothoz igazított foglalkoztatási viszonyokat.
5. Az eredetileg az alaptermelésben dolgozók körében ez a tendencia még erősebben érvényesül. Közülük jelenleg is 39 százalék az alaptermelésben dolgozik, és 17 százalék a termeléshez kapcsolódó kiegészítő munkakörökben. Tehát összesen 56 százalék dolgozik jelenleg is a termelésben azoknak a csökkent munkaképességűeknek, akik eredetileg az alaptermelésben kezdték munkájukat.

Irodalom

- 1/1967. (XI. 22.) MÜM—EÜM—PM sz. rendelete a csökkent munkaképességű dolgozók helyzetének rendezéséről.
- 8/1983. (VI. 29.) EÜM—PM sz. rendelete a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról.
- 14/1986. (XII. 10.) EÜM—PM sz. együttes rendelete a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról szóló 8/1983. (VI. 29.) EÜM—PM sz. együttes rendelet módosításáról.
- Bokor Rózsa: Történeti visszapillantás a hazai rehabilitáció fejlődésére. In: Egészségkárosodás — rokkantság — rehabilitáció. Szociálpolitikai Értesítő 1987/2.
- Egészségkárosodás — rokkantság — rehabilitáció. Szociálpolitikai Értesítő 1987/2.
- Egészségügyi helyzet 1985. KSH 1987.
- Harvey T. *Hilaski*: Understanding Statistics on Occupational Illnesses. Monthly Labour Review. 1981/3.
- Dr. Láng Sándor: A munka tudománya (Munkaélettan) Bp. Szent István Társulat, 1938.
- Molnárné Venyige Júlia—Orolin Zsuzsa: Szociálpolitika és gazdaság, KJK 1982.
- Tardos Katalin: Egészségvédelem az ipari üzemekben. Kézirat, 1986.
- Tardos Katalin: Új beruházások — javuló munkakörülmények? Társadalomkutatás 1989/1.
- Vörös Lászlóné: A Pamuttextilművek története. Bp. 1973.