

sérült születésétől fogva, ugyancsak egynegyedük baleset, 50 százalékuk pedig valamilyen betegség következtében vált mozgássérültté.

2. Mi sem bizonyítja jobban a munka központi értékét, mint hogy a rokkantság megállapításánál a mai napig a munkaképesség-csökkenés mértékét vizsgálják, és nem az egészségkárosodottságát.

3. Kemény István „Az életforma fogalmához” c. írásában fogalmaz úgy, hogy „Az életforma közösség annyiban, hogy az élet minden területére kiterjed, a személyiség egészét érinti.”

4. Kemény István: Az életforma fogalmához. *Kézirat*, 1974.

5. Lásd Kogon Mihály és Winter Zsuzsa tanulmányát.

Kogon Mihály

A csökkent mozgásképességű emberek és foglalkoztatási rehabilitációjuk

Magyarországon a perifériára szorulóak száma nő, a csökkent mozgásképességű emberek is a marginalizálódottak táborát szaporítják. Helyzetük megoldatlan, s a mai rehabilitációs gyakorlat keveset tud változtatni sorsukon. A rehabilitáció elvei és gyakorlata egyaránt tisztázatlanok. Nincs kidolgozott koncepció arra nézve, hogyan építhető fel olyan rehabilitációs gyakorlat, olyan foglalkoztatási rehabilitációs rendszer, amely az emberek autonómiáját, önállóságát növeli, az integráció esélyeit megteremti, a társadalomnak pedig nem csupán kiadásokat jelent – hanem éppen az integráció által – eredményeket.

A csökkent mozgásképességűek élethelyzetének végiggondolása segíthet abban, hogy megfogalmazzuk, mit is kell jelentenie a rehabilitációnak, milyen szolgáltatásokra, intézményekre van szükség a sikeres rehabilitációhoz.

Az élethelyzetek

A kezdet

1990 tavaszán szakdolgozatomhoz interjút készítettem Szigeti Ottóval. Őt idézem: „Nem mozgássérültként születtem. 25 éves koromban ért egy közúti autóbaleset, melyből kifolyólag gerincsérülést szenvedtem. Ez az

állapotom maradandó és hát azóta ez nem változott. Ez nem csak láb-bénulás. Ez gerinc sérülés, ez olyan erős kimenetelű, hogy mellől lefelé béna vagyok. Teljes érzéki kiesés, teljes mozgáskiesés, tulajdonképpen, mint egy élő mellszobor: van két kéz meg egy fej, aztán slussz. (...) Most akkor volt egy 5 éves periódus, amikor nem tudtam mit kezdeni magammal. Állandóan foglalkoztatott az a téma, hogy nem érdemes így élni, mert mindenkinek a terhére van az ember, mindenki csak kikerül. Eléggé megviselt az, hogy engem kidobott a feleségem, és minden odaveszett. Fél házam volt, mert addig felépítettük, meg minden, szóval, hogy nagy terveim voltak és ebből nem lett semmi.”

A megváltozott helyzet, a megváltozott helyzetből fakadó szükségletek határozhatják meg a rehabilitáció célját, feltételeit, eszközeit, elveit. Ebben a helyzetben az embernek biztonságra van szüksége, abban az értelemben is, hogy rátaláljon az új helyzetben is képességeire, hogy életét ne lezártnak, felszámolandónak, hanem építhetőnek élje meg.

Eddigi tapasztalataim alapján úgy látom, a rehabilitációs folyamat egésze, illetve szakaszai végiggondolatlanok. Nem lehet tudni, mi lesz a rehabilitációs folyamat végeredménye, nem láthatók a lehetséges kapcsolódási pontok, a részfolyamatok sokszor lezáratlanok. Mindenki kénytelen úgy végezni feladatát, mintha előtte semmi sem történt volna, minden szakaszra így az egész helyzet, az egész élet megoldásának feladata vár. A rehabilitációs folyamat részei így csak kudarccal végződhetnek.

Ha szakaszolni akarom a folyamatot: első az egészségügyi rehabilitációs szakasz, a mozgás újra megtalálása, a saját test tudomásul vétele. De már itt szükség lenne a rehabilitációs egységek kooperációjára, a rehabilitációs tervezésre. A rehabilitációs folyamat nem időben zárt szakaszok egymásutánja. Már az első szakaszban meg kellene indulnia a szociális, foglalkoztatási rehabilitációnak is, hisz az ember életében ezek a szükségletek egyszerre jelennek meg. (Természetesen a szolgáltatást nyújtó szervezetek szempontjából a folyamat szakaszolható, és a szakmai kompetenciák is tisztázhatók.)

Az identitás

Az új helyzetben nagyon fontos, hogy a sérült ember újra önmagára találjon, képes legyen elfogadni saját új helyzetét, annak minden kemény korlátjával együtt. Tudomásul kell vennie, mi változott meg, s mi az, amit nem lehet megváltoztatni. Meg kell találni a korlátok között a lehetőségeket. Ez, segítség nélkül, azt hiszem, lehetetlen. A beszélgetés azt bizonyítja, hogy éppen ebben – az interjúalany életében öt éves szakaszban – nem nagyon találunk segítő szolgálatokat, intézményeket, illetve az intézmények nem találják meg a segítségre szorulókat.

Az identitás, az új identitás kialakítása kettős folyamat. Az interjú érzelkelteti: minden, ami eddig volt, összeomlott. Mint Ady Endre híres soraiban:

„Minden Egész eltörött,
Minden láng csak részekben lobban,
Minden szerelem darabokban,
Minden Egész eltörött.”

(Kocsi-út az éjszakában)

De az interjú arról is szól, hogy Szigeti Ottó elkezdte az újraépítkezést, a részekből az egész összerakását, s arról is, ahogy a társadalom elutasítja.

„...amikor megtudták, hogy milyen állapotban vagyok, már nem álltak szóba velem. Előfordult, hogy telefonon sikerült lekötni egy jó munkahelyet az iskolai végzettségemből kifolyólag, de amikor odamentem, akkor ők hanyatt estek, hogy ilyen az állapota? Hát nem gondoltuk volna. Akkor rögtön meghiúsult minden... Jöttek ilyen szöveggel, hogy egyetlen lépcsőfok volt, hogy ők nem tudják azt biztosítani, hogy reggel egy ember megfog és beenged oda, fölemel, besegít, este meg le. Szóval én erre csak azt mondtam, adjanak 3 kanna betont, majd én megcsinálom ezt a rámpát és akkor már nem kell segítség. Ilyen abszurd kifogásokat találtak, ami nevetséges.”

Nagy különbség van az identitás kialakulása szempontjából azok között, akik veleszületett betegség vagy állapot miatt csökkent mozgásképességűek, és azok között, akik később lettek azok. Egyik helyzet sem jobb vagy rosszabb. Más.

Az egyik pillanatról a másikra csökkent mozgásképességűvé váló ember igazi problémája: megváltozott állapota, és az, ahogy ehhez környezete viszonyul. Az előzőleg kiépült képességek, készségek segíthetnek az új helyzet megtalálásában. A szocializációs folyamat során megszerzett képességek, készségek nem tűnnek el teljesen, másként ugyan, de az új helyzetre is alkalmazhatóak. (Én 1972-ben betegedtem meg. Ennek végző állomása bal lábam amputálása lett 1973-ban. Annak előtte öttusáztam, úsztam és futottam. Úszni most is tudok. De nem tűntek el teljesen a futással kapcsolatos képességek sem. A hosszútávfutásban a legfontosabb képesség: a kitartás, az erőbeosztás, a saját erő felmérésének képessége. Ezekre a képességekre később is lehet építeni. Lehet építeni a megélt élményvilágra is – amit az első időszakban veszteségnek éltem meg, később stabilitást adott.)

Úgy gondolom, bonyolultabb probléma a születésüktől csökkent mozgásképességűeké. Az ő képességeik, készségeik, megkockáztatom leírni, kiépítetlenebbek, identitásuk instabilabb. Véleményem szerint ezzel a rehabilitációs szolgáltatásoknak is számolniuk kell. A meglevő intézmények működése nem épít az intézetben élő, de autonóm, sorsukért, identitásukért felelős emberekre. Nem is alakítanak ki olyan eljárásokat, amelyek segítségével a képességeket speciálisan fejlesztenék. Az intézmények főként a fizikai ellátást próbálják meg ma biztosítani. Ennél tovább ritkán jutnak el. (Az intézmények azért fontosak ebből a szempontból, mert a veleszületett csökkent mozgásképességű emberek életük nagy részét intézetben élik.)

Az előző problémához is kapcsolódik, hogyan alakul ki a csoportiden-

títás illetve, hogy mi a szerepe a csoportnak az identitás kialakulásában. Ez biztosítja az azonosságérzetet, a „mi ilyenek vagyunk”, s azon belül az „én ilyen vagyok” érzetét. Közvetítő funkciója is van. A csoport elfogadottsága biztosítja a csoport tagjainak, hogy ők is elfogadottak, ha a csoporthoz tartoznak. A csökkent mozgásképesességű emberek nem alkotnak homogén csoportot, s kevés olyan csoport van, amihez tartozhatnak. Csoportjukkal szemben a társadalom kevésbé tanúsít elfogadó magatartást. Az identitás és a csoportalakítás kifejlődését terheli, hogy a csökkent mozgásképesességűvé válók, vagy annak született emberek nem vágnak arra, hogy csökkent mozgásképesességűek legyenek. Nehezen fogadják el helyzetüket, nem azonosulni akarnak csökkent mozgásképesességű helyzetükkel, hanem háritani akarják. (Magam is nehezen fogadtam el helyzetemet, nehezen azonosultam új szerepemmel, de mikor már a magam szerepét elfogadtam, akkor sem kerestem megerősítésként csökkent mozgásképesességű emberek csoportjait.) Úgy gondolom, ezért is nehéz a csökkent mozgásképesességű emberek érdekvédő, vagy érdeklődési körre szerveződő csoportjait létrehozni.

Jövedelmi viszonyok, munkavégzés

Önálló, független életet csökkent mozgásképesességüként úgy élhet az ember, ha ehhez a környezettől, a társadalomtól segítséget kap: szolgáltatások, társadalombiztosítási juttatások formájában. Ma Magyarországon nem lehet tudni, mi jár a csökkent mozgásképesességű embereknek, és milyen jogalapon. A társadalombiztosítási juttatások igen alacsonyak, és sok esetben nem egyértelmű, mi a jogalapjuk, hogyan járnak, milyen juttatás egészíti ki a másikat. Így közel azonos helyzetű emberek között nagy jövedelmi, juttatási eltérések képzelhetők el. Ebben a helyzetben azt tartom a legnagyobb problémának, hogy nem alakult ki olyan normatív juttatási rendszer, amely a reális lehetőségeket, az intézetből kikerülés reális lehetőségeit is számba venné. Nyilvánvaló, hogy havi, mondjuk 5000 Ft mellett az intézetből való kikerülés hiú ábránd, igénye meg sem tud fogalmazódni. Ha az önálló élet feltételeit a munkavégzés és az alanyi jogon járó juttatások nem tudják biztosítani, akkor a csökkent mozgásképesességű emberben kialakul az önállótlanúság elfogadására ösztönző magatartás: az adományok kihasználása, a paternalista helyzet konzerválása, az „én csak gondozott vagyok” tudat. A romló életfeltételek miatt sem lehet az éppen adódó, kihasználható juttatásokról lemondani.

