



BUDAPEST
INTÉZET

ALTERNATÍV MUNKAERŐ-PIACI SZOLGÁLTATÁSOK

**AZ ELLENŐRZÉS, MONITOROZÁS, MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS ÉS
HATÉKONYSÁGMÉRÉS RENDSZEREI ÉS ESZKÖZTÁRA AZ
EURÓPAI UNIÓBAN**

KÉSZÍTETTE: SCHARLE ÁGOTA

BUDAPEST SZAKPOLITIKAI ELEMZŐ INTÉZET

Budapest, 2008. október 25.

A megváltozott munkaképességű munkavállalók nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatásának bővítését célzó közép- és hosszú távú stratégia kidolgozása

Szakértői háttéranyag a Munkaügyi és Szociális Minisztérium számára

TARTALOM

1	A megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci integrációját segítő alternatív munkaerő-piaci szolgáltatások meghatározása	3
2	A célcsoport azonosítása	6
3	A szolgáltatások célja és felépítése	8
4	A szolgáltatást nyújtó szervezetek köre és jellemzői	13
5	A munkaügyi szervezet és az alternatív munkaerő-piaci szolgáltatást nyújtó szervezetek kapcsolata.....	15
6	Finanszírozás.....	16
7	Minőségbiztosítás	18
8	Hivatkozások.....	22
9	Mellékletek	24

ÖSSZEGZÉS

A szakértői háttéranyag a nemzetközi szakirodalom alapján az alternatív szolgáltatások körébe azokat a szolgáltatásokat sorolja, amelyek a megváltozott munkaképességű munkavállalók munkaerőpiaci integrációját segítik, túlmutatnak az aktív munkaerőpiaci programok hagyományos eszközein, és/vagy nem állami intézmények működtetik a szolgáltatást.

A szolgáltatások célcsoportját országonként eltérően, a munkaképesség megváltozásának mértéke és jellege, a megváltozott munkaképesség hivatalos elismerése, biztosítási alapú jogosultság vagy jövedelem alapú rászorultság, illetve a munkaerőpiaci státusz szerint határozzák meg. A munkaképesség megváltozását az 1990-es évek előtt a legtöbb EU tagországban az egészségi állapot felől értékelték, és a rehabilitációs igényeket is ebből kiindulva mérték fel. Ezt egyre inkább felváltja a megmaradt munkaképesség felmérése, ami sok esetben a célcsoportba kerülést és a rehabilitációs szükségleteket is megváltoztathatja. Egy másik tendencia, hogy a fogyatékos emberekkel szembeni egyenlő bánásmód biztosítása érdekében a rehabilitációs szolgáltatásokat is integráltan működtetik, és a speciális igényeket nem a csoport, hanem az egyén szintjén kezelik.

A munkába állást segítő alternatív szolgáltatások céljuk szerint hét csoportba sorolhatók, a célcsoport szűrésétől a megfelelő állásba helyezésig. A nemzetközi gyakorlatban a szolgáltató lehet állami, non-profit, és for-profit szervezet is. A non-profit szolgáltatók szerepe különösen jelentős azokon a területeken, ahol a szolgáltatást nehéz szabványosítani (mint a személyre szabott szolgáltatások többségénél), és ahol az ügyfelektől kevésbé várható, hogy egyedül is körültekintően tudnak dönteni. A non-profit szektor szerepvállalása az angolszász, a skandináv, a kontinentális, és a volt szocialista országokban eltérő. Az angolszász modellben az állam korlátozottan nyújt jóléti ellátásokat, így nem csak kiegészítő, hanem alapellátások biztosítása is a piaci vállalkozásokra, illetve karitatív szervezetekre hárul. A másik pólust a skandináv országok képviselik: ott a nagyon kiterjedt állami ellátórendszer miatt a (máskülönben szintén kiterjedt) nonprofit szektor jellemzően nem a jóléti szolgáltatásokban, hanem a jogvédelem és a szakmai érdekképviselet területén erős. A volt szocialista országokra a skandinávhoz hasonló szerkezetű, de kevésbé kiterjedt nonprofit szektor jellemző.

Az EU tagországok többségében a rehabilitációs szolgáltatásokat jellemzően vagy az állami intézményrendszer végzi, vagy a non-profit szervezetek állami- vagy magán finanszírozással. Az alternatív szolgáltatók ott tudnak leginkább szerződéses, intézményesített keretben

állami finanszírozással dolgozni, ahol a munkaügyi szolgáltatások egy részét privatizálták, például Hollandiában, Nagy-Britanniában és Németországban. Az állami finanszírozás alapvetően kétféle elv alapján történhet: a költség (input) alapú finanszírozás a szolgáltatók költségeit téríti meg, általában valamilyen átalány elszámolás (fejkvóta, normatíva) alapján, míg az eredmény (output) alapú finanszírozás a teljesítmény alapján fizet. Az utóbbi nyilvánvaló előnye, hogy a teljesítmény folyamatos javítására ösztönzi a szolgáltatókat, de körültekintő szabályozást igényel, hogy az ösztönzők jól működjenek. Bár a módszerek néhány évtizede rendelkezésre állnak, az alternatív szolgáltatások értékelésére, hasonlóan a hagyományos szolgáltatásokhoz, kevés tagországban alakult még ki fejlett értékelési rendszer.

1 MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ EMBEREK MUNKAERŐPIACI INTEGRÁCIÓJÁT SEGÍTŐ ALTERNATÍV MUNKAERŐ-PIACI SZOLGÁLTATÁSOK MEGHATÁROZÁSA

Az alternatív munka-erőpiaci szolgáltatásokat a foglalkoztatási rehabilitációs folyamat elemeiként értelmezzük. Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint általában a rehabilitáció olyan szervezett segítség, melyre egészségükben, testi, szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek rászorulnak a társadalomba, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében. Orvosi, szociális, pedagógiai és foglalkozási intézkedések koordinált, személyre szabott összessége, melynek célja, hogy a rehabilitált megelégedett, boldog és lehetőleg teljes értékű polgára maradjon a társadalomnak. (World Health Organization, 1980, idézi Könczei, 1994, Magyar, 2007). A rehabilitáció hagyományos, ún. orvosi modelljében a fogyatékoság személyes probléma, amely betegség, baleset, vagy egyéb egészségügyi körülmény okozott és orvosi kezeléssel, beavatkozással, pl. rehabilitációval enyhíthető. Az újabban alkalmazott, ún. társadalmi modell a fogyatékoságot nem egyedül a személynek tulajdonítja, hanem az őt körülvevő környezettel szoros összefüggésben értelmezi, az akadályok lebontását szorgalmazza és nem a fogyatékos személyeket tekinti problémának (Magyar 2007). A magyar szabályozásban nemrég adaptált FNO (Funkciók Nemzetközi Osztályozása) rendszer - összekapcsolva az orvosi és társadalmi modellt - olyan folyamatként értelmezi a rehabilitációt, amely a fogyatékos ember funkcióinak (fizikai, pszichológiai, oktatási, szociális, szakmai és foglalkozási) lehető legteljesebb visszaállítását célozza annak érdekében, hogy a közösség produktív tagja lehessen.

A fenti, legtágabb értelemben vett rehabilitációs folyamatban alkalmazott szolgáltatások közül a továbbiakban azokat vizsgáljuk, amelyek közvetlenül kapcsolódnak a munkába állás céljához. Az *alternatív* munkaerőpiaci szolgáltatások körét három dimenzió – a célcsoport, a szolgáltatás jellege és a szolgáltató jellege – szerint határoljuk le. Azokat a szolgáltatásokat vizsgáljuk, amelyek a megváltozott munkaképességű munkavállalók munkaerőpiaci integrációját segítik, túlmutatnak az aktív munkaerőpiaci programok (AMP) hagyományos eszközein, és/vagy nem állami intézmények működtetik a szolgáltatást. Az alábbi ábrában ezeket a szolgáltatásokat az ellipszisen belüli szürke részben találjuk. Az ábrában azt is jelöljük, hogy az egyes EU tagországok jellemzően milyen keretek között működnek a megváltozott munkaképességűeket segítő alternatív szolgáltatások.

1. táblázat Az alternatív munkaerő-piaci szolgáltatások meghatározása

	Hagyományos AMP	Személyre szabott, innovatív	
Állami		Dánia, Finno., Svédo. Írország	megváltozott munkaképességűeknek
Állami és magán		Hollandia, Nagy-Britannia Ausztria, Németo.	
Magán (for/non-profit)		Cseho., Lengyelo., Magyaro., Belgium, Franciao., Luxembourg, Görögo, Olaszo., Portugália, Spanyolo.	

Forrás: OECD 2003, Berdeskog 2001, Sivesind 2006. Észtó., Lettó., Litvánia, Szlovákia, Szlovénia: nincs összehasonlító adat

Hagyományos szolgáltatásnak tekintjük a képzést és átképzést, a bértámogatást, az állás-közvetítést, és a védett szervezetben történő (szociális) foglalkoztatást. Az „alternatív szolgáltatások” közé soroljuk a személyes szükségletekhez igazodó komplex programok új elemeit, amelyek a személyességet biztosítják (szűrés, kompetencia-mérés, mentorálás, utánkövetés, stb), illetve a megváltozott munkaképességű munkavállalók speciális igényeire szabott új szolgáltatásokat (pl. munkakipróbálás, közösségi integrációs programok, stb).

A skandináv országokban jellemzően az állami intézményrendszeren belül nyújtják az alternatív szolgáltatásokat is és a szociális ellátások terén a non-profit szervezetek szerepe relatíve kicsi (Wijkstorm 2000, Sivesind 2006). Nagy-Britanniában és Hollandiában az állami foglalkoztatási szolgálat mellett a részben vagy teljesen privatizált szolgáltatói piacon és az ezt kiegészítően működő kiterjedt non-profit szektorban is találunk alternatív szolgáltatásokat. Ausztriában és Németországban is alkalmazzák a kiserződést, de behatároltabb körben: jellemzően a rehabilitációs folyamat egy-egy elemét működteti külső szolgáltató (Tergeist és Grubb 2006). Kelet-Európában és a mediterrán országokban ez a feladat jellemzően a non-profit szektoré (de ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy a szektor fejlettebb, mint máshol).

