

Kent Academic Repository

Full text document (pdf)

Citation for published version

Turnpenny (née Kozma), Agnes and Petri, Gabor and Bernat, Aniko (2020) Kiszolgáltatottság és stagnálás: fogyatékos emberek társadalmi helyzete a 2010-es években. In: Kolosi, Tamás and Szelényi, Iván and Tóth, István György, eds. Társadalmi riport 2020. Társadalmi Kutató Intézet, pp. 381-403.

DOI

Link to record in KAR

<https://kar.kent.ac.uk/84315/>

Document Version

Publisher pdf

Copyright & reuse

Content in the Kent Academic Repository is made available for research purposes. Unless otherwise stated all content is protected by copyright and in the absence of an open licence (eg Creative Commons), permissions for further reuse of content should be sought from the publisher, author or other copyright holder.

Versions of research

The version in the Kent Academic Repository may differ from the final published version.

Users are advised to check <http://kar.kent.ac.uk> for the status of the paper. **Users should always cite the published version of record.**

Enquiries

For any further enquiries regarding the licence status of this document, please contact:

researchsupport@kent.ac.uk

If you believe this document infringes copyright then please contact the KAR admin team with the take-down information provided at <http://kar.kent.ac.uk/contact.html>

Kiszolgáltatottság és stagnálás: fogyatékos emberek társadalmi helyzete a 2010-es években

Kozma Ágnes–Petri Gábor–Bernát Anikó

(In.: Társadalmi Riport 2020, szerk.: Kolosi Tamás, Szelényi Iván, Tóth István György, Budapest)

1. Bevezetés¹

A fogyatékosság nem csupán biológiailag, hanem társadalmilag is meghatározott fogalom: nemcsak egészségi, hanem társadalmi hátrányt is jelent. Ennek ellenére a fogyatékos emberek társadalmi helyzetét elemző átfogó, statisztikai elemző kutatások hagyományosan a társadalomtudományok peremvidékén helyezkednek el. A meglévő kutatások többsége általában egy adott aspektusból vizsgálja a kérdést, leggyakrabban például a munkaerő-piaci aktivitás vagy a sajátos nevelési igényű gyerekek oktatása, esetleg egy adott fogyatékos csoport szempontjából. A fogyatékos emberek teljes társadalmi csoportját érintő idősoros vizsgálatok azonban igen ritkák. Ez részben tudománytörténeti örökség (*Oliver, 1990; Goodley, 2011*): a fogyatékos emberekkel kapcsolatos társadalomkutatások döntő többsége a 20. század végéig az egészségpszichológia vagy szűkebben a rehabilitációs ellátások vizsgálata, esetleg terápiás beavatkozások kutatása terén történt, szinte teljesen kívül maradva a szociológiai vagy szociálpolitikai szempontú társadalomkutatások főáramán.

A fenti tudománytörténeti hiátusnak több oka van. Egyrészt a fogyatékos emberek társadalmi csoportja rendkívül heterogén: több, egymástól erősen eltérő igényű és helyzetű fogyatékosági ágat foglal magába (hallássérült, mozgássérült, látássérült, értelmi fogyatékos emberek, autisták, és újabban ide sorolódnak a „pszichoszociális fogyatékossgal élő” emberek is, akikre korábban pszichiátriai betegként hivatkoztak). Ezért a róluk szóló adatok is nehezen összevethetők. Például nagyon nehéz egyazon csoportban vizsgálni egy nagyvárosban élő siket értelmiségi munkavállaló és egy bentlakásos intézetben élő értelmi fogyatékos fiatal helyzetét. Habár az érzékelt társadal-

¹ A tanulmány *A fogyatékos emberek kirekesztésének változó és új mechanizmusai* című, a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap által finanszírozott kutatás része (Támogatói Okirat száma: K132293). A tanulmányban közölt megállapítások kizárólag a szerzők álláspontját tükrözik. Köszönetnyilvánítás: Köszönetet mondunk *Hudácskó Szilviának* az adatok összegyűjtésében és feldolgozásában nyújtott segítségéért.

mi stigma vagy egyenlő bánásmóddal kapcsolatos jogok mindkettejük esetében relevánsak, nemcsak életkörülményeik és társadalmi státuszuk különbözik, de a fogyatékoságból származó lehetőségeik és igényeik is.

Az átfogó kutatások hiányának másik oka az adatokkal kapcsolatos. A fogyatékos emberek társadalmi csoportjának statisztikai leírására hagyományosan három fő adatforrás kínálkozik (Bánfalvy, 2012): egyrészt az állami/adminisztratív adatbázisokban fellelhető adatok (pl.: társadalombiztosítási adatok); másrészt a népszámlálási adatok és egyéb központi statisztikai adatgyűjtések; harmadrészt pedig a fogyatékos emberek szervezeteinek tagsági nyilvántartása (elsősorban azoké, ahol a tagság állami kedvezményeket is biztosít). E három adatforrás közül mindegyik csak komoly óvatossággal kezelhető és egyik sem ad teljes képet a fogyatékos emberek teljes létszámáról, illetve a fogyatékoság előfordulásáról egy adott társadalomban.

A fogyatékos emberekkel kapcsolatos vizsgálatok, különösen az összehasonlításra törekvők további akadályokba is ütköznek. Az, hogy hivatalosan ki minősül fogyatékosnak, illetve ki tartozik egy adott kategóriába, legtöbbször diagnózis vagy valamilyen minősítés alapján dől el, nem pedig a megélt tapasztalat alapján. A diagnózishoz jutás pedig nem csupán az adott helyen és időben elérhető orvostani konszenzus vagy tudományos tudás kérdése, hanem jelentős mértékben gazdasági, politikai és kulturális tényezők is befolyásolják. Egy adott ország besorolási és szakigazgatási rendszere diagnosztikai és jogosultsági kategóriák megállapításával kapuőri funkciót gyakorol az erőforrások – javakhoz és szolgáltatásokhoz – való hozzájutás tekintetében (erre példa a rokkantsági ellátások rendszere). A diagnosztikai módszerek kulturálisan meghatározott, időben folyamatosan változó jellege is széles körben elfogadott (lásd például az autizmus történetét: Waltz, 2015); sőt kulturális minták befolyásolják azt is, hogy az érintett személyek keresik-e vagy épp ellenkezőleg, elkerülni igyekeznek diagnózisokat. Mindezen tényezők ráadásul nem csupán térben, azaz országonként, hanem időben is változnak (egyazon személy a jogosultsági feltételek változása miatt idővel ki- vagy bekerülhet bizonyos kategóriákba). Mindez jelentősen megnehezíti nemcsak a nemzetközi, de az idősoros összehasonlító elemzéseket is.

Tanulmányunkban e nehézségek figyelembevételével próbáljuk kitölteni a fent leírt hiátust és statisztikai adatok segítségével bemutatni a fogyatékos emberek helyzetét és az őket érintő társadalmi változásokat a 2010-es évtizedben. Vizsgálatunk célja elsősorban a fogyatékos emberek csoportjának egészét érintő adatok bemutatása, ám amennyiben releváns, egyes fogyatékosági ágakat jobban érintő folyamatokat közelebbről is elemzünk.

Az elemzés során igyekszünk feltárni, hogy az *ENSZ Fogyatékos emberek jogairól szóló egyezményének (ENSZ Egyezmény) 2007-es hazai ratifikálását*

követte-e bármilyen, adatokban megragadható változás azokon a kulcsterületeken, ahol ez (elvileg) jelentős szemléletváltást jelentett (például a bentlakásos szociális ellátások átalakítása és a cselekvőképességet korlátozó jogintézmények lebontása).

Az elemzés során elsősorban a Központi Statisztikai Hivatal *Szociális Évkönyveinek* 2010-es évekbeli adatsoraira, valamint a 2011-es népszámlálás és a 2016-os mikrocenzus fogyatékos emberek élethelyzetét bemutató adataira támaszkodunk, és amennyiben lehetséges, ezeket összevetjük nemzetközi adatokkal. Vizsgálatunk az alábbi tematikus területekre összpontosít: (1) demográfiai trendek; (2) iskolai végzettség; (3) egészségi állapot; (4) munkaerő-piaci helyzet; (5) szociális szolgáltatások; (6) jogi cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság.

Amikor a fogyatékoság társadalmi vetületeit vizsgáljuk, jellemzően nem az alapvetően természetes élettani folyamatokkal összefüggésbe hozható időskori biológiai változások és funkciócsökkenés jelenségével foglalkozunk, hanem a gyermekek és az aktív korú felnőttek helyzetével. A jelen tanulmány is ezt az elvet követi és az elemzést – néhány kivételtől eltekintve – a rendelkezésre álló adatok függvényében a 60, illetve 65 év alatti korosztályra összpontosítja, az egyes táblázatoknál, ábráknál pontosan jelezve, hogy melyik korcsoportra vonatkozik az adat.

2. Kiket tekintünk fogyatékos embernek Magyarországon?

A fogyatékos emberekre a köznyelv sokszor még napjainkban is „betegként” hivatkozik, és a fogyatékoság-károsodás-akadályozottság-betegség fogalmait nem válnak el egyértelműen a mindennapi szóhasználatban, sőt a statisztikai adatszolgáltatásban sem. Ez összefügg a fogyatékoság egyéni károsodást középpontba helyező megközelítésével, az úgynevezett medikális modellel (Goodley, 2011). Az 1980-as évektől ennek alternatívájaként jelentkező társadalmi modell „demedikalizálta” a fogyatékoság fogalmát, azáltal, hogy a társadalmi és gazdasági hátrányokat meghatározó szerepét hangsúlyozta (Oliver, 1990; Shakespeare, 2012). Napjainkban széles körben elfogadott az a megközelítés is, amely a fogyatékoságra az egyéni állapot és a környezeti tényezők dinamikus összefüggésrendszerében tekint. Ezen alapul a WHO fogyatékoság és funkcióképesség nemzetközi osztályozása, amely a károsodás (*impairment*), a tevékenységbeli akadályozottság (*activity limitations*), és a társadalmi részvételben való korlátozottság (*participation restrictions*) hármas felosztásán alapul (Könczei, 2009). A 2000-es évektől ez a konceptuális megközelítés – a „fogyatékoság”, tevékenységben „akadályozottság”, és

társadalmi részvételben való „korlátozottság” – vált a nagy statisztikai adatgyűjtések részévé.² Ezt használta többek között a KSH a 2011-es népszámlálás és a 2016-os mikrocenzus, valamint az Eurostat az *EU-SILC (EU Statistics on Income and Living Conditions)* és az *EHIS (European Health Interview Survey)* során, ezért ezeket a fogalmakat hasznos röviden áttekinteni.

A fogyatékoság számbavétele az adatgyűjtések során jellemzően önbesorolás és önbevallás alapján történik: „van-e valamilyen fogyatékosága”; „milyen fogyatékosága van”. A 2011-es népszámlálás során a teljes népességben 490578 ember vallotta magát fogyatékosnak, a 2016-os mikrocenzus szerint a fogyatékos emberek száma 408021 volt, közülük nagyjából minden második 60 év alatti (lásd a tanulmány *3.1. alfejezetét* később).

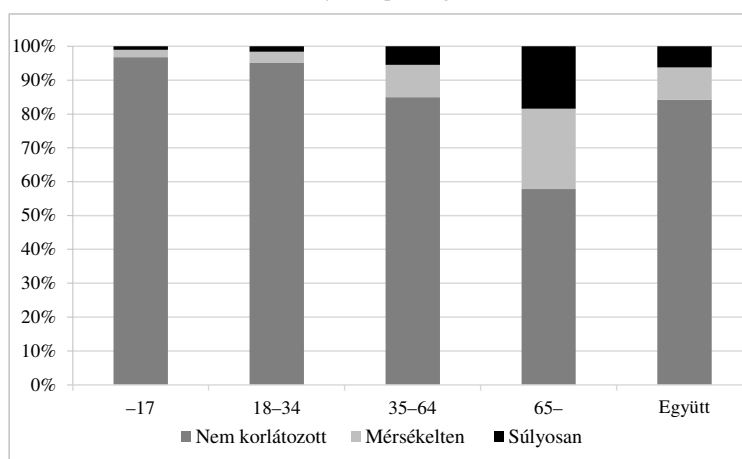
A fogyatékoságnál tágabb a tevékenységben akadályozottság fogalma. Ez a mindennapi tevékenységekben – járás, látás, hallás, kommunikáció, emlékezés/koncentráció, önellátás – való korlátozottság meglétére és mértékére vonatkozik. A 2016-os mikrocenzus szerint Magyarországon közel másfél millió ember mérsékelten vagy súlyosan korlátozott egy vagy több mindennapi tevékenységében tartós egészségi probléma miatt; az érintettek fele 65 év alatti és ezek harmada súlyosan korlátozott. Az *1. ábra* a népesség megoszlását mutatja az akadályozottság előfordulása és mértéke szerint.

A harmadik fő fogalom a részvételben való korlátozottság, amely a fogyatékoság társadalmi dimenziójára vonatkozik és a mindennapi élet főbb területeit foglalja magában, mint például a közlekedés, oktatásban és foglalkoztatásban való részvétel (lásd *1. táblázat*).

A három fogalom szorosan összefügg és jelentős átfedést mutat egymással. A mérsékelten vagy súlyosan akadályozottak sokkal nagyobb valószínűséggel vallják magukat fogyatékosnak, illetve a magukat fogyatékosnak vallók körében jóval magasabb az akadályozottak aránya. Hasonlóan, a fogyatékosok nagy többsége (80 százalék) korlátozva érzi magát a társadalmi részvételben, ám egy jelentős kisebbség (14 százalék) vallja, hogy fogyatékosága nem korlátozza (lásd *2. és 3. ábra*, valamint *1. táblázat*).

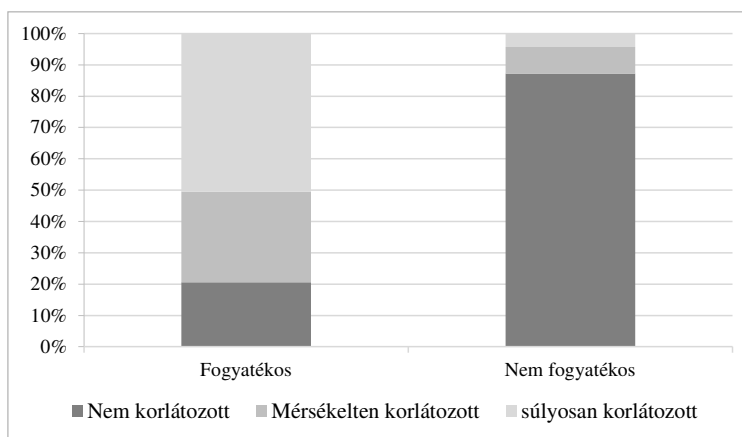
² Ezek a fogalmak az egyén szintjén még jobban szétválhatnak, ami befolyásolja, a statisztikai adatgyűjtések során a fogyatékosággal, akadályozottsággal, korlátozottsággal kapcsolatos kérdésekre adott válaszokat. Hivatalos fogyatékoság diagnózis nélkül is érezheti önmagát bizonyos tevékenységekben erősen akadályozottnak valaki (pl.: nem diagnosztizált autista felnőtt), míg más a hivatalos diagnózisa ellenére vélheti úgy, hogy fogyatékosága mindennapi tevékenységeiben nem, vagy csak enyhén akadályozza. És lehet olyan is, akinek hivatalos fogyatékosága „enyhe”, ám társadalmi részvétele súlyosan korlátozott (pl.: egy enyhe intellektuális képességzavarral diagnosztizált felnőtt, aki nem foglalkoztatott, bentlakásos intézetben él és jogi cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt áll). Ezen túl a stigma miatti elhallgatás és a fogyatékoság elrejtése is gyakori, ami önbesorolás esetén szintén jellemző érvényességi korlát.

1. ábra. Akadályozott népesség korcsoportjainak megoszlása az akadályozottság mértéke szerint, teljes népesség, 2016 (százalék)



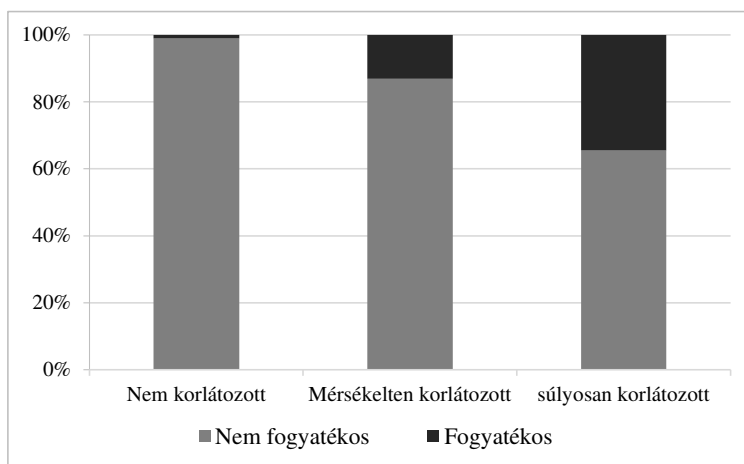
Forrás: 2016. évi mikrocenzus alapján saját számítás.

2. ábra. A fogyatékos és nem fogyatékos népesség megoszlása az akadályozottság mértéke szerint a teljes népességben, 2016 (százalék)



Forrás: KSH (2018) 11. o.

3. ábra. A fogyatékos népesség aránya a korlátozottság mértéke szerinti csoportokban a teljes népességben, 2016 (százalék)



Forrás: KSH (2018) 11. o.

1. táblázat. A fogyatékos emberek megoszlása társadalmi részvételben való korlátozottság alapján, 0–59 évesek, 2016 (fő és százalék)

	Fő	Százalék
Fogyatékoság által korlátozott	147025	80,1
Nem korlátozza	26295	14,3
Nem kívánt válaszolni, nincs válasz	10197	5,6
Fogyatékosággal élők összesen:	183517	100,0
A magát korlátozottnak érzők a korlátozottság területe szerint*		
Önellátásban	42276	23,0
Mindennapi életben	83897	45,7
Tanulásban, munkavállalásban	72592	39,6
Családi életben	14474	7,9
Közlekedésben	57608	31,4
Kommunikációban, információszerzésben	33478	18,2
Közösségi életben	24211	13,2

Megjegyzés: * az oszlop összege nem adja ki a 100 százalékot, mert a kérdezett egyszerre több választ is megjelölhetett.

Forrás: 2016. évi mikrocenzus alapján saját számítás.

Összegezve, az adatgyűjtésben használt három fogalom (fogyatékoság, akadályozottság, és korlátozottság) alapján ma Magyarországon a mindennapi tevékenységben és társadalmi részvételben súlyosan korlátozott fogyatékos emberek száma a fenti adatok alapján 150–270 ezer között van az általunk vizsgált korosztályokban. Ők azok, akikre fogyatékoság-politikák keretében különös figyelmet kellene fordítani az esélyegyenlőség megvalósulása és társadalmi részvétel feltételeinek megteremtése érdekében.

3. Társadalmi-demográfiai trendek

3.1. Életkor szerinti jellegzetességek

A KSH adatai szerint a teljes fogyatékos népesség száma jelentősen csökkent az ezredforduló óta: a 2001-es népszámlálás szerinti 577 ezerről a 2011-es népszámlálás idejére 491 ezerre, majd a 2016-os mikrocenzus alapján 408 ezerre. Ezt azt jelentette, hogy a fogyatékos emberek népességen belüli aránya 2001-es 5,7 százalékról 2011-re 4,9 százalékra, 2016-ra pedig 4,2 százalékra esett vissza. (2. táblázat) A változást a természetes fogyás mellett több módszertani, társadalmi és demográfiai tényező is befolyásolhatta: (1) az erősen stigmatizált és társadalmi kirekesztéssel járó fogyatékoság szubjektív megítélése és önbevallása; (2) a népességfogyás általában; valamint (3) az egyes években alkalmazott kérdések (amelyek 2001 és 2011 között változtak, 2011 és 2016 között viszont nem).

A fogyatékos népesség jelentős részét az idősebb korosztály adja, amely fogyatékoságát jellemzően valamilyen életkori, idősődéssel kapcsolatos sajátosságával szerezte: 2011-ben a fogyatékos népesség 52 százalékát, 2016-ban már 55 százalékát adta a 60 évesek és idősebbek köre. Ez azt is jelenti, hogy a 60 év alatti fogyatékos népesség száma és aránya a fogyatékos és a teljes népességben³ még erőteljesebben csökkent: 381 ezerről 184 ezerre, illetve 3,7 százalékról 2,3 százalékra (2. táblázat).

A 60 év alatti fogyatékos népességben belül a mozgássérültek alkotják a legnagyobb csoportot bő egyharmados aránnyal, ám ez kismértékben, 37,8 százalékról 34,5 százalékra csökkent 2011 és 2016 között. A második legnépesebb csoport az értelmi fogyatékosoké, akiknek az aránya viszont jelentősen nőtt, 15,5 százalékról 24,9 százalékra, míg az őket követő „mentá-

³ A 0–59 éves népesség száma 2001-ben 8 652 065 fő, 2011-ben 8 260 508 fő, 2016-ban 7 982 553 fő (KSH, 2017, 1.1.4. fejezet).

lisan sérültek” (pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek) aránya alig változott: 13,1 százalékról 12,1 százalékra csökkent.

2. táblázat. A fogyatékos népesség száma és aránya 2001 és 2016 között (fő, százalék)

	2001	2011	2016	A változás mértéke (2016/2001)
Teljes fogyatékos népesség száma (fő)	577 000	491 000	408 000	0,71
A fogyatékos népesség aránya a teljes magyar népességen belül (%)	5,7	4,9	4,2	0,74
A 0–59 éves fogyatékos népesség száma (fő)	381 000	235 000	184 000	0,48
A fogyatékos népesség aránya a 0–59 éves magyar népességen belül (%)	3,7	2,9	2,3	0,62

Forrás: A 2001. és 2011 évi népszámlálás és a 2016. évi mikrocenzus alapján saját számítás.

A gyengénlátók, valamint a hallássérültek (nagyothallók és siketek) arányában szintén nem történt lényeges változás (az előbbi 12,8 százalékról 12,3 százalékra csökkent, az utóbbi 10,2 százalékról 10,5 százalékra változott), míg a súlyos belszervi fogyatékosok aránya kismértékben csökkent (9,9 százalékról 8,0 százalékra). Jelentősebb növekedés látható az autista személyek esetében (2011-ben 2,1 százalék, 2016-ban 4,7 százalék volt), ami a diagnosztika gyakorlat fejlődésével függ össze. Az adatok alapján nem tehető megállapítás a fogyatékosok halmozódásáról, illetve a többes diagnózisok előfordulásáról, amelynek aránya bizonyos csoportok körében jelentős (például prevalencia vizsgálatok alapján az autista emberek közel fele értelmi fogyatékos is). (Lásd az *Online melléklet M1. táblázatát*.)⁴

Az életkori eltérések legerőteljesebben a mozgássérültek esetén rajzolódnak ki: míg a 14 év alatti fogyatékos népesség hatoda (18,4 százalék), addig a 45–59 éveseknek közel fele (45,2 százalék) vallotta magát mozgássérültnek 2016-ban. Az idősebb korcsoportokban szintén jelentősebb a gyengénlátók (7,9 százalék és 14,1 százalék), a mentálisan sérültek (6,9 százalék és 12,2 százalék) illetve a súlyos belszervi fogyatékosok aránya (4,9 százalék és 11,5 százalék). Ezzel ellentétes, az életkorral csökkenő arányt látunk az értelmi

⁴ A tanulmány *Online melléklete* az alábbi weboldalon érhető el: <https://tarki.hu/tarsadalmi-riport>

fogyatékosok (32,9 százalék, illetve 12,9 százalék) és az autisták (19,2 százalék, illetve 0,4 százalék) körében.⁵ (Lásd az *Online melléklet M1. táblázatát*.) A fogyatékos emberek életkori eloszlása is az idősebb korcsoportok relatíve nagyobb súlyát mutatja: a 15 év alattiak a fogyatékos népesség egytizedét (9,8 százalék) tették ki 2011-ben és egy-nyolcadát (12,5 százalék) 2016-ban, míg a legidősebb aktív kohorsz, a 45–59 évesek a fogyatékos népesség felét (52 százalék), illetve bő négytizedét adják (42,8 százalék) a vizsgált időpontokban. Ugyanakkor az idősebb korosztály arányának csökkenése minden fiatalabb korosztály esetében kismértékű növekedéssel járt 2011 és 2016 között. Mindez a fogyatékos népesség fiatalodására utalhat. (Lásd az *Online melléklet M2. táblázatát*.)

A fent leírtak háttérben különböző folyamatok hatása lehet (az önbevaláson kívül): egyfelől jelentős a fiatal felnőtt korban – esetleg megelőzhető okok miatt – fogyatékosná váló emberek aránya bizonyos kategóriákban (mozgássérültek, súlyos belszervi fogyatékosok, látássérültek). Másfelől utalhat a diagnosztikai gyakorlat fejlődésére, ami elsősorban a fiatal korosztályokban érhető tetten (autizmus, értelmi fogyatékoság – egyre több gyermek jut hozzá a megfelelő diagnózishoz és ők folyamatosan idősebb korcsoportokba lépnek). Végezetül, jelezheti a különböző fogyatékosággal élő csoportok eltérő túlélési és halálozási mutatóit is, amely az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáféréssel függenek össze. A rendelkezésre álló adatok alapján ezek dinamikáját nem tudjuk pontosabban vizsgálni.

3.2. Egészségi állapot

A fogyatékos emberek jellemzően nagyobb egészségügyi kockázatnak vannak kitéve részben a fogyatékosággal, részben az egészségügyi rendszerek működésével összefüggő okok miatt (*Shakespeare, 2012*). Az előbbire példa a másodlagos – a fogyatékosággal összefüggésben kialakuló – betegségek (pl.: a nem megfelelő segédeszközök által okozott sérülések, fekélyek),

⁵ Az autisták esetében a nemzetközi prevalencia alapján vélhetően a hazai autista népességnek csak töredéke rendelkezik diagnózissal, azaz a KSH által közölt statisztika csak töredéke lehet az autista emberek valós számának. Mindez összefügg az autizmus diagnózisok hazai történetének alakulásával (*Petri-Vályi, 2009*). A szűkös diagnosztikai kapacitások csak a 2000-es években bővültek, a felnőttkori autizmus diagnózisok alacsony száma (a diagnosztikai kapacitás és tudás, valamint a tb-finanszírozás hiánya) jelenleg is fékezi a statisztikai adatok és a valóság egymáshoz való közeledését. Azok az érintettek, akik gyerekkorukban nem kaptak autizmus diagnózist, azok felnőttként csak nagy nehézségek árán juthatnak hozzá és sokszor más, jellemzően értelmi fogyatékoság vagy pszichiátriai diagnózissal élnek le az életüket. Mindez a jelentős alulbecslés mellett drasztikus életkori torzításhoz is vezet a statisztikákban.

amelyek jellemzően megelőzhetők és kezelhetők. Előfordulnak továbbá bizonyos fogyatékoságokhoz társuló betegségek/komorbiditás, amely a fogyatékosággal élő emberek aránylag kis részét érinti és sok esetben szintén megelőzhető, illetve kezelhető. Az utóbbi időben több országban egyre nagyobb figyelem fordul az egészségügyi ellátórendszer működésével összefüggésbe hozható egészségi kimenetek felé. Ide tartoznak például az akadálymentes hozzáférés, a diszkrimináció, valamint a megfelelő tudással rendelkező egészségügyi személyzet hiánya miatt elmaradó szűrővizsgálatok, diagnosztikai és gyógyító szolgáltatások következtében kialakuló betegségek és elkerülhető halálozás (pl.: *Heslop és szerzőtársai*, 2013; *Hirviskoski és szerzőtársai*, 2016).

A magyar népesség egészségi állapotával kapcsolatban köztudott, hogy az Európai Unióban a legrosszabbak között van és az ország relatív helyzete különösen rossz az elkerülhető – megelőzhető és kezelhető – halálozások tekintetében, amelyek az egészségügyi rendszerek minőségének és a népességügyi politika teljesítményének széles körben elfogadott mutatói (*Orosz–Kollányi*, 2016). Ezen belül nincsenek adatok a fogyatékosággal élő népesség egészségi állapotáról és halálozásáról.

Az egészségi állapotra vonatkozó, Eurostat forrásból származó adatok az akadályozottság fogalmát használják és a szubjektív egészségi állapottal való összefüggést mutatják. (Lásd az *Online melléklet M3. táblázatát*.) Eszerint míg a mérsékelten akadályozottak közel 14 százaléka, a súlyosan akadályozottak 3,1 százalék, addig a nem akadályozottak több, mint 80 százaléka érezte jónak vagy nagyon jónak az egészségi állapotát 2019-ben. Ezzel szemben rossz vagy nagyon rossz egészségi állapotról számolt be a mérsékelten akadályozottak negyede (24,8 százalék), a súlyosan akadályozottak közel négy ötöde (78,5 százalék), míg a nem akadályozottak körében ez csupán 0,6 százalék volt. Az EU-s adatokkal összehasonlítva szembeötlő, hogy Magyarországon bármilyen mértékű akadályozottsággal élők sokkal kisebb eséllyel számolnak be jó, illetve sokkal nagyobb valószínűséggel rossz egészségi állapotról.⁶

3.3. Iskolázottság

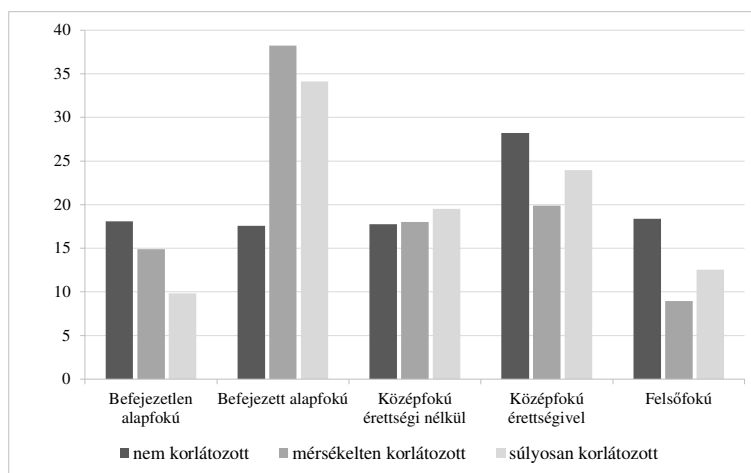
Az iskolázottság tekintetében a korlátozottság alapján különíti el a 2016-os mikrocenzus a máshol fogyatékosnak nevezett népességet a nem korlátozott-

⁶ Itt érdemes megjegyezni, hogy a magyarországi nem akadályozottak is kisebb valószínűséggel mondják magukról, hogy „jó” vagy „nagyon jó” az egészségi állapotuk.

taktól vagy nem fogyatékosoktól. Az adatokat felső életkori határ nélkül, azaz a teljes népességre vetítve közöljük.

A magát akadályozottnak valló népesség alapfokú végzettség terén nem marad el a nem korlátozottaktól, sőt befejezetlen alapfokú végzettséggel jóval kisebb részük, 14,9 és 9,8 százalékuk rendelkezik szemben a nem akadályozottak 18,1 százalékával. Az akadályozottak körében azonban jóval magasabb a befejezett alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya csaknem kétszerese (38,2 százalék a mérsékelten és 34,1 százalék a súlyosan korlátozottak esetében) a nem akadályozott népességgel összevetve (17,6 százalék). Az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezők aránya lényegében azonos a három csoport esetében (rendre 18, 19,5 és 17,8 százalék), viszont a magasabb végzettségek esetében az akadályozott emberek egyértelműen hátrányban vannak: érettségivel 19,9 és 24 százalékuk rendelkezik, szemben a nem akadályozottak 28,8 százalékával, diplomája pedig csupán 9 és 12,6 százaléknak van, szemben a nem akadályozott népesség 18,4 százalékával (4. ábra).

4. ábra. Legmagasabb befejezett iskolai végzettség az akadályozott és nem akadályozott népességben – teljes népesség, 2016-ban (százalék)



Forrás: 2016. évi mikrocenzus alapján saját számítás.

3.4. Foglalkoztatás, munkaerőpiac

A KSH gazdasági aktivitásra vonatkozó adatai a fogyatékos népességre vonatkoznak (lásd az *Online melléklet M4. táblázatát*). Az adatokból szembeötlő a fogyatékos népesség alacsony gazdasági aktivitása, különösen az alacsony foglalkoztatottság (összehasonlításképp a teljes népesség foglalkoztatottsága 39,7, illetve 45,9 százalék, munkanélküliségi rátája pedig 5,7 százalék, illetve 2,6 százalék volt a vizsgált időszakban (KSH, 2017a, 05_1_1_1 adattábla). Ugyanakkor bizonyos csoportok esetében magas, jóval 60 százalék felett van, a valamilyen nyugellátásban részesülők aránya. Említésre méltó, hogy a két időpont között jelentős átrendeződés történt a rokkantsági ellátások felől a saját jogú nyugdíjak irányába, amelyet 2016-ban jóval többen vettek igénybe. Ez két dologra utalhat: egyfelől a nagyobb létszámú idősebb korosztályokból egyre többen érték el a nyugdíjkorhatárt a vizsgált időszakban, másfelől jelzi a rokkantsági nyugdíjak átalakításának hatását is, bár a többi kategória viszonylagos változatlansága miatt ez kevésbé tűnik jelentősnek ebben a csoportban. Szintén figyelemre méltó az értelmi fogyatékos emberek körében az „egyéb inaktív keresők” magas aránya 2011-ben (43 százalék), amely 2016-ra negyedére csökkent (11 százalék), miközben a rokkantsági nyugdíjasok aránya hasonló mértékben emelkedett (10,4 százalékról 39 százalékra). Végezetül, az eltartottak aránya jóval alacsonyabb a fogyatékos népességben és egyedül az értelmi fogyatékos emberek körében közelíti meg a teljes népességben megfigyelt arányt (24,9 százalék 2011-ben és 23,7 százalék 2016-ban), az autisták körében pedig jelentősen meghaladja, amely valószínű, hogy összefügg a csoport fiatal korösszetételével.

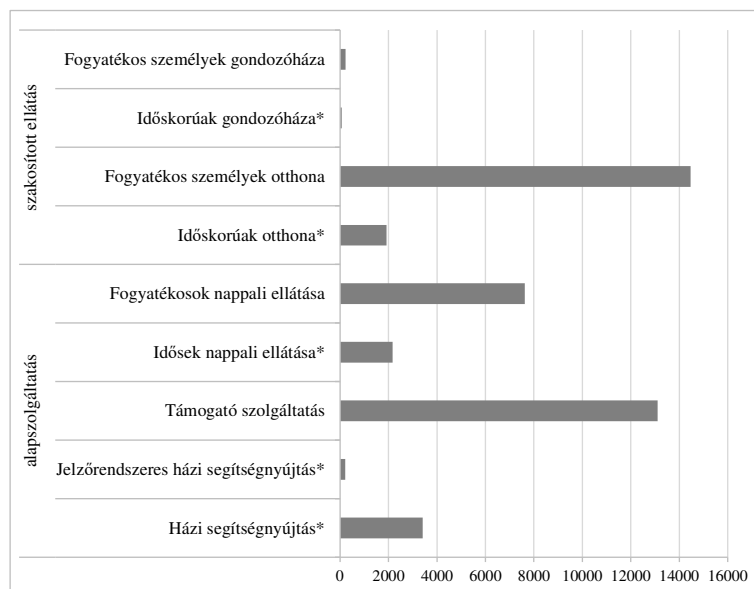
4. Szociális szolgáltatások

Több európai országban az 1970-es évektől indultak olyan programok, amelyek a bentlakásos szociális vagy egészségügyi ellátások helyett a magánháztartásokban élő fogyatékos személyeket támogató „közösségi alapú” szociális ellátások fejlesztését tűzték ki célul. A fogyatékos emberek magyarországi szervezetei számára az 1980-as évektől szintén meghatározó volt az önálló életvitelt segítő szolgáltatások követelése, amely az 1990-es évek végétől a hazai jogszabályokban is kiemelt célként jelentek meg (lásd *1998. évi XXVI. törvény és a 1257/2011. (VII. 21.) Korm. határozat*). A fogyatékosokkal élő emberek – az idősekkel együtt – jellemzően a szociális szolgáltatások fő igénybevevői (Goldmann és szerzőtársai, 2016). A 2016-os mikrocenzus szerint a magukat súlyosan korlátozottnak tartó fogyatékos személyek

23 százaléka, a közepesen vagy enyhén korlátozottak 13 százaléka vett igénybe szociális szolgáltatást (KSH, 2018, 22. o.).

Az elérhető szociális szolgáltatások körét jogszabály határozza meg (1993. évi III. törvény, továbbiakban *szociális törvény*), működésük feltételeinek biztosítása az állam központi szerveinek és a helyi önkormányzatoknak a feladata (2. *paragrafus*). Pontos információ nem áll rendelkezésre a szociális szolgáltatást használó, fogyatékos emberek számáról, de az egyes szolgáltatástípusok kapacitására és igénybevételére vonatkozó adatok alapján ez hozzávetőlegesen 35–40 ezer főre becsülhető (5. *ábra*).

5. ábra. A szociális szolgáltatásokat igénybe vevő fogyatékossgal élő személyek száma, 2018



Megjegyzés: *Az adott szolgáltatás 60 év alatti igénybe vevőinek létszáma, amely feltehetően alulbecslés, mert nem számol az idősebb fogyatékos személyekkel. A pszichiátriai betegek otthonában élő (nem pszichoszociális fogyatékossgal élő, hanem például mozgássérült, autista stb.) emberek létszámát nem tudjuk az adatok alapján megbecsülni. Az egyes szolgáltatások igénybe vevői között átfedések is lehetnek, ezért a szolgáltatások által elért fogyatékos emberek létszáma kevesebb, mint az egyes kategóriák összege. Ennek pontos mértéke nem becsülhető.

Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2018 (KSH, 2019) 8–9. táblák, saját számítás.

A fenti adatok alapján két általános megállapítás tehető: egyrészt a szociális ellátórendszer korlátozottan biztosít a fogyatékos emberek számára önálló életvitelt vagy társadalmi részvételt támogató szolgáltatásokat, másrészt a kapacitások jelentős része intenzív, intézményes jellegű szolgáltatásokban található. Míg összességében a fogyatékossgal élő emberek nagyjából 10-15 százaléka vesz igénybe valamilyen szociális szolgáltatást, ez az arány bizonyos csoportok esetében jóval magasabb. A 2011-es népszámlálás adatai szerint az intézményi háztartásban élő fogyatékos emberek között az értelmi fogyatékos emberek jelentősen felülreprezentáltak: míg az összes fogyatékos emberen belül arányuk 9 százalék, addig ők adják az intézményi háztartásban élők 37 százalékát. Ők sokkal nagyobb valószínűséggel kerülnek intézménybe: az értelmi fogyatékos népesség harmada él intézményi háztartásban, szemben teljes fogyatékos népesség 8 százalékával, és a teljes népesség 2,4 százalékával.

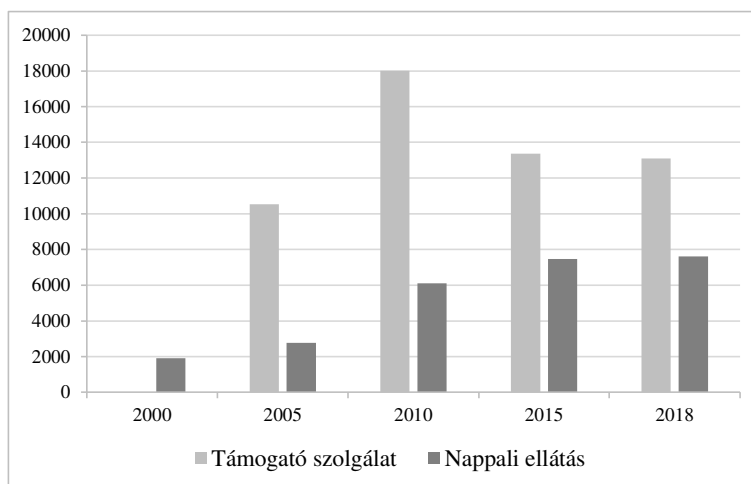
Az alábbiakban a szociális szolgáltatások három fő formájának igénybevételével kapcsolatos adatokat tekintjük át röviden. A támogató szolgáltatás, amelyet a szociális törvény 2003-ban vezetett be, kifejezetten a fogyatékos emberek önálló életvitelének támogatására jött létre, azzal a céllal, hogy a súlyos fogyatékossgal élő embereknek lakókörnyezetükben nyújtsanak segítséget a közszolgáltatások elérésében, illetve saját otthonukban az önálló életvitelhez szükséges tevékenységek elvégzésében. Támogató szolgáltatást a fogyatékos népesség töredéke vesz igénybe, és létszámuk az elmúlt tíz évben harmadával csökkent (lásd 6. ábra). Ennek oka többek között – a finanszírozással összefüggő – kapacitáshiány, területi lefedetlenség, és az igényekhez nem megfelelő illeszkedés (Farkasné és szerzőtársai, 2015; Bass, 2008; Meleg, 2017; Kovács, 2018; MEOSZ, 2019).

A fogyatékosok nappali ellátásának – amely napközbeni segítséget, étkezést, tisztálkodási és mosási lehetőséget, készségfejlesztést, esetleg napközbeni programokat biztosít – megszervezésére a Szociális Törvény alapján csak a 10 ezer főnél nagyobb települési önkormányzatok kötelezettek.⁷ A fogyatékos emberek nappali ellátását igénybe vevők száma az elmúlt 30 évben jelentősen bővült (lásd 6. ábra).

Kevés részletes adat áll rendelkezésre az igénybe vevők összetételéről azon túl, hogy ez az ellátási forma leginkább az értelmi fogyatékos, autista, vagy súlyosan-halmazottan fogyatékos emberek és családjaik számára biztosít nagyon fontos szolgáltatást (Bernát–Kozma, 2017).

⁷ Lásd Czibere Károly és Mester Dániel e kötetben szereplő tanulmányát.

6. ábra. A támogató szolgáltatás és a fogyatékos személyek nappali ellátásának igénybevevői létszámának változása 2000 és 2018 között (fő)



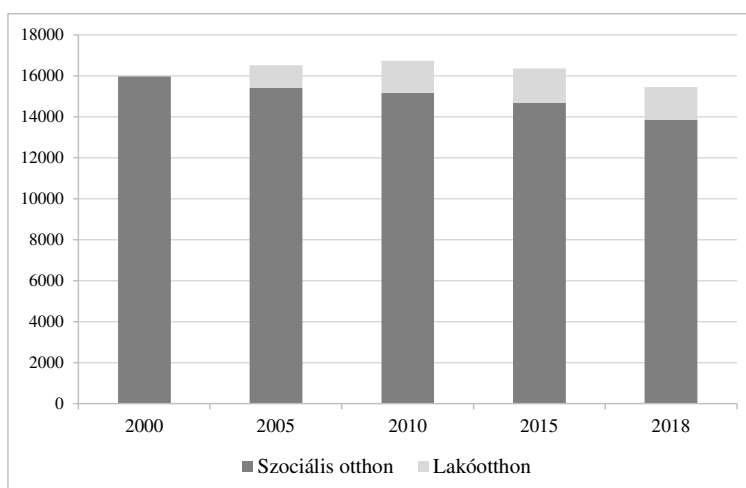
Forrás: 2005–2014-es adatok: *Farkasné és szerzőtársai* (2015), 2015-ös adatok: *Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015* (KSH, 2016); 2018-as adatok: *Szociális Statisztikai Évkönyv, 2018* (KSH, 2019)

Az adatok alapján szembeűnő a bentlakásos intézményekben élő fogyatékos emberek relatíve magas száma, amely összefűgg az otthonközeli szolgáltatások fent bemutatott jellemzőivel. A szociális szolgáltató rendszer hiányosságai miatt a magánháztartásokban a szükséges segítséget nem elérő fogyatékos személyek és családjaik általában kényszerűen döntenek intézeti ellátás igénybevétele mellett. Ezek az ellátások a szolgáltató rendszer legdrágább és az igénybe vevők életminősége szempontjából legkevésbé költséghatékony elemei (*Kopasz és szerzőtársai*, 2016), ráadásul a bentlakásos intézetek felszámolására a magyar kormány is kötelezettséget vállalt az ENSZ Egyezmény hazai ratifikálásával. A fogyatékos személyek otthonainak valóságáról sokat elmond, hogy átlagos befogadóképességük 2013-ban 82 férőhely volt, és az intézeti lakók 60 százaléka 100 főnél nagyobb intézet lakója volt (*KSH*, 2015). Az intézeti ellátások számos vonatkozásban sértik az érintettek emberi méltóságát és önrendelkezését (*Kopasz és szerzőtársai*, 2016).

A bentlakásos intézményeken belül külön kategóriát alkotnak a lakóotthonok, amelyek 8-12, esetleg 14 főnek adnak lakhatást. Ez az ellátási forma az intézetek melletti alternatívát kereső civil érdekvédő és szülői csoportok körében a 2000-es években vált népszerűvé és került be a szociális törvénybe,

ám a férőhelyek száma az elmúlt 10 évben gyakorlatilag nem növekedett. A 7. ábra a férőhelyek számának alakulását mutatja.

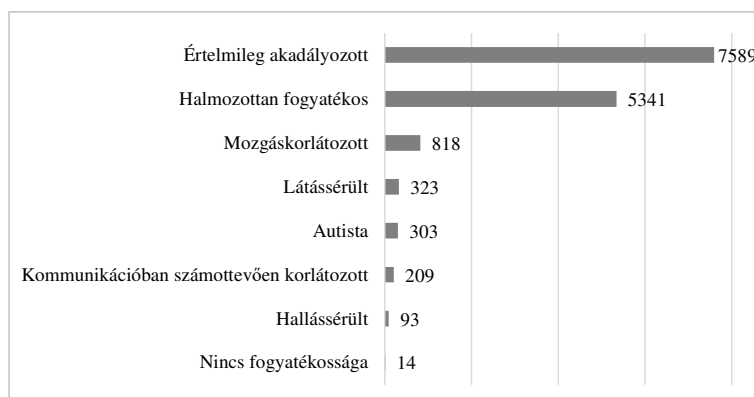
7. ábra. Férőhelyek száma a fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó szociális szolgáltatásokban, 2018



Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2018 (KSH, 2019)

A 8. ábra a fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó szolgáltatások igénybevevőinek fogyatékoság szerinti megoszlását mutatja be. Észreint ezeket az intézményi ellátásokat elsősorban az értelmi és halmozottan fogyatékos emberek veszik igénybe. Fontos megjegyezni, hogy fogyatékos emberek élnek – feltehetően jelentős létszámban, sokszor különösen rossz helyzetben – nem kifejezetten fogyatékos emberek számára fenntartott bentlakásos intézményekben is (pl.: idősek otthona, hajléktalanok otthona stb.), ám létszámuk legfeljebb becsülhető (lásd fentebb 5. ábra) (Kovács, 2018).

8. ábra. A fogyatékos személyek otthonaiban élők megoszlása fogyatékoság szerint, 2018



Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2018 (KSH, 2019)

A szociális szolgáltatások legújabb típusa a támogatott lakhatás, amely az intézményi férőhelykiváltás szakpolitikai reformja kapcsán került bevezetésre 2013-ban az intézetekből kiköltöző fogyatékos emberek önálló életvitelének támogatására, és egyben jó példa a hazai szociálpolitika „gépies nevesítés” (Bugarszki, 2004) gyakorlatára, amely ez esetben egy nemzetközi gyakorlatban létező progresszív modellt vett át névben, tartalmát kiüresítve.⁸ A számok tükrében (3. táblázat) a támogatott lakhatásban részesülő fogyatékos személyek száma 2014 óta nőtt ugyan, ám még mindig csak a kiváltani hivatott intézményi férőhelyek töredékét éri el.

3. táblázat. Támogatott lakhatásban részesülő fogyatékos személyek száma 2014 és 2019 között

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Támogatott lakhatásban részesülő fogyatékos személyek száma (fő)	85	239	813	929	974	1038

Forrás: KSH STADAT (https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi003.html)

Összefoglalva, a szociális szolgáltatásokon belül a tartós bentlakást nyújtó szolgáltatások dominálnak, amelyek egy aránylag jól körülírható csoport számára nyújtanak ellátást. A 2013 óta futó férőhelykiváltás program mind-

⁸ Részletesebben lásd: <https://www.valaszonline.hu/2020/06/12/teljes-kudarc-a-sosem-volt-idos-es-fogyatekospolitika/>

eddig nem produkált látványos eredményeket az ellátórendszer szerkezetét illetően; a nagy létszámú intézetek dominanciája töretlen. A magánháztartásban élők által igénybe vehető szolgáltatások – támogató szolgáltatás, nappali ellátások, házi segítségnyújtás – keveseket érnek el, aminek a kapacitáshiány az oka, nem pedig az igények alacsony szintje.

5. Jogi cselekvőképesség

A jogi cselekvőképesség korlátozása a fogyatékossgal élő személyek esetében a teljes népeséghez viszonyítva sokkal gyakoribb (Halmos, 2019). A cselekvőképesség jogi korlátozása nagykorúak esetében azon a feltételezésen alapul, hogy vannak olyan felnőttek, akik belátási képességük hiánya miatt nem képesek döntést hozni életük fontos kérdéseiben, ezért helyettük más kell megbízni döntéshozatallal. A gondnokság alatt állók ezért igen gyakran értelmi fogyatékossgal élő, kommunikációban akadályozott mozgássérült, autista, súlyosan-halmozottan sérült személyek vagy pszichiátriai ellátottak.

Napjainkban a gondnoksági, azaz „helyettes döntéshozatali” rendszereket emberi jogi lobby, a fogyatékos emberek szervezeteinek és a fogyatékos emberek jogairól szóló 2008-as ENSZ Egyezmény hatására világszerte reformok érik. Az elmúlt évtizedben a gondnokság intézményének kritizáló és alternatívákat javasló jogtudományi értekezések tömege született a nemzetközi szakirodalomban (pl.: Gooding, 2017). A gyakorlatot nézve: a hagyományos gondnoksági rendszereket a 2010-es évek óta számos országban megreformálják. Például a régi, cselekvőképességet kizáró kategóriákat eltörlik vagy kiegészítik „támogatott döntéshozatalon” alapuló új szabályozásokkal – ilyen jogi és szakpolitikai reformok történnek Európában például Anglia, Ausztria, Horvátország, Csehország, Írország, Lettország, Magyarország esetében (Turnpenny és szerzőtársai, 2018), és máshol is (pl.: Peru, Kanada). A gondnoksági adatok mögötti kontextus tehát egy olyan nemzetközi jogi trend, amely szerint a gondnoksági rendszereket fel kell váltania a támogatott döntéshozatalt jogi kategóriaként elismerő, és azt gyakorlatban is támogató rendszereknek.

A hazai gondnoksági adatok idősoros vizsgálatokor a fenti trenddel ellentétes adatokat látunk: a helyettes döntéshozatali kategóriák az elmúlt években egyre erősödtek.⁹ A gondnokság alatt álló személyek összlétszáma erősen

⁹ A gondnoksági jogi reformok gyakorlatba ültetéséről egyes országokban a szakirodalomban kevés empirikus adat található. Elérhető kutatások szerint a progresszív jogi reformokat csaknem

emelkedett 2000 óta, 40 838 főről 2010-re 52 317 főre. A 2010-es évek során ez a trend folytatódott: 2018-ra a kizáró vagy korlátozó gondokság alatt állók teljes létszáma történelmi csúcson állt és meghaladta az 58 000 főt. Ugyan- ebben az évben az összes gondnokolt közel fele (28 615 fő) tartós bentlaká- sos intézetben élt (KSH, 2018), ami a polgárjogi, belátási képességet vizsgáló gondnoksági intézménynek komplex szociális, társadalompolitikai tényezők- kel (pl.: lakhatás, vagyoni helyzet) összefüggését mutatja (Verdes-Tóth, 2010). (Lásd 4. táblázat.)

4. táblázat. A gondnokság alatt állók száma 2000 és 2018 között (fő)

Év	Gond- nokság alatt állók száma	Ebből:				Ezer 18 éves és annál idősebb lakosra jutó aránya
		Kizáró gondnok- ság alatt áll	Korlátozó gondnok- ság alatt áll	Hivatásos gondnoka van	Egyéb gondnoka van	
2000	40 838			12 939	27 899	5,0
2005	49 487			17 157	31 586	6,1
2010	52 317	30 843	21 474	20 058	32 259	6,4
2013	56 151	31 670	24 481	22 259	32 578	6,9
2014	56 245	30 793	25 452	22 727	32 224	6,9
2015	56 515	30 023	26 492	23 254	33 261	7,0
2016	57 039	28 669	28 370	23 543	33 496	7,1
2017	57 983	29 082	28 901	23 888	34 095	7,2
2018	58 242	28 118	30 124	24 305	33 937	7,2

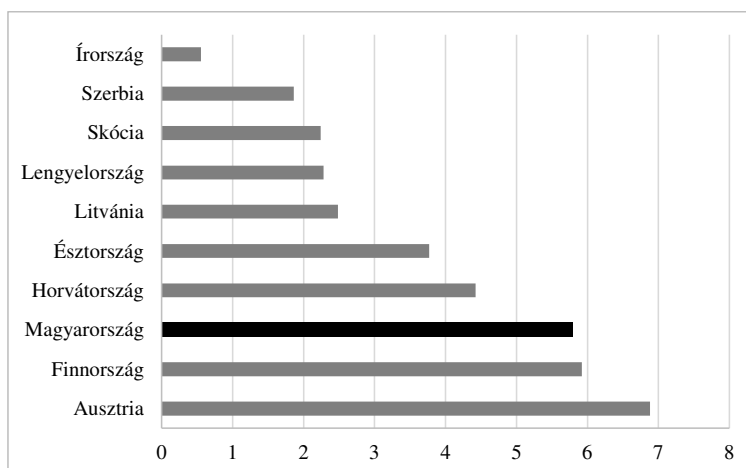
Forrás: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2018 (KSH, 2019)

Fontos megállapítani, hogy a gondnokság alatt állók 18 éves és annál idősebb népességen belüli aránya az új *Polgári Törvénykönyv (2013. évi V. törvény, továbbiakban Ptk.)* – amelynek deklarált célja a nemzetközi trendbe illeszke- dő gondoksági reform volt – 2014-es hatályba lépését követően is tovább nőtt. Az adatsorból tehát nem igazolható, hogy az új Ptk.-nak a hazai gond- noksági gyakorlatra érzékelhető pozitív hatása lenne. Ez részben azzal ma- gyarázható, hogy az új Ptk.-ban 2014-ben létrehozott, a fent említett nemzet- közi trendet meghonosítani kívánó „támogatott döntéshozatal” kategóriája elenyésző számú embernek kínál csak alternatívát a hagyományos gondok- sághoz képest: 2015-ben 91 fő, 2017-ben pedig 167 fő vett részt benne (*Gulya-Hoffmann, 2019*) és ez a szám 2019-re is csak 195 főre emelkedett (KSH

minden országban hiányos megvalósítás követi (*Turnpenny és szerzőtársai, 2018*) – ebben a hazai trend valószínűleg kevésbé tér el a nemzetközitől.

OSAP közlés). A gondnokság alatt állók összlétszámának emelkedése mellett egy másik trend is tapasztalható: a kizáró gondnokság alatt állók számának kismértékű csökkenése (2008 és 2018 között mintegy 2 500 fővel), míg ezzel párhuzamosan a korlátozó gondnokság alatt állók számának jelentős növekedése (2008: 19 911 fő; 2018: 30 124 fő), amely 2018-ra meghaladta a kizáró gondnokoltak számát. Ez a trend arra utal, hogy az elmúlt évtizedben a gondnoksági eljárások során a bíróságok inkább a csak bizonyos ügycsoportokra vonatkozó korlátozó gondnoksági formát preferálták. A 2014-ben életbe lépő új Ptk. ezt a trendet tovább erősíthette azzal a rendelkezésével, amely kifejezetten az egyes ügycsoportokra való korlátozást preferálja, ám a korlátozó gondnokság számának emelkedése már az új Ptk. hatályba lépése előtt is látható volt, így nem kizárólag annak tudható be.

9. ábra. A jogi cselekvőképességükben korlátozott nagykorú állampolgárok aránya 1000 lakosra vetítve, európai összehasonlításban, 2016



Megjegyzés: Horvátország, Lengyelország és Litvánia esetében az adatok 2015-re vonatkoznak.
Forrás: Turnpenny és szerzőtársai (2018) alapján. Az ír adatok forrása Irish Court Service honlapról származik: <http://www.supremecourt.ie/Courts.ie/Library3.nsf/pagecurrent/FBE1365E7EE1E8A0802580210053732B?opendocument>

A hazai gondnoksági adatokkal kapcsolatban az is szembeötlő, hogy nemzetközi összehasonításban Magyarországon igen magas a gondnokság alatt álló személyek aránya (9. ábra). (Az összehasonlítás esetében fontos kiemelni, hogy az egyes országokban alkalmazott különböző gondnoksági kategóriák eltérő tartalmat például polgárjogi kereteket, elnevezést és gyakorlatot jelentenek: bizonyos országokban a korlátozó gondnokság aránya igen magas, és

csak enyhébb, egyes ügycsoportokra való korlátozást jelent, míg más országokban az esetek többsége cselekvőképességet kizáró gondnokságot jelöl.)

A gondnokság alatt állók arányának folyamatos, és az új Ptk. 2014-es hatályba lépését követően is tapasztalt növekedése azt mutatja, hogy a magyar kormány – a nemzetközi progresszív trendhez illeszkedő – kísérlete a gondnoksági rendszer részleges reformjára egyelőre sikertelen. Sőt, a jogalkotónak az új Ptk.-ban kifejezett szándékával ellentétben a gondnoksági rendszer a 2010-es években tovább erősödött. A gondnokság alternatíváit támogató nemzetközi gyakorlatok és a hasonló hazai intézkedések áttekintése azt mutatja, hogy a jogszabályi keretek ugyan részben már lehetőséget adnának a támogatott döntéshozatal intézményének szélesebb tömegek számára való elérhetővé tételére, ám továbbra is hiányzik célzott programok (támogató hálózatok, bíróságok képzése, érzékenyítő programok stb.) szélesebb körű indítása (Gazsi, 2016).

6. Összefoglalás

A fogyatékos népeiséget leíró adatsorok alapján több megállapítás tehető. Egyrészt a 2010-es évek során tovább csökkent a magát fogyatékosnak valló népeiség, és ez a csökkenés főleg a 60 évnél fiatalabbak között jelentős. Ugyancsak jelentősnek mondható egyes csoportok, elsősorban az értelmi fogyatékos és autista népeiség viszonylagos növekedése. Az iskolázottságra, egészségi állapotra, és gazdasági aktivitásra vonatkozó adatokból kevés jelentős változás rajzolódik ki; a fogyatékos emberek társadalmi helyzetének javulását jelző trendeknek nem látjuk nyomát.

A fogyatékos népeiség speciális igényeit tekintve kulcsfontosságú szociális szolgáltatások adatai szintén viszonylagos állandóságot, sőt bizonyos szolgáltatástípusok esetén még csökkenést is mutatnak. Ez a trend inkább stagnálónak mondható, hiszen szakpolitikai kontextusban a bevezetőben említett ENSZ Egyezmény és a komoly forrásokat felemésztő intézményi kiváltásprogramok ellenére sem látható, hogy az elmúlt tíz évben megtörtént volna a fogyatékos embereket és családjaikat támogató szociális szolgáltatások kapacitásnövelése, sőt a vizsgált időszakban nőtt az intézeti háztartásban élők száma. Az újonnan kialakított szolgáltatási forma (támogatott lakhatás) egyelőre csak nagyon kevesek számára elérhető. A jogi cselekvőképességükben korlátozottak számát tekintve még stagnálásról sem beszélhetünk, hiszen az érintettek száma az elmúlt évtizedben is rendületlenül nőtt, dacára mind a progresszív nemzetközi polgárjogi trendnek, mind az új Polgári Törvénykönyvben kifejezett jogalkotói szándéknak.

Összefoglalva, annak ellenére, hogy történtek a nemzetközi irányvonalat követni igyekvő hazai jogalkotói lépések (pl.: kiváltás stratégia, új Polgári Törvénykönyv), és elindultak az ehhez illeszkedő, komoly anyagi erőforrást megmozgató EU-s programok (pl.: intézményi férőhelykiváltás programok) – amelyek a progresszió jogi kodifikációban kifejezett jelei –, a fogyatékos népesség élethelyzetét leíró adatok alapján a 2010-es években számokban megragadható javulásról kevésbé beszélhetünk. A bevezetőben említett szakpolitikai kontextus – nemzetközi szinten elindult progresszív reformok, emberi jogi kérdések szakpolitikai megvalósítása – tekintetében az utóbbi évtizedben stagnálást látunk.

IRODALOM

- Bass László (szerk., 2008): „Amit tudunk és amit nem...” Az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- Bánfalvy Csaba (2012): Gyógypedagógiai szociológia. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- Bernát Anikó–Kozma Ágnes (2017): A fogyatékos nappali ellátásban biztosított fejlesztések, programok, tevékenységek feltáró vizsgálata.
https://tarki.hu/hu/news/2017/kitekint/20170424_nappaliellatas.pdf
- Bugarszki Zsolt (2004): A szociális szolgáltatások újjászülése Magyarországon. *Esély*, 2004/4. sz. 100–110. o. http://www.esely.org/kiadvanyok/2004_4/BUDGARSZ.pdf
- Farkas Gyöngyi–Meleg Sándor–Velkei Mariann (2016): Támogató Szolgálatok Szakmai Felmérése, 2015. *Szociálpolitikai Szemle*, 2016/2. sz. ISSN 2416-1357.
- Gazsi Adrienn (2016): A támogatott döntéshozatal elve és gyakorlata. *Esély*, 2016/2. sz.
- Goldmann Róbert–Gyetzvai Gábor–Mester Dániel (2016): A szociális ellátórendszer jellegzetességei, korprofilja és területi megoszlása. Megjelent: Kolosi Tamás–Tóth István György (szerk.): *Társadalmi Riport 2016*. Táarki, Budapest. 358–377. o.
- Gooding, P. (2017): *A New Era for Mental Health Law and Policy: Supported Decision-Making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Cambridge University Press.
- Goodley, D. (2011): *Disability Studies. An Interdisciplinary Introduction*. SAGE, London.
- Gulya Fruzsina–Hoffmann István (2019): A támogatott döntéshozatal sorsa Magyarországon. *Fogyatékoság és Társadalom*, 2019/2. sz.
- Halmos Szilvia (2019): Támogatott életvitel és támogatott döntéshozatal – a CRPD 12. és 19. cikkének konzisztens végrehajtásának lehetőségei Magyarországon. *Pázmány Law Working Papers*, 2019/3. sz.
- Heslop, P.–Blair, P.–Fleming, P.–Hoghton, M.–Marriott, A.–Ress, L. (2013): *Confidential Inquiry into Premature Deaths of People with Learning Disabilities (CIPOLD)*. Norah Fry Research Centre, Bristol.
- Hirvikoski, T.–Mittendorfer-Rutz, E.–Boman, M.–Larsson, H.–Lichtenstein, P.–Bölte, S. (2016): Premature Mortality in Autism Spectrum Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 208. No. 3. 232–238. o.
- Kopasz Mariann–Bernát Anikó–Kozma Ágnes–Simonovits Bori (2016): Fogyatékosággal élő emberek életminősége Magyarországon az intézménytelenítési folyamat küszöbén. Megjelent: Kolosi Tamás–Tóth István György (szerk.): *Társadalmi Riport 2016*. Táarki, Budapest. 378–396. o.

- Kovács Vera (szerk., 2018): Önállóan lakni – közösségben élni. Kutatási beszámoló. Közélet iskolája Alapítvány, Budapest. https://drive.google.com/file/d/1HDpANr5L9ko9yyGi8iPGz_IpErUEYzu/view
- Kozma, Ágnes–Petri Gábor–Balogh Attila–Birtha Magdolna (2016): Az Európai Unió támogatásainak a szerepe az intézménytelenítésben és a férőhelykiváltás eddigi tapasztalatai. Társaság a Szabadságjogokért, Budapest. https://tasz.hu/files/tasz/imce/zarotanutmany_tasz_a4_preview_4.pdf
- Könczei György (2009): Fogyatékoságtudományi tanulmányok XX. Eötvös Loránd Tudományegyetem és Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. <http://mek.oszk.hu/09700/09756/09756.pdf>
- KSH (2014): 2011. évi Népszámlálás – 11. Fogyatékosággal élők. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KSH (2015): 2011. évi Népszámlálás – 17. A fogyatékosággal élők helyzete és szociális ellátásuk. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KSH (2016): Szociális Statisztikai Évkönyv, 2015. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_17_2011.pdf
- KSH (2017a): Mikrocenzus 2016 – 3. Demográfiai adatok. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/kotet_3_demografiai_adatok
- KSH (2017b): Mikrocenzus 2016 – 5. A népesség gazdasági aktivitása. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/kotet_5_gazdasagi_aktivitas
- KSH (2018): Mikrocenzus 2016 – 8. A fogyatékos és az egészségi ok miatt korlátozott népesség jellemzői. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/kotet_8_fogyatekos_es_az_egeszsegi_ok_miatt_korlatozott_nepesseg_jellemzoi
- KSH (2019): Szociális Statisztikai Évkönyv, 2018. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Meleg Sándor (2017): Támogató szolgáltatás. Szolgáltatási igények és lehetőségek. https://tamogatoweb.hu/olvasnivalo/felmeres_2017_09_04.pdf
- MEOSZ (2019): A Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége javaslatai az Országos Fogyatékosügyi Program Középtávú Intézkedési Tervéhez. <http://www.meosz.hu/wp-content/uploads/2019/03/IT-javaslat-MEOSZ-201903011.pdf>
- Oliver, M. (1990): The Politics of Disablement. Macmillan International Higher Education.
- Orosz Éva–Kollányi Zsófia (2016): Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. <http://old.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/16orosz.pdf>
- Petri Gábor–Vályi Réka (szerk., 2009): Autizmus – Tény – Képek. Jelenkutató Alapítvány – AOSZ, Budapest.
- Shakespeare, T. (2012): Still a Health Issue. Disability and Health Journal, Vol. 5. No. 3. 129–131. o.
- Turnpenny, A.–Petri, G.–Finn, A.–Beadle-Brown, J.–Nyman, M. (2018): Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-Based Services and Practices Across Europe. University of Kent – Mental Health Europe, Brüsszel.
- Verdes Tamás–Tóth Marcell (2010): A per tárgya. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Waltz, M. (2015): Az autizmus társadalmi és orvosi története. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft., Budapest.