Abban az esetben is, ha valaki 10–20, esetleg 30 éves munkaviszony után válik csökkent mozgásképesességűvé, jövedelmi viszonyai előző élethelyzetéhez képest alapvetően megváltoznak. Az új élethelyzethez alkalmazkodáshoz biztosan kalkulálható forrásokra lenne szükség. De a juttatások az esetben sem alanyi jogon járnak. Az új életforma kiépítéséhez befektetések (pl. képzés, új szakma tanulása, speciális szolgáltatások, gépkocsi, más szükséges berendezések) kellenek. Előzőekben idézett interjúalanyom esetében is kimutatható, nem segítettek szolgáltatások az új helyzetben. Lakása félig épült fel. Szakmája van, de munkát nem talál. Közben minimum egy évig táppénzen él, utána a rokkantnyugdíjból. Az

egzisztencia, azok esetében, akik munkát tudnak vállalni, munkával lenne leginkább megalapozható. A munka a rehabilitációs folyamatban véleményem szerint igen fontos. Tudom, sok csökkent mozgásképességű ember csak nagyon nehezen tud dolgozni. Azt hiszem, a rehabilitációnak minden esetben része kellene, hogy legyen a munkaképesé tétel, bármilyen korlátozott formában is.

„Sajátos magyarázatot ad a munka szerepéről André Gorz. Szerinte a modern, demokratikus társadalomban a gazdasági értelemben vett, azaz a magánszférán kívül végzett fizetett munka emancipál. Az ilyen munka »olyan általános szabályok és viszonyok mellett folyik, amelyek felszabadítják az egyént a partikuláris (személyes) függőségektől, és általános egyénként, azaz állampolgárként határozzák meg«. Eppen mert egy lényegileg személytelen, azaz nemcsak egyetlen konkrét személy által betölthető funkcióról van szó, az árukapcsolatra épülő munkánál éppen nem az a fontos, hogy »egyéni azonosságomat« biztosítja, hanem ennek ellenkezője: nem kell a munkának áldoznom egész személyiséget, egész életemet. Kötelezettségeim határait pontosan meghatározza szakmám jellege, a munkaszerződése, és a szociális jog. Tudom, hogy mivel tartozom a társadalomnak, és hogy a társadalom tartozik viszonzásképpen. Olyan társadalmi készségek révén tartozom hozzá, amelyek nem személyemhez kapcsolódóak, és csak a szerződésben meghatározott ideig. Ha szerződéses kötelezettségeimet teljesítettem, csak önmagamé, az enyéimé, elsődleges közösségemé vagyok. Egyébként a magánszféra is csak azért létezhet mint személyes szuverenitás és önkéntes csere szférája, mert a társadalmi kötelezettségek jól körülhatárolt szférájának kiegészítője...”. (Ferge Zsuzsa: Van-e negyedik út? A társadalompolitika esélyei. KJK. 1989. 58. old.)

Ha jól értem Ferge Zsuzsa és vele együtt André Gorz szavait, a munka emancipál és a társadalom részévé tesz. Ezzel adja identitásomat, függetlenségemet. Ha ez igaz, akkor nehezen tudom elképzelni azt, hogy emberek, emberek csoportjai számára a munka ezek miatt a szempontok miatt, ha kimondatlanul, ha nem is tudatosítottan, ne lenne fontos. Nem igaz az sem, hogy a környezet (ha nem is csupán ezen szempontok szerint) ne mérné, minősítené a munkavégzés kapcsán az embereket. Nem hiszem, hogy akár kis létszámú társadalmi csoportok esetében is, külön társadalmi normákat, törvényeket lehetne (kellene) kitalálni, hogy a társadalom esetükben más módon működne, mérne. Arra van szükség, hogy esélyt, lehetőséget biztosítsunk arra, hogy a társadalmi törvények a csökkent mozgásképességű emberekre is ugyanúgy vonatkozzanak, mint bárki másra. Ha nem akarjuk, hogy mindenki élete végéig intézetben kényszerüljön élni, a rehabilitáció önálló életvitelt megteremtő formáin kell gondolkodni.

Számok, tények

Nagyon kevés adat áll rendelkezésre a csökkent mozgásképességű emberekről. Nehéz kideríteni például, hogy Magyarországon ma hány fogyatékos él. Az adatok egymással csak nehezen összeegyeztethetőek. Pedig célszerű lenne legalább megközelítő pontossággal kideríteni, hogy hány csökkent mozgásképességű ember él ma Magyarországon, milyen a kormegoszlásuk és a képzettségük, hiszen korrekter adatok híján alanyi jogon járó juttatásokat sem lehet tervezni, enélkül pedig nem tudunk túllépni a szegénység és a kiszolgáltatottság méricskélésén.

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) adataiból megtudható, hogy évente hány embert soroltak a rokkantnyugdíjas kategóriába. Az 1973-as és 1983-as év adatainak összehasonlítása azt mutatja, hogy a rokkantnyugdíjas népesség száma évente átlagosan kb. 14 000 fővel nő.

Az 1986-ban a KSH által készített felmérés adatai némiképpen eltérnek az OORI számaitól, s korosztályonkénti megoszlást is tartalmaznak.

	1973	1983
	N=264 300	N=448 400
öregségi nyugdíjkorhatár alatt	52%	45%
öregségi nyugdíjkorhatár felett	48%	55%

Forrás: Dr. Lakatos Miklós–Dr. Tóth Ildikó–Dr. Újvári József: A rokkantak és a fogyatékosokban szenvedők főbb társadalmi-foglalkoztatási jellemzői a 80-as évek első felében. KSH, 1989. 3. old.

1983-ban az öregségi nyugdíjkorhatárt elért emberek voltak többen a rokkantnyugdíjas kategóriába sorolt népességben belül.

A KSH felvétel megállapította, hogy az új rokkantsági nyugdíjasok között az 50 éven felüli férfiak és a 45 éven felüli nők vannak többségben, 80% körüli az arányuk. Megállapítható az adatokból, hogy a nyugdíjba vonulók kormegoszlása a 10 éves periódusban elég állandónak tekinthető, a 19–34 éves fiatalabb generáció belépése is stabilnak látszik, évente 10% körüli értékkel.

Azért is kellene pontosabban ismerni a kormegoszlást, mert eredetileg a társadalombiztosítási törvény és a rehabilitációs intézkedések a munkából kiesőkre készültek, így a fiatal korban egészségkárosodott emberek igényei teljesen kimaradnak belőlük.

Az említett forrásokból megtudható, hogy 500 000-re tehető a fogyatékosok száma. Mivel az összes fogyatékos 44%-a csökkent mozgásképességű, kiszámítható, hogy 1984-ben durván 222 500 csökkent mozgásképességű ember élt Magyarországon. A társadalombiztosítási törvényben három rokkant kategória szerepel, e három kategória a fogyatékoság súlyossága szerint különbözteti meg az embereket. Ezek alapján szá-

mítottam ki, hogy az egyes kategóriákba – az előbbi becslésnek megfelelően – hány csökkent mozgásképességű ember tartozik.

I. kategória	3 782 fő	1,7%
II. kategória	25 400 fő	11,4%
III. kategória	193 300 fő	86,9%

A korcsoportos adatokból tudható, hogy a 19 év alattiak tíz éven át stabilan az összes rokkantnyugdíjas 0,3%-át tették ki. Vagyis évente mintegy 600 fő lép be a csökkent mozgásképességűek csoportjába ebből a korcsoportból, tehát 600 fő képzéséről kellene évente gondoskodni.

E 600 főn belül – a fenti arányokra támaszkodó becslésnek megfelelően – évi 10–20 fő a súlyosan csökkent mozgásképességű ember. Ha feltételezzük, hogy ők legalább 10 évet intézetben töltenek, minimum 100–200 főt befogadó speciális intézettel kellene rendelkezünk, ahol a teljesen mások segítségére szoruló csökkent mozgásképességű emberek élhetnének. Ma ilyen intézményi háttér, szolgáltatás nincs.

A második kategóriába tartozó csökkent mozgásképességűek évi belépő létszáma e korcsoportban 70–80 fő. Az ő elhelyezésük, képzésük is speciális intézetet követelne.

A harmadik kategóriába sorolt belépők száma becslésem szerint 500–550 fő körüli. Az ebbe a csoportba tartozókat integrált oktatási intézményben kellene képezni. Ők foglalkoztathatók leginkább, az ő esetükben képzelhető el leginkább az önálló munka, az önálló egzisztenciateremtés saját erőből, persze nem a mai viszonyok közepette.

Az első két csoport esetében a foglalkoztatás, a munka nagyon fontos, de az önálló egzisztencia megteremtése saját erőből lehetetlen. A harmadik csoport esetében is csak segítséggel képzelhető el az önálló egzisztenciateremtés, bekapcsolódásuk a munkahelyekre szintén segítséget kíván. Ők, adottságaik, terhelhetőségük miatt a profit diktálta verseny feltételeinek nehezebben tudnak megfelelni. Ezért lenne fontos az alapellátások alanyi jogon való juttatása mindhárom csoport esetében.

A csökkent mozgásképességű emberek képzettségi szintjéről nem rendelkezünk adatokkal. Becslésül legfeljebb csak a fogyatékosok képzettségi szintjére vonatkozó adatok szolgálhatnak. Ezek alapján megkockáztathatjuk, hogy helyzetük ebből a szempontból nagyon rossz. A nyolc általánost meg nem haladó (vagy annál alacsonyabb) végzettséget ma már nyugodtan tekinthetjük alulképzettségnek. Ide tartozik a csökkent mozgásképességű emberek mintegy 70%-a. Ha tekintetbe vesszük, hogy csökkent mozgásképességű emberként, még jó képzettséggel is nehéz elhelyezkedni, ezt az adatot nyugodtan minősíthetjük katasztrofálisnak. (A középfokú végzettséggel rendelkezők aránya 15%, a felsőfokú végzettséggel rendelkezőké mintegy 4% lehet.) Munkavállalási lehetőségeiket, így egzisztenciális helyzetüket, lehetőségeiket is a képzettség, pontosabban a képzetlenség determinálja. S mivel a munkaadó zöme (abból kiindulva, hogy a csökkent mozgásképességűeket nehezebb ellátni munkával, és a képzettségük is alacsonyabb) nagyrészt betanított, kevés képzettsé-

get kívánó munkákat biztosít számukra, ezzel az ördögi kör bezárul, a munka, a munkakörülmények az alulképzettséget konzerválják.

A foglalkoztatási rehabilitáció és a célvállalatok

Foglalkoztatás

A munkaerőpiaci helyzet változása, a megélhetési lehetőségek rohamos romlása, az embereket, akik eddig a minimális juttatásokból (rokkantnyugdíj, rokkantjáradék) valahogy megélték, olyan helyzetbe hozhatja, hogy végleges leszakadásuk megállíthatatlanná válik.

Ma mindenki elismeri, hogy a megváltozott munkaképességű emberek természetesen teljes jogú tagjai a társadalomnak. A valóságban lehetőségeik nagymértékben beszűkülnek, sok esetben alapvető emberi jogikat sem tudják érvényesíteni.

Ma a fogyatékos embereket érintő intézkedések többsége értük, de nem velük együtt történik, a döntési folyamatba őket nem vonják be. Sokszor találkozom azzal a kimondott vagy csak rejtett véleménnyel, hogy a csökkent mozgásképességű emberek nem láthatják át, mi, miért történik velük, így véleményük sem nagyon lehet róla. Azzal, hogy a saját életük problémáiban inkompetensnek nyilvánítatnak, kiskorúvá, egyszerűsített jogfosztottá is teszik őket. Ma a rehabilitációnak nincsenek társadalmilag elfogadott kritériumai. Nincs konszenzus abban, hogy mit kell és lehet nyújtani a rehabilitációs szolgáltatásoknak. A foglalkoztatásban részt vevő vállalatok sem tudják, mit kell foglalkoztatásként nyújtaniuk, miért járnak ezek a szolgáltatások, kit kell felvenniük, kinek kell egyáltalán munkát biztosítaniuk.

A foglalkoztatási rehabilitáció gazdasági, szervezeti oldala sem átlátható, viszonyai nem tisztázottak. Nem tudjuk, a foglalkoztatási rehabilitáció szempontjából milyen szervezeti felépítésű vállalati forma volna a leginkább megfelelő. Nem ismert, hogy e gazdálkodó egységeknek miképpen kellene működniük. Nem látható, hogy melyik szervezet mennyi támogatásban részesüljön, ha valamilyen szolgáltatást felvállal. Nem alakultak ki ún. rehabilitációs foglalkozások, szakmák; a rehabilitációs foglalkoztatás az esetek többségében betanított munkát jelent. Szükség lenne arra, hogy a rehabilitációs folyamat figyelembevételével olyan gazdálkodási rend alakuljon ki, amely a rehabilitációban részt vevő vállalatok számára lehetővé tenné a profitorientált és a nonprofit tevékenységek elkülönítését.

A célvállalatok

A „célvállalat” megnevezés 1967-ben jelent meg először, a rehabilitációs rendelet hatására egy pénzügyminiszteri utasítás adta ezt a nevet a vállalatok egy kis csoportjának. 1967-ben hat vállalatot jelöltek ki arra a feladatra, hogy rehabilitációs munkahelyeket hozzanak létre és tartsanak fenn. 1983-ig számuk nem változott, 1983–86 között dinamikusabban növekedett. Ma 32 ilyen gazdálkodó egység létezik.

Winter Zsuzsa „A célvállalatok múltjáról és jelenéről, valamint egy védett vállalat jövőjéről” című kéziratos tanulmányában részletesen elemzi a célvállalatokat. Itt alulképzett, nehezen foglalkoztatható emberek dolgoznak, e vállalati forma éppen az ő foglalkoztatásukra jött létre. Az egységek többségében a technikai színvonal alacsony, eszközellátottságuk az átlagos magyar ipari színvonal alatti. Üzemvitelük, szervezetük is rosszabb az átlagosnál. Kevés vagyonnal rendelkeznek, tevékenységük az önálló profil kialakulását nehezítő bér munka-vállalás. Mindezekkel együtt igaz, hogy sok ember számára a célvállalatok jelentik az egyetlen munka- és megélhetési lehetőséget. 1983-ig döntően állami alapítású, dotáltan működő gazdálkodó egységek voltak a célvállalatok. 1983 után több olyan kis egység jött létre, melynek szervezői, kezdeményezői csökkent mozgásképességű emberek voltak.

A mai célvállalatok igyekezetük ellenére sem tudják a strukturális problémákat kezelni, így a hátrányokat konzerválják. A dotációs rendszer nem ösztönzi a célszervezeteket arra, hogy a rehabilitációs foglalkoztatáshoz szükséges szolgáltatásokat megteremtsék.

Külön végiggondolandó, hogy a vállalkozás illetve a vállalkozói magatartás hogyan kapcsolódhat a rehabilitációs foglalkoztatáshoz, hiszen a foglalkoztatást biztosító gazdálkodó szervezetek nagy része nem állami vállalat, hanem szövetkezet, kishalmaz, kft. Ma a foglalkoztatási rehabilitációban részt vevő szervezetek nem vagy csak nagyon kis mértékben érdekeltek új munkahelyek teremtésében, nem ösztönzi őket semmi arra, hogy a rehabilitált embereket a normál munkaerőpiacra irányítsák.

A piac és a rehabilitációs gazdasági szervezetek viszonyának végiggondolása azért fontos, mert csak a piacképesség birtokában kerülhet el, hogy ezek ne szegregálódjanak a munkaerőpiacon illetőleg a gazdaságban; csak így folytathatnak olyan tevékenységeket, amelyek a munkavállalókat piacképessé teszik, nemcsak látszat-foglalkoztatottakká. A támogatásoknak a piacképesség eléréséhez szükséges (rehabilitációs foglalkoztatás esetén: meg nem térülő) beruházásokat kellene finanszírozniuk. Ellenőrizhető, normatív támogatási rendszerre lenne szükség, mert enélkül piaci verseny, versenysemlegesség, tisztességes piaci magatartás nem alakulhat ki.