2 A CÉLCSOPORT AZONOSÍTÁSA

A megváltozott munkaképességű emberek integrációját segítő szolgáltatások célcsoportját elvileg egyszerű meghatározni (=megváltozott munkaképességűek), a gyakorlatban már kevésbé nyilvánvaló, hogy a szolgáltatók kit tekintenek célcsoportjuknak és milyen alapon szűrik ügyfélkörüket.

Az ügyfélkör behatárolásának több dimenziója is lehetséges:

- a munkaképesség megváltozásának mértéke és jellege (ettől függhet ugyanis, hogy a szolgáltatási igények mennyire speciálisak),
- a megváltozott munkaképesség hivatalos elismerése,
- biztosítási alapú jogosultság vagy jövedelem alapú rászorultság,
- munkaerőpiaci státusz (munkanélküli, inaktív, dolgozik).

Az állami intézmények által nyújtott (adminisztrált) szolgáltatások esetében a jogosultságot legtöbbször adminisztratív alapon, jogszabályban meghatározott feltételek teljesülése szerint határozzák meg. A jogosultság feltétele többnyire a megváltozott munkaképességről kiadott egészségügyi szakértői véleményen alapuló hatósági határozat, és esetenként a biztosítási jogviszony (minimális szolgálati idő), vagy a rászorultság (jövedelmi teszt alapján). További feltétel lehet a munkanélküli (aktívan állást keres), vagy regisztrált munkanélküli (nyilvántartásba vették a munkaügyi kirendeltségen) státusz.

A nem állami intézmények alkalmazhatnak hasonló feltételeket, vagy saját szakértők segítségével felmérhetik az ügyfél egyedi szükségleteit. A szükséglet felőli lehatárolás legnyitottabb formája az, amikor a szolgáltatást bárki igénybe veheti, és maga az ügyfél dönti el, hogy az neki való-e, vagy sem. Az állami és a nem-állami szolgáltatók gyakorlata nem feltétlenül független egymástól, a szolgáltatást ugyanis gyakran állami forrásból (is) finanszírozzák, és ez esetben gyakran a finanszírozó szabja meg jogosultság feltételeit.

A munkaképesség megváltozását az 1990-es évek előtt a legtöbb EU tagországban az egészségi állapot felől határozták meg, és a rehabilitációs igényeket is ebből kiindulva mérték fel. Ezt egyre inkább felváltja a megmaradt munkaképesség felmérése, ami sok esetben a célcsoportba kerülést és a rehabilitációs szükségleteket is megváltoztathatja.

Egy másik tendencia, hogy a fogyatékos emberekkel szembeni egyenlő bánásmód biztosítása érdekében a rehabilitációs szolgáltatásokat is integráltan, a többi munkanélkülinek nyújtott szolgáltatásokkal együtt működtetik, és a speciális igényeket nem a csoport, hanem az egyén szintjén kezelik.

Végül, a célcsoport lehatárolását maga a szolgáltatás jellege is befolyásolhatja. Egyes szolgáltatások – például az önértékelést fejlesztő tréningek vagy a munkába állás első időszakát kísérő mentor – ugyanolyan hasznos lehet fogyatékos emberek, más, diszkriminált munkavállalói csoportok, vagy tartós munkanélküliek számára is. Másképp fogalmazva, a fogyatékoságból következő sokféle szükséglet átfed más munkanélküli csoportok szükségleteivel, így az ezekre válaszul kínált szolgáltatások célcsoportját tágabban is meg lehet határozni. Ezt pedig nem szakmai szempontok, hanem inkább a szolgáltató missziója dönti el.

Ausztriában kétféle behatárolást alkalmaznak: a biztosítási alapú rokkantsági járadék megállapítása jellemzően orvosi szempontok, az elveszített munkaképesség mérése alapján történik, míg a munkaügyi kirendeltségen saját módszerrel mérik fel a megmaradt munkavégző képességet, illetve korlátozottságot, és jóval tágabb körnek nyújtanak szolgáltatásokat. Franciaországban több hatóság igazolását is elfogadják a jogosultság alapjául: a rokkantságot megállapító bizottság bizonyítványát, illetve a munkahelyi balesetről, vagy háborús sérülésről szerzett igazolást is. Németországban az jogosult bértámogatásra, aki legalább 50 %-ban rokkant, vagy 30-49 %-ban rokkant és nincs munkája (OECD 2003: A4.8. táblázat, 218. oldal). Nagy-Britanniában a kirendeltségek mérik fel a jogosultságot: első körben azt vizsgálják, hogy segítség nélkül mekkora az ügyfél esélye az elhelyezkedésre. Ha ez csekélynek bizonyul, akkor többféle szolgáltatásra lesz jogosult: ehhez részletesen felmérik az egyedi szükségleteket, és ennek megfelelően ajánlanak szolgáltatásokat (Scharle 2007).

A munkaerőpiaci státuