

Farkas Dalma: Utópia vagy apátia?

Az alapjövedelem esetleges bevezetésének hatásai és következményei a mentális betegséggel élőkre Magyarországon

Absztrakt

Közel tíz éve dolgozom szociális munkásként pszichiátriai betegséggel élőkkel, így az alapjövedelem kérdését igyekszem összekötni egyrészt ennek a társadalmi csoportnak a helyzetével, foglalkoztatási esélyeivel, ellátásaival, másrészt a szolgáltatásokkal, illetve a szociális munkával. Szociális munkásként szakirodalmi források és nem számítások alapján írok az alapjövedelemről. Nem a szokásos módon – az ismert pró és kontra érveket sorolva, illetve ütköztetve – nyúlok a témához, hanem azt vizsgálom, hogy mit jelenthet ez egy hátrányos helyzetű társadalmi csoport – ez esetben a mentális betegséggel élők – életének jobbá tétele szempontjából.

A tanulmányban arról írok, hogy képes lenne-e az alapjövedelem, mint egy utópisztikus elképzelés, érzékelhetően fellazítani a bebetonozott stigmákat. A pszichiátriai betegséggel élők főbb jellemzőit, társadalmi megítélésüket, foglalkoztatási esélyeiket és pénzügyi ellátásaikat négy esettel illusztrálom. Majd a második részben az alapjövedelem koncepcióit, elemeit összegezem, illetve azt, hogy az alapjövedelem bevezetése milyen lehetséges következményekkel járna a pszichiátriai betegséggel élőkre. Továbbá vizsgálom az alapjövedelem és a szolgáltatások kérdéskörét, valamint a szociális munka szerepét is.

Kulcsszavak: alapjövedelem, pszichiátria, munkanélküliségi csapda, stigma, közösségi alapú ellátások

Abstract

As a social worker I have been working with people with mental illness for nearly a decade. I sought out to link guaranteed basic income in this social group with general life circumstances, employment opportunities, social services and social work. I discuss guaranteed basic income as a social worker and not on the basis of published literature or calculations. I do not write in the usual way – by listing the well known pro and contra arguments. I am examining how guaranteed basic income could potentially improve the life of a disadvantaged social group – in this case people with mental illness.

In this study, I write whether the guaranteed basic income as an utopian idea is able to stir up stigmas. I am going to illustrate the main characteristics of people with psychiatric illness, their social perception, their chances of employment and their financial benefits by presenting four cases. Then, in the second part, I summarize the concepts and elements of guaranteed basic income and the possible consequences of introducing guaranteed basic income for people with psychiatric illness. Furthermore, I examine the issues around guaranteed basic income and services, and the role of social work as well.

Keywords: guaranteed basic income, psychiatry, unemployment trap, stigma, community based services

Bevezetés

Közel tíz éve dolgozom szociális munkásként mentális problémával élőkkel, így az alapjövedelem kérdését igyekszem összekötni egyrészt ennek a társadalmi csoportnak a helyzetével, foglalkoztatási esélyeivel, ellátásaival, másrészt a szolgáltatásokkal és a szociális munkával. Szociális munkásként – szakirodalmi források és nem számítások alapján – írok az alapjövedelemről, némileg (persze nem egészen) komolyan véve Parijs (2010) állítását, miszerint a szociális munkásoknak a közgazdászokénál jellemzően nagyobb rálátásuk van a hagyományos támogatási rendszerek problémáira, mint például a munkanélküliségi csapdára (Van Parijs 2010).

Írásomban azt igyekszem végiggondolni, hogy erre a marginalizált, többszörösen kirekesztett csoportra milyen hatással lenne az alapjövedelem. Mennyivel javulna jövedelmi helyzetük, változna-e valamit az életszínvonaluk, életminőségük, társadalmi megítélésük? Esetükben megszüntethető-e a munkanélküliségi csapda az alapjövedelem bevezetésével? Képes lenne-e az új rendszer érzékelhetően fellazítani a bebetonozott stigmákat?

Elsőként összegzem a pszichoszociális fogyatékkal élők főbb jellemzőit, társadalmi megítélésüket, foglalkoztatási esélyeiket és pénzügyi ellátásaikat, illetve négy esettel illusztrálom a – bizonyos szempontból – tipikusnak mondható „életutakat”. A tanulmány második részében az alapjövedelem koncepcióit, elemeit összegzem, valamint azt, hogy az alapjövedelem bevezetése milyen lehetséges következményekkel járna a pszichiátriai betegséggel élőkre. A fejezetben vizsgálom az alapjövedelem és a szolgáltatások kérdéskörét és a szociális munka szerepét.

1. A közöny. A mentális betegséggel élők társadalmi megítélése munkaerőpiaci helyzete és életútjai Magyarországon

1.1. A mentális betegséggel élők jellemzői és társadalmi megítélése

A mentális problémával élők a társadalom számkivetettjei. Évszázadok óta olyan erős stigmák tapadnak hozzájuk, melyek lebonthatatlanok, és lebontásukra sem a társadalom, sem a pszichiáterek nem törekednek. Ők azok, akik veszélyesek, fecsegésükkel zavarnak, eltérnek a normálistól, ezért meg kell őket különböztetni, akár elzárni. (Mert fontos magunkat megkülönböztetni, és a normálisok közé tartozni.)

A mentális problémával élők érdekérvényesítő képessége gyenge, talán a leggyengébb a magyar társadalomban. A pszichoszociális fogyatékkal élők munkaerőpiaci esélyei minimálisak, a szociális szolgáltatásokhoz nem férnek hozzá. Ez a társadalomból, a közösségből való teljes kizárásukat jelenti.

A pszichiátriai beteg kifejezés elsősorban az egészségügyben használatos. Az 1960-as években az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kezdeményezésére született meg a Betegségek Nemzetközi Osztályozása, melynek jelenleg a tizedik kiadása érvényes (BNO-10). A BNO szerint a mentális betegségek az V. főcsoportba tartoznak, és az F jelzésű kódot kapták. A nagy pszichiátriai kórképeket, mint a skizofréniát az F20-29, a depressziót az F30-39, a szorongásos megbetegedéseket az F40-43 kóddal jelzik (Robertson, Katona 1997).

A szociális ágazatban a pszichiátriai vagy mentális betegséggel élő kifejezések használatosak, amelyek szintén erős stigmahozammal bírnak. (A tanulmányban a mentális betegséggel vagy pszichoszociális fogyatékkal élő kifejezés használatát részesítem előnyben.) Ez inkább utal

arra, hogy a szociális ellátások a betegség mentén jelentkező szociális problémákkal foglalkoznak. A betegség tünetei szinte teljes társadalmi izolációt okoznak: munkahely és családi kapcsolatok elvesztése, társas kapcsolatok hiánya, lakhatási problémák, jövedelmi szegénység, többdimenziós kirekesztettség.

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint Magyarországon a pszichiátriai gondozókban nyilvántartott gondozottak száma 2010-ben 136 800 fő, 2014-ben 145 200 fő volt (a teljes népesség mintegy másfél százaléka) (KSH 2014). 2014-ben a felnőtt pszichiátriai gondozók az 1 104 000 fős éves betegforgalom mellett 15 452 új beteget regisztráltak. 2018-ra egymillió fő alá (964 ezer fő) csökkent a betegforgalom, a gondozásba vett új betegek száma 11 135 fő volt (http1). Arányát tekintve e népesség ugyan csekélynek tűnhet, társadalmi helyzete azonban súlyos problémákat vet fel. A Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) 2013-as beszámolója alapján az új igénybejelentésen alapuló vizsgálatok között a BNO 21 főcsoportja közül az orvosszakértői minősítésekben, vezető diagnózisként évek óta a harmadik helyen állnak az V. főcsoporthoz tartozó betegségtípusok (10 000 fő munkavállalási korú népességre számolva 2011-ben 6,4 százalék, 2012-ben 5,5 százalék volt az arányuk) (NRSZH 2013). A felülvizsgálatok között a BNO V. főcsoportja, vagyis a mentális és viselkedészavarok szerepeltek leggyakoribb vezető diagnózisként.

A pszichiátria humanizálódott és professzionalizálódott a rendszerváltást követően. Számos érdekképviseleti és jogvédő szervezet létesült azóta, de a betegekről és a betegségről kialakult társadalmi kép nem nagyon változott. Továbbra is úgy tartják sokan, hogy a mentális betegséggel élők veszélyesek a társadalomra, elzártnak, kizárólag gyógyító tevékenységgel kell őket kezelni.

Foucault (1955) szerint minden kultúra érzékeny bizonyos viselkedési formákra, amelyeket nem tud pontosan meghatározni. Ennek következtében különösképpen foglal állást róluk: valami olyan különbözőség, ami miatt meg kell őket különböztetni, e köré épül az összes kirekesztő intézkedés. Minden kultúrának megvan a saját küszöbe, és a 19. század közepe óta az elmebetegség érzékelése esetében ez a küszöb lényegesen alacsonyabbra került (nem kapcsolódik orvosi tudatossághoz). Eszerint az elmebetegeket fel lehet ismerni orvosi diagnózis nélkül. Vannak kultúrák, például az Egyesült Államokban, ahol türelmetlenebbek az emberek, itt magasabb a küszöb. És vannak olyanok is, mint Japán, ahol türelmesebbek, az elmebetegség kórházi kezelése nem szabály, az ellátás inkább a család feladata. A türelem határai és a küszöb az, amely adott kultúrában meghatározza az elmebetegek megítélését és életét (Foucault 2000). Magyarország a türelmetlenebb országok közé tartozik.

Durkheim (1985) szerint egy társadalomban azok a jelenségek tekinthetők kórosnak, amelyek az átlagtól eltérnek. Durkheim a pszichiátriai betegséget negatív szempontból vizsgálja, nem tudja megragadni a betegség pozitívását. Szerinte a társadalom nem akarja felismerni saját magát a „betegben”. Amint felismeri a betegséget, kizárja azt a társadalomból. Az orvosi diagnózis csak ráerősít arra a tényre, hogy a beteg az átlagtól eltér és a viselkedése deviáns (Durkheim 1985).

Gerevich József (1983) pszichiáter szerint az „elzárások” következtében a társadalom hierarchikus struktúrája újra és újra felépül. A társadalom korlátlan hatalommal ruházza fel a pszichiátereket, és ők élnek is vele: „[...] a társadalom egyenlőtlenségi viszonyait reprodukálja azzal, hogy az osztályt hierarchikusan építi fel, autoriter döntéseket hoz, hivatalos pecsétet, stigmát üt a társadalom által kijelöltek sorsára” (Gerevich 1983: 102). A társadalom megbízható és jó munkáltatónak bizonyul, az már csak a pszichiátereken múlik, hogyan bánnak ezzel a

mandátummal, hatalommal. A pszichiátriai beteg „előnyös” is lehet a társadalom számára, mert a betegsége felmenti a társadalmat a felelősség alól, ezáltal a „többségi társadalom” működése zavartalanra válik. A beteg azáltal, hogy „kiemelkedik”, mentesül ugyan a társadalom kínzó elvárásai alól, de ismét a hatalom erőszakrendszerével találja magát szemben: „ismét felveszi a reménytelen küzdelmet és elbukik” (Gerevich 1983: 103).

1.2. A mentális betegséggel élők foglalkoztatási esélyei és pénzbeni ellátásaik

Magyarországon a mentális problémával élőknek – ahogy erről már szó volt – erős stigmatizációval kell szembenézniük. A zárójelentésre pecsételt stigma az ember életét végig tudja kísérni – mert ez a „pecséték országa”.

A diagnózis után megkezdődik a fokozatos társadalmi izoláció. A leszakadás útján az első mély szakadék a munkahely elvesztése. A hosszú távolmaradás, a betegállomány és a félelem az, ami miatt a munkaadók megválnak mentális beteg alkalmazottaiktól. Majd lemorzsolódnak a barátok, a rokonok, csak a szűk család (vagy talán az sem) marad meg támogató háttérként. A munka és a társas kapcsolatok hiánya fokozhatja a betegség tüneteit, így a felépülés kevésbé vagy egyáltalán nem sikeres.

A nyílt munkaerőpiacon munkát vállaló, pszichoszociális fogyatékossgal élők számáról nem áll rendelkezésre adat. Feltételezhető, hogy kevesen vannak. Ők a „szerencsésebbek”, akiknek a betegsége nem lépik át a társadalom ingerküszöbét, illetve a kórházi kezeléseik során sem hospitalizálódtak. Ők igénybe vehetik a személyi adókedvezményt. A törvény szerint¹ a tartós betegség vagy fogyatékossg – jelen esetben a pszichoszociális fogyatékossg – csökkenti a magánszemély adóalapját. Olyan jövedelemtámogatásról van szó, amely keresethez, jövedelmi küszöbhez kötött. A negatív jövedelemadónak pedig éppen az a problémája, hogy csak a dolgozók vehetik igénybe, a legszegényebbek nem férnek hozzá (Gans 2014). Amennyiben valakinek a pszichiátriai betegsége olyan tartósan fennálló egészségkárosodást eredményez, hogy munkavégző képessége csökken, megváltozott munkaképességük ellátására jogosult.²

Magyarország az Alaptörvényben és a 2006-ban aláírt, a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezményben³ biztosítja és elismeri a fogyatékossgal élőknek a szabadon választott és elfogadott munka általi megélhetés lehetőségének jogát, melyhez befogadó és hozzáférhető munkaerőpiacot biztosít. Magyarországon a 2011-es népszámlálás szerint a 15 éves és idősebb fogyatékossgal élő népesség száma – beleértve a mentális betegséggel élőket – 490 578 fő volt, és csupán 13,4 százalékuk volt foglalkoztatott (65 581 fő) (http2).⁴ 2015 első negyedében a 19–64 éves, megváltozott munkaképességű népesség foglalkoztatási aránya 20,8 százalék, munkanélküliségi rátája 18 százalék volt. Lemaradásuk igen jelentős: a nem megváltozott munkaképességűek közel háromnegyede (72,2%) volt foglalkoztatott és 7,3 százaléka munkanélküli (http3). A naprakész nemzetközi összehasonlítás adathiány- és módszertani eltérések miatt nehézkes. Az EU munkaerő-felmérése 2011-ben külön modulban (EU-LFS AHM), egységes definíció szerint vizsgálta a 15–64 éves fogyatékkal élő népesség munkaerőpiaci helyzetét. Foglalkoztatási rátájuk akkor (2011) Magyarországon volt a

1 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról.

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

3 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív jegyzőkönyv kihirdetéséről.

4 KSH Népszámlálás 2011 adatai alapján.

legalacsonyabb (23,7%) az EU-tagállamok között, az uniós átlag 47,3 százalék (http4). A Gyulavári Tamás és Nagy Katalin (2019) által hivatkozott adatok (EU-SILC EDB 2016) szerint Magyarországon 2012 és 2016 között 28,3 százalékról 41,6 százalékra emelkedett a 20–64 éves fogyatékkal élő népesség foglalkoztatási aránya (Gyulavári, Nagy 2019). Ezzel csökkent lemaradásunk; az EU-átlag 48,1 százalék volt 2016-ban (Grammenos 2018).

A 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól 2012. január 1-től megszüntette a korábbi rokkantsági rendszert. Ez nagy érvágás volt az érintettek számára, sokan elveszítették az ellátásukat. Azoknak, akik nem akadtak fenn az NRSZH kötelező felülvizsgálati szűrőjén, számos további veszteséggel kellett szembenézniük (pl. nyugdíjas kedvezmények elvesztése). Az új komplex rehabilitációs rendszer két kategóriát és „nyugdíjszerű” ellátást állapít meg. A rehabilitációs ellátást maximum három évig azok kapják, akiknek a foglalkoztathatósága rehabilitációval helyreállítható. Rokkantsági ellátásban azok részesülnek, akiknek a rehabilitációja nem javasolt vagy nem rehabilitálható. Az ellátások mértéke a nyugdíjminimum összege (28 500 Ft/hó) vagy annak legfeljebb háromszorosa lehet, az előző kereset függvényében.

A *rokkantellátás* mellett részmunkaidőben végezhető kereső tevékenység, ugyanakkor a 2014. január 1-jétől hatályos közös szabály szerint a rokkantsági ellátásban részesülő személy ellátását meg kell szüntetni, ha keresőtevékenységet folytat, és jövedelme három egymást követő hónapban meghaladja a mindenkori minimálbér 150 százalékát.⁵

A *rehabilitációs ellátásban* részesülők szintén rosszul jártak. Szerény jövedelmük nincs biztonságban, két-három évente orvosszakértői bizottság előtt kell „bizonyítaniuk”, hogy egészségük továbbra is károsodott, állapotuk nem javult. Az ellátás összege alacsony ahhoz, hogy a munkavállalás ellen ösztönözzön, viszont csak heti 20 órában lehet mellette munkát végezni. Ha ezt az időtartamot meghaladja a keresőtevékenység, az ellátás elveszíthető.⁶ Továbbá az ellátással nem járnak a korábbi rokkantnyugdíjas kedvezmények, így a munkába járás költségei is sokat nyomnak a latban. Ez (szintén) csapdahelyzetet teremt.

Lehetőség van (nem sok) a nyílt és a védett munkaerőpiacon dolgozni. A mentális problémával élők foglalkoztatottságának elősegítése érdekében az állam különböző ösztönzőket nyújt a munkáltatók részére. Ilyen például a rehabilitációs hozzájárulás, a bér- és költségtámogatás, az adókedvezmény és a rehabilitációs foglalkoztatás. A kedvezmények igénybevételéhez igazolni kell a jogosultságot: teljes orvosszakértői vizsgálatot kell bemutatni, amely részletesen leírja az állásra pályázó pszichiátriai karrierjét. Ezáltal a munkáltató olyan információk birtokába jut, amelyek egyrészt személyiségi jogokat sértenek, másrészt erősen befolyásolják döntését. A diagnózis kerül előtérbe, nem az alkalmasság.

A rehabilitációs ellátás megállapításához szükséges munkaviszonnal (százalékponttal) nem rendelkező egészségkárosodottak *aktív korúak foglalkoztatást helyettesítő támogatásában* részesülhetnek munkaképességük csökkenésének mértéke alapján. A támogatást addig folyósítják, amíg az egészségkárosodás fennáll, vagy amíg a jogosult munkába nem áll. Ez súlyos munkanélküliségi csapda. Füredi János (1979) pszichiáter szerint a pszichiátriai betegség az

5 A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény 13. § (2) bekezdés d) pontja alapján.

6 A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény 7. § (4) bekezdés a) pont alapján.

esetek többségében hosszú lefolyású, olykor gyakori visszaesésekkel járó betegséget jelent, ezért a támogatás igénylői inkább választják a nagyon alacsony összeget, mint a bizonytalanságot. A munka, munkavállalás olyan stresszel jár a számukra, amely betegségük rosszabbodásához vezethet, így kevésbé tudnak helyt állni a nyílt munkaerőpiacon. Kudarcot kudarcra halmoznak, önbecsülésüket teljes mértékben elveszítik. Ennek következtében talán sosem fogják megszerezni a megváltozott munkaképességük ellátásához szükséges munkaviszonyt. Egészségük pedig nem olyan mértékben károsodott, hogy védett munkahelyen alkalmazták őket (Füredi 1979).

1.3. Foglalkoztatási esélyek, „életutak” pszichiátriai diagnózissal – esetek a szociális munkából

A következőkben a munkám során megismert, négy különböző típusú „pályát” vázolok fel röviden összefoglalt esetekkel, elsősorban arról, hogy milyen munkaerőpiaci esélyek, jövedelmek, „életutak” várnak egy pszichiátriai diagnózissal élő emberre a jelenlegi rendszerben.⁷

Eset 1: Tibor 48 éves, skizofréniában szenved. Több mint 10 éve dolgozik postásként. Betegsége akkor kezdődött, amikor felesége elhagyta, így ő nevelte fel egyedül lányukat. Tibor nem akarta „leszállékoltatni magát”, mert abból a kevés jövedelemből nem jöttek volna ki ketten, így folyamatosan a nyílt munkaerőpiacon keresett állást. Nehéz dolga volt, hiszen a gyógyszeres terápia ellenére pozitív tünetei megmaradtak, folyamatosan hangokat hall, üldöztetéses téveszméi időnként felerősödnek. Végül a postán talált magának állást, ott nem „zavaró” Tibor jelenléte, hiszen csak kevés időt van munkatársai között, a nap legtöbb részében egyedül kézbesít. Tudja, hogy igénybe vehetné a személyi adókedvezményt betegsége után, de tart attól, hogy elbocsátják, ha kitudódik ez a munkahelyén. Mégis a „szerencsésebbek” közé tartozik: nyílt munkaerőpiacon dolgozik. Stigmatizált betegsége miatt azonban nem igényli az adókedvezményt. A „titok megőrzése” többet ér.

Eset 2: Gergő 32 éves. 16 éves korában diagnosztizálták nála a kényszerbetegséget szorongásos tünetekkel. A középiskolát betegsége miatt nem tudta befejezni. Kényszerei annyira befolyásolták az életét, hogy a lakásból nem tudott kijönni. Édesanyjával él együtt, aki pedagógus. Szerény jövedelemből élnek egy 2 szobás XIII. kerületi lakásban. Gergő 18 éves korában a skizofréniát is megkapta. Abban az időben rengeteget feküdt kórházban, ott javasolták neki a „leszállékolást”, amit most már megváltozott munkaképességük ellátásának neveznek. Jelenleg rokkantellátást kap, melynek összege 28 500 forint havonta, mivel nem volt korábban munkaviszonya, amely emelhetné az összeget. Viszont ha 3 hónapnál tovább dolgozik, az ellátását megszüntetik. Gergő próbálkozott védett munkahelyen elhelyezkedni, de nem járt sikerrel. Egyrészt a védett munkahelyek sem foglalkoztatnak előszeretettel mentális betegséggel élőket, egyrészt „kiszámíthatatlanságuk” miatt, másrészt azért, mert olyan monoton (általában csomagolási) munkát ajánlanak, amibe tényleg beleőrül az ember. Emellett az sem könnyű helyzet, hogy a mentális beteg végzettsége és képessége ennél előrébb mutat. Gergő kénytelen a 28 500 forintos jövedelméből „megélni”, aminek következtében kirekesztődik számos olyan lehetőségéből, amelyek akár betegsége tüneteit is enyhíthetnék. Ráadásul a nyugdíjminimum összegéért háromévente az NRSZH orvos szakértői vizsgálatán be kell bizonyítania, hogy valóban „őrült” (persze ezért mindent meg is tesz). Gergőnek sosem voltak barátai és barátnői. Édesanyjával nagyon szoros a kapcsolata. A családban eluralkodott a patológia Gergő betegségét követően. A folyamatosan az eltartott és gyerekszerepben élő 32 éves Gergő kénytelen

⁷ A neveket természetesen megváltoztattam.

beletörödni abba, hogy nem lesz változás. Eközben az édesanya mindvégig „double bind”⁸ magatartást tanúsít, hol szabadulna már fiától, és azt várja, hogy önálló legyen, hol túlgondoskodó („overprotective parent”). Az önállóságához elsősorban megfelelő jövedelemre lenne szüksége, ugyanakkor Gergő az egészségkárosodás miatt sem a nyílt, sem a védett munkaerőpiacon nem állja meg a helyét. Élete megpecsételődött, amikor a rokkantsági ellátásra jogosulttá vált, munkavállalási készségeit elveszítette, új készségek tanulására nem képes (inkább a meglévők megtartására kell koncentrálni). Gergő görcsösen ragaszkodik „rossz állapotához”, mert jelenlegi, csekély ellátása elvesztésével az önállósodás egyetlen lehetősége szűnne meg teljesen.

Eset 3: Margit 47 éves, férjével és két gyermekével él együtt egy óbudai panellakásban. Kb. 20 évig óvónőként dolgozott. Élete során kétszer váltott munkahelyet. Az első munkahelyét azt követően hagyta ott, amikor kiderült, hogy bipoláris depresszióban szenved. A hosszas kórházi tartózkodást követően hat hónapig táppénzen volt, majd munkanélküli ellátásban részesült. Amikor javult az állapota, visszatért dolgozni, szerencséjére a közeli óvodában állást kapott. Margitnak hosszú évekig sikerült titkolnia betegségét, a mánia és a depresszió tünetei enyhék voltak. Az utolsó években viszont nem bírta a nyomást, így a tünetek újra elhatalmasodtak rajta. Sikertelen öngyilkosságot követett el, a gyerekei találtak rá otthonában. Azt mondta, nehezen birkózott meg a sok sajátos nevelési igényű, óvodás gyerekekkel. Segítséget nem kapott, így a stressz súlyosbította betegségét, a mánia ismét lángra kapott. A hosszú kórházi kezelés után 6 hónapig táppénzen volt, ekkor munkahelye közös megegyezéssel megvált tőle. Akkor a még létező rehabilitációs járadékot igényelte, hiszen egészségkárosodása ezt lehetővé tette, és ennek az összege magasabb volt a munkanélküli ellátásnál (a járadék 3 évig járt, és viszonylag magas jövedelmet jelentett). Margit kezdetben lelkesen keresett munkát a nyílt munkaerőpiacon, de úgy érezte, óvónőként nem tudna tovább dolgozni. A munkakeresés felhagyásában az is közrejátszott, hogy a rehabilitációs járadék nem ösztönözte arra, hogy ismét munkába álljon. Az otthonlét pedig nem tett jót neki. Férje vált a fő pénzkeresővé, amit szeretett hangoztatni; mindez átrendezte a családi viszonyokat. Margit felvette a háziasszony szerepet, kizárólag anyaként „funkcionált”. A harmadik évben – az ellátásra való jogosultság végén – Margit önbizalmát és szociális készségeit is elvesztette, már nem tartotta magát képesnek arra, hogy eredeti szakmájában dolgozzon. Ezt követően a „leszázalékolást” választotta, amely alacsony, de biztos megélhetést jelentett. Jövedelemkiegészítésként bébiszitteri munkát vállalt feketén, ami nem növeli sem a nyugdíjazásához szükséges szolgálati időt, sem az átlagjövedelmet. Margit a „leszázalékolás” összes lépcsőfokát megjárta. Esetében látszik, hogy az ellátások inkább ellenőrzőleg hatottak a munkavállalásra. Elsősorban azért nem vállalt munkát, mert a juttatás összege magas volt, és munkavállalással sem lett volna sokkal több jövedelme (viszont keletkeztek volna munkával kapcsolatos kiadások). Az ellátásban töltött hosszú évek nem kedveztek Margitnak, önbecsülése romlott, motivációi alábbhagytak. A család szerkezete felbomlott, a nemi szerepek szerinti munkamegosztás erősödött azáltal, hogy Margit jövedelme fokozatosan csökkent.⁹

Eset 4: András 24 éves, skizofrén beteg. Egyedül él édesapjától örökölt lakásában, édesanyja szintén korán elhunyt. András a jogi egyetemre járt, a második évben kezdte magát „furcsának” érezni, tanulmányi eredménye óriásit romlott. A negyedik szemesztert nem tudta elvégezni. Az utcáról szállították be a mentők zavart viselkedése miatt. 21 évesen sorsa megpecsételődött. A kórházi tartózkodást követően próbált a nyílt munkaerőpiacon elhelyezkedni, de munkakeresései

⁸ Double bind (kettős kötés): önellentmondást tartalmazó kommunikáció.

⁹ Lásd erről: Elgarte 2010.

kudarcba fulladtak. Néhány hónapot dolgozott egy gyorsétteremben, de nem bírta a tempót, és kilépett. Álláskeresési támogatásra nem volt jogosult, ezért – hogy jövedelemre tegyen szert – a megváltozott munkaképességük ellátását igényelte. Az orvosszakértői vizsgálat egészségkárosodottnak minősítette, de sem rokkant-, sem rehabilitációs ellátást nem kapott, mivel nem volt korábban munkaviszonya. Ennek következtében, egészségkárosodása miatt az aktív korúak ellátását igényelte. Ehhez számos bürokratikus intézményen kellett keresztüljutnia: meg kellett szerezni a szükséges igazolásokat, és bizonyítani kellett, hogy skizofrén, munkára nem alkalmas. Az örökölt ingatlant kisebbre cserélte, hogy lakását fenn tudja tartani, a különbözetből pedig kiegészíti havi jövedelmét (26 220 forint). Andrásnak lehetősége lenne védett munkahelyen dolgozni, de csak 4 órában, ami a nettó 73 800 forintos minimálbér (2016) mintegy felét jelentené (néhány ezer forinttal kapna többet, mint az aktív korúak ellátása). További érvek a munka ellen, hogy bérletet kellene vennie (kb. 10 ezer forint), így nagyjából semmivel nem maradna több, mintha nem dolgozna. Az aktív korúak ellátása mellett viszont igényelheti a kedvezményes BKV-bérletet (3500 forint). Összességében tehát András egyáltalán nem motivált a munkakeresésben. Tudja, hogy amíg betegsége fennáll, addig ezzel a kevés, de biztos pénzzel számolhat. Ugyanakkor túl fiatal még ahhoz, hogy ehhez a helyzethez kondicionálódjon; perspektíva nélkül viszont nagy eséllyel így éli le az életét. Lakását addig cserélgeti majd kisebbre, amíg hajléktalanszálló vagy pszichiátriai betegek lakóotthona lesz az utolsó állomás. András még nem vesztette el munkavállaláshoz szükséges készségeit, de ezek hosszú távú fenntartása, fejlesztése speciális aktív munkaerőpiaci eszközök nélkül elképzelhetetlen. A munkaügyi központok és a családsegítők álláskereső tréningjei erre nem alkalmasak, jellemzően nem igazodnak a megváltozott munkaképességük igényeihez (ami nélkül a rehabilitáció nem lehetséges). A munkám során megismert fogyatékkal élőknek nyújtott speciális munkaerőpiaci programok kevésbé hatékonyak, pályázati úton finanszírozottak, nem kiszámíthatóak, illetve inkább a „mennyiségre” és nem a minőségre törekednek.

2. Utópia... (?) Az alapjövdelem bevezetésének néhány lehetséges következménye a pszichiátriai betegséggel élőkre

2.1. Alapjövdelem – koncepciók, érvek, elemek

Az alapjövdelem bevezetése a világ számos országában időközönként felmerülő társadalompolitikai-politikai kérdés. A koncepció szerint adott ország állampolgárai, munkavállalástól és bármilyen egyéb feltételtől függetlenül, megélhetésük biztosítására egy meghatározott szintig elegendő jövedelmet kapnak.

Philippe Van Parijs az alapjövdelem egyik legtekintélyesebb szószólója a liberális igazságosságelméletből indul ki, és a „valódi szabadság méltányos elosztását követeli meg” (Van Parijs 2010: 22). Koncepciója szerint a közösség minden tagjának, egyéni alapon nyújtanának megélhetést biztosító, azonos összegű jövedelmet, amely szabadon felhasználható, nem kötött a munkavállaláshoz. Az univerzális ellátás – a jövdelem és munkateszt elhagyásával – az alacsony jövedelmű, segélyezett, „ellátott” csoportoknak kedvezne abból a szempontból, hogy igénylése nem megalázó, nem stigmatizáló. Parijs szerint az alapjövdelem megszüntetné a munkanélküli csapdákat, a kizsákmányolást és a rossz munkahelyek bővülését (Van Parijs 2010).

Herbert J. Gans (2014) szerint az alapjövdelem gyógyír lehet a munkaerőpiacra, hiszen a szegénység szívós fennmaradása és a stagnáló bérek azt jelzik, hogy a jövő gazdaságában nem lesz mindenki számára munka, sokaknak más jövdelemforrásból kell megélniük. Gans

elgondolása talán utópisztikus elképzelésnek tűnhet: a gazdaságból való részesedésként minden felnőtt állampolgár garantált állami létminimumot kapjon, ezáltal biztosított legyen munkavállalás nélküli megélhetésük. Az alapjövedelem leginkább támadott pontja, hogy ellenőszöntzöt jelent a munkavállalásra, és azok is kapnák, akik nem dolgoznak, különösen a munkaképes munkanélküliek. Az „érdemtelen szegény” kategória használata az elmúlt években (ismét) felerősödött. Gans a támadásokat úgy védené ki, hogy az alapjövedelem folyósítását nem egy segélyezési vagy szegénységellenes szervezetre bízna, hanem egy olyan intézményre, amely a középosztályt széles körben szolgálja ki, mint például a nyugdíjfolyósító vagy az adóhatóság (Gans 2014).

Mückenberger, Ostner és Offe (2010) szerint az alapjövedelem bevezetése szociálpolitikai szükségyszerűség, mivel a társadalom egyre több tagja számára csökken a fizetett munka jelentősége a létfenntartás biztosítása szempontjából. Az állástalanok száma folyamatosan nő, kilátásaik egyre rosszabbak. A munkaerőpiac egyre kevesebb „normális munkakörülmények” között végzett bémunkát tud biztosítani. Ezáltal növekednek azok a foglalkoztatási formák, amelyekben a fizetett munka és a létfenntartás kapcsolata bizonytalan. Mückenberger és szerzőtársai szerint az alapjövedelem képes lenne fenntartani a fizetett munkára való ösztönzést, és „el lehetne kerülni vele a segélyezési rendszer elszegényítő és megosztó tendenciáit” (Mückenberger, Ostner, Offe 2010: 43). A jóléti állam és a szociálpolitika hagyományos intézményeinek válságára az egyik megoldás az alapjövedelem, amely akkor lehetne eredményes, ha „csomagmegoldásban valósulna meg” (Mückenberger, Ostner, Offe 2010: 55). A teljes foglalkoztatási stratégiát illúzióknak tartják, így első elemként a munkaidő általános lerövidítését, másodsorban az informális szektor politikai ösztönzését és fejlesztését javasolják.

2.2. Az alapjövedelem főbb elemei és a pszichiátriai betegséggel élők „esetei”

Van Parijs (2010) szerint az alapjövedelem abban különbözik a garantált minimumjövedelem-rendszerrel, hogy előbbi a *közösség minden tagjának, azonos összegben és készpénzben* nyújt a létfenntartáshoz szükséges támogatást (Van Parijs 2010). Univerzális jellege miatt mindenki hozzájut, így a pszichoszociális fogyatékosokkal élők is mentesülnének a bonyolult és megalázó procedúrák alól. A mentális betegséggel élők nem lennének rákényszerülve arra, hogy – számos eszközzel, akár kórházi kezeléssel – folyamatosan fenntartsák annak látszatát, hogy állapotuk nem javul, sőt rosszabbodik (*mint Gergő esetében*). Az alapjövedelemmel megszűnne ez a „bizonyítási” kényszer, ami kivédené a hospitalizációs ártalmakat, és költséghatékonyabb is lenne (az egészségügyben a kórházi ellátás a legdrágább). Mindez azonban valószínűleg érzékenyen érintené a pszichiátereket, akik így kevésbé tudnának élni (esetleg visszaélni) a társadalom által „rájuk ruházott” hatalommal.

Azzal, hogy az alapjövedelem *egyénilag mindenkinek* járna, megszűnnének (gyengülnének) a háztartáson belüli függőségi viszonyok. Julieta Elgarte (2010) az alapjövedelem és a nemi szerepek szerinti munkamegosztás összefüggéseit vizsgálta. Megközelítése szerint az alapjövedelem koncepciója a nőket a férfiakéval egyenlő státuszba emelné, növelné a nők önbecsülését, amivel kiküszöbölhető lenne akár a családon belüli erőszak is (egy biztos és megfelelő szintű jövedelem elegendő lenne ahhoz, hogy a nőknek ne partnerük dominanciája alatt kelljen élniük) (Elgarte 2010).¹⁰ (*Talán Margiték családjában sem alakult volna ki ez az*

¹⁰ Elgarte, Julieta (2010): Az alapjövedelem és a nemi szerepek szerinti munkamegosztás összefüggései. *Esély*, 2010/5.

alárendeltségi, függőségi viszony.) Egy szerény, de elégséges jövedelem, amelyre a nők biztosan számíthatnak, növelné lehetőségüket arra, hogy kilépjenek rosszul működő párkapcsolatukból. Tehát az alapjövedelem megvédheti őket az elnyomástól és annak romboló következményeitől (Van Parijs 2010).

Van Parijs (2010) szerint az alapjövedelem *anyagi helyzettől függetlenül, azonos összegben* járna. A támogatás jövedelmi helyzettől függetlenül biztosított, illetve munkavállaláskor sem szakadna meg. Az alapjövedelem-koncepció egyik leginkább támadott pontja a *munkakötelezettség nélküli* folyósítás. El kell fogadni viszont, hogy a 21. században nem lesz (nincs) mindenkinek munkája, és azzal, hogy nincs munkateszt, a szegények számára jobb alkupozíciót teremtünk (Van Parijs 2010). *(Az alapjövedelem Andrást biztosan motiválná a munkakeresésben, hiszen több jövedelemre tehetne szert, és attól sem kellene tartania, ha állapota rosszabbodása miatt elveszíti munkahelyét, mert nem maradna bevétel nélkül, létfenntartása nem kerülne veszélybe.)*

Az alapjövedelem bevezetése Margitot, Gergőt és Andrást is munkavállalásra ösztönözné, hiszen nem kell a beteg státuszukat fenntartani, ahhoz, hogy szerény jövedelmüket megtartsák. A munkavégzés, akár terápiás, védett vagy nyílt közegben történik, minden esetben a mentális betegséggel élők állapotjavulását, felépülését segíti. A munkavégzés értelmet ad a mindennapoknak, strukturálja az időt, javítja az önértékelést, az önálló kereset pedig a társadalomban betöltött státuszt erősíti (Füredi 1979).

Ugyanakkor fontos kérdés az, hogy bár a mentális betegséggel élőket az alapjövedelem ösztönözheti a munkavállalásra, a munkaerőpiac elég nyitott lesz-e befogadásukra. Feltételezésem az, hogy a munkaerőpiac a jelenleginél nem lesz nyitottabb a mentális betegséggel élők számára. Ahhoz, hogy a bebetonozott stigmák enyhüljenek, megszűnjenek, az alapjövedelem mellett sok minden másra – többek között – szolgáltatásokra, szociális munkára is szükség van.

2.3. Alapjövedelem vs. szolgáltatások, a szociális munka szerepe

A másik fontos kérdést Barbara R. Bergmann (2010) teszi fel *Svéd típusú jóléti állam vagy alapjövedelem – melyik élvezzen prioritást?* című írásában (Bergmann 2010). Bergmann szerint a bőkezű jóléti állam és a nagy univerzális pénzbeli ellátások nem egyeztethetőek össze. Egyrészt azért nem, mert nem finanszírozhatóak, másrészt, mert a meritokratikus javakhoz (pl. oktatáshoz, egészségügyhöz) való hozzáférés közérdek. Az alapjövedelem pedig nem járulna hozzá a mennyiségi és minőségi szolgáltatások biztosításához, így ezeket sokan nem tudnák igénybe venni. „Bizonyos meritokratikus javak – mint például az oktatás vagy az egészségbiztosítás – elhagyása a családi költségvetésből nem jár nyilvánvalóan azonnali negatív következményekkel a családra nézve, ezért nagy a kísértés a kihagyásukra” (Bergmann 2010: 74). Az állam által nyújtott szolgáltatások híján pedig biztos, hogy lennének olyan emberek, akik nem férnek hozzá megfelelő szolgáltatásokhoz, ellátásokhoz.

Magyarországon a pszichiátriai ellátórendszer foghíjas. Számos kutatás, jelentés és tanulmány (pl. ASZ 2012; Füredi 2007; Harangozó et al. 2001) született arról, hogy a mentális betegséggel élők egészségügyi és szociális közösségi alapú ellátásai hatékonyan tudnának részt vállalni a mentális betegséggel élők gondozásában. A szolgáltatások száma azonban még mindig alacsony, területi eloszlásuk egyenlőtlen. További probléma, hogy a paternalista szemlélet

következményeként az egészségügy nem tekinti partnerének a szociális ellátást, így inkább működnek egymás mellett, mint együtt.

Az Állami Számvevőszék jelentéséből (2012) kiderül, hogy a pszichiátriai ellátáshoz való hozzáférés területileg nagyon egyenlőtlen. Heves megyében 1,2 ágy jut tízezer lakosra, míg a dél-alföldi megyékben (Bács-Kiskun, Csongrád, Békés) ennek mintegy háromszorosa. Gyermekpszichiátriai ellátás az ország három régiójában egyáltalán nincs. A kapacitások elosztása, az ellátási rendszer területileg egyenlőtlen, nem igazodik a szükségletekhez (ÁSZ 2012). A Szociális Ágazati Portál 2012-es adatai szerint¹¹ Magyarországon 84 darab pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi ellátás működik átlagosan 40 igénybe vevővel. A portál ellátási térképe jól mutatja, hogy a szolgáltatás erősen Budapestre koncentrálódott, a vidéki szolgáltatások többsége társulásban működött, és nagyon sok olyan település van, ahol meg sem kísérelték az ellátás biztosítását ([http5](http://5)). Az országos pszichiátria bezárásával párhuzamosan csökkent a kórházak aktív pszichiátriai ágyainak száma, közben a járóbeteg ellátás OEP-finanszírozása a felére esett vissza. A szociális alapellátásokra (nappali és közösségi ellátásra) fordított összeg 2006 és 2010 között némileg emelkedett, azóta változatlan, illetve a szolgáltatások területileg továbbra is egyenlőtlenek (ÁSZ 2012).

Bergmann (2010) megközelítését a magyarországi viszonyok között értelmezve, kérdés, hogy az alapjövedelem bevezetése mellett központi költségvetésből továbbra is finanszírozhatóak lennének-e a meritokratikus javak. Amennyiben ezek piaci alapon működnének, kérdéses, hogy a pszichiátriai betegek hol és milyen minőségű szolgáltatásokhoz tudnának hozzáférni, milyeneket tudnának vásárolni. Egyáltalán tudnák-e, hogy ezek megvásárolhatók, és kérdés az is, hogy igénybe vennék-e azokat? A fenti adatokból jól látszik, hogy mind az egészségügyi, mind a szociális szolgáltatások területi eloszlása egyenlőtlen. Feltételezésem szerint ez a helyzet akkor sem változna, ha ezek piaci alapon működnének. Ha elmarad a terápia, és a betegek teljes mértékben izolálódnak, akkor ismét „veszélyessé” válhatnak, átléphetik a társadalom ingerküszöbét, büntetésük pedig jó eséllyel az elzárás lenne. Mindez a „forgóajtós” rendszert erősítené, ami jelenleg is nagy költségeket ró az adófizetőkre.

A pszichiátriai betegséggel élőknek nyújtott közösségi alapú szociális szolgáltatásokban dolgozó szociális munkások nincsenek könnyű helyzetben. Az általuk és a rendszer által képviselt értékek közötti feszültség súlyos dilemmákhoz vezet. Dolguk, hogy sikeressé tegyék a szolgáltatást igénybe vevők társadalmi (re)integrációját, és érzékenyítsék a társadalmat, tágítsák tűrőképességének határait. Ugyanakkor mindeközben maguk a szociális munkások is hozzájárulnak a csapdahelyzetek kialakulásához; ők is a rendszer rabjaivá válnak. Az alapjövedelem és a meritokratikus javak egyidejű biztosítása egyértelműen enyhítené ezeket a szakmai feszültségeket (azok jelentős részét), a stigmákat azonban nem lenne képes az élet minden területén lebontani.

¹¹ Az adat 2012-es, de a kapacitásszabályozást követően nem lehet új közösségi alapú szolgáltatásokat létrehozni, így 2012-től nincs számottevő változás.

Összegzés

Frazer és Marlier (2010) a minimumjövedelmi rendszereket kategorizálták az EU tagállamaiban. Magyarországot a „meglehetősen egyszerű és nem kategoriális rendszerekkel rendelkező” tagállamok közé sorolták, amelyek minimumjövedelmi rendszerei „[...] igencsak korlátozottan alkalmazhatók és kevés pénzügyileg rászoruló emberre terjednek ki, gyakran amiatt, hogy a rászorultsági szintet alacsonyan határozzák meg” (Frazer, Marlier 2010: 93). Magyarországon az állam biztosít egyfajta minimumjövedelmet azoknak, akik átmenetileg vagy tartósan elveszítették munkaképességüket. Az ellátás igénylése azonban meglehetősen bürokratikus és megalázó procedúra, emellett nem ösztönzi a munkavállalást. A rendszer nagyon bonyolult, az emberek nem értik, nem ismerik, félnek a megbélyegzéstől, ezért egyes csoportoknak, mint a mentális betegséggel élőknek, korlátozott a hozzáférése az ellátáshoz. Az adminisztratív költségek magasak, a rendszer működtetése drága, így az állam az egyik oldalon pazarló, a másik oldalon szűkmarkú.

Az alapjövedelem bevezetése jótékony hatással lenne a mentális betegséggel élők helyzetére, mert az ellátásokhoz és szolgáltatásokhoz való hozzáférésüket segítené az, hogy nem tapadnak hozzájuk stigmák. A biztos jövedelem mellett elkerülhető lenne a munkanélküliségi csapda (ha erre van nyitott munkaerőpiac), illetve a munkavégzéssel töltött idő alatt nemcsak a jövedelmük emelkedne, de bővíteni tudnák kapcsolati hálójukat. Pontosan ezek az eszközök segítenék felépülésüket, oldódna társadalmi kirekesztettségük és izoláltságuk. Az alapjövedelem a szociális munkások feladatát is megkönnyítené. Rengeteg idejük felszabadulna (amit jelenleg leginkább az ellátások és segélyek igénylése tölt ki), amelyet így ténylegesen a szolgáltatást igénybe vevőkre lehetne fordítani annak érdekében, hogy önértékelésük javuljon, szociális és munkavállalási készségeik erősödjenek. A szociális munkások olyan munkát tudnának végezni, amelyre valóban szükségük van a mentális betegséggel élőknek.

A mentális betegséggel élők esetében nem elegendő egy biztos, szerény mértékű jövedelem. Felépülésükhöz nélkülözhetetlenek a szociális és egészségügyi szolgáltatások, amelyek egymásra épülve kellene, hogy működjenek. Az alapjövedelem bevezetése tehát nem mehet a meritokratikus javak rovására. Nyilván hatékony segítséget jelentene a mentális betegséggel élők társadalmi reintegrációjának egyes dimenziói terén, ugyanakkor a társadalmi stigmákat önmagában nem lenne képes feloldani, talán még fellazítani sem. Ebben elengedhetetlen szerepe van a szociális szolgáltatásoknak és a szociális munkának. A jelenlegi helyzetet tekintve viszont egyelőre marad a közöny...

Irodalomjegyzék

ÁLLAMI SZÁMVEVŐSZÉK (ÁSZ) (2012): Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről (2012. június).

http://www.weborvos.hu/adat/files/2012_julius/ASZ_jelentes_2012.pdf.

BERGMANN, R. B. (2010): Svéd típusú jóléti állam vagy alapjövedelem – melyik élvezzen prioritást? *Esély*, 5. 68–80.

http://www.esely.org/kiadvanyok/2010_5/04bergman.indd.pdf.

DURKHEIM, É. (1985): A társadalmi tények magyarázatához. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

ELGARTE, J. (2010): Az alapjövedelem és a nemi szerepek szerinti munkamegosztás összefüggései. *Esély*, 5. 61–67.

http://www.esely.org/kiadvanyok/2010_5/03elgarte.indd.pdf.

FOUCAULT, M. (2000): Elmebetegség és pszichológia – A klinikai orvoslás születése. Corvina, Budapest.

FRAZER, H., MARLIER, E. (2010): Minimumjövedelmi rendszerek az EU tagállamaiban. *Esély*, 5. 81–139.

http://www.esely.org/kiadvanyok/2010_5/05frazer.indd.pdf.

FÜREDI J. (1979): Terápiás közösség kialakítása és szociálpszichiátriai vizsgálata. Akadémiai Kiadó, Budapest.

FÜREDI J. (2007): A pszichiátria szociális érzékenysége. Medicina Kiadó, Budapest.

GANS, H. J. (2014): Alapjövedelem. Gyógyír a beteg munkaerőpiacra? *Esély*, 4. 76–84.

GEREVICH J. (1983): Terápiák társadalma társadalmak terápiája. Gondolat Kiadó, Budapest.

GRAMENNOS, S. (2018): European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities. Final Report, December 2018. ANED – Academic Network of European Disability Experts.

<https://www.disability-europe.net/downloads/995-task-1-2018-2019-statistical-indicators-eu2020>.

GYULAVÁRI T., NAGY K. (2019): European Semester 2018/2019 country fiche on disability. Hungary Report. ANED – Academic Network of European Disability Experts. <https://www.disability-europe.net/downloads/944-country-report-on-the-european-semester-hungary>.

HARANGOZÓ J. et al. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat* 11. (8–9). 573–586.

<http://www.elitmed.hu/folyoiratok/lam/0108/9.htm>.

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (KSH) (2015): Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2014. Központi Statisztikai Évkönyv, Budapest.

https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/egeszsegugyi_evkonyv_2014.pdf.

MÜCKENBERGER, U., OFFE, C., OSTNER, I. (2010): Az állam által garantált alapjövedelem: napjaink szociálpolitikai szükségszerűsége. *Esély*, 5. 42–60.

http://www.esely.org/kiadvanyok/2010_5/02muckenberger.indd.pdf.

NEMZETI REHABILITÁCIÓS ÉS SZOCIÁLIS HIVATAL (NRSZH) (2013): Beszámoló jelentés a Hivatal és a szakmai irányítása alá tartozó Szakigazgatási Szervek 2012. évi munkájáról. Budapest, 2013.

ROBERTSON, M., KATONA, C. (1997): Rövid pszichiátria. Springer, Budapest.

VAN PARIJS, P. (2010): Alapjövedelem: egy egyszerű és erőteljes gondolat a huszonegyedik század számára. *Esély*, 5. 9–41.

http://www.esely.org/kiadvanyok/2010_5/01parijs.indd.pdf.

Internetes hivatkozások

- http1 KSH STADAT tábla 2.4.6.
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek004.html
- http2 KSH Népszámlálási adatok, 2011.
http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/tablak/fogyatekossag/11_01_01.xls
http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/tablak/fogyatekossag/11_02_02_01.xls
- http3 KSH STADAT tábla 9.2.4., 2015.
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_megvamk9_02_04.html
- http4 EUROSTAT Statistics Explained.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Disability_statistics_-_labour_market_access
Eurostat Newsrelease 184/2014 - 2 December 2014
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6181592/3-02122014-BP-EN.pdf/aefdf716-f420-448f-8cba-893e90e6b460>
- http5 Szociális Ágazati Portál. <http://szocialisportal.hu/oszir>

Jogszabályok

2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív jegyzőkönyv kihirdetéséről

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

2/1994. (I. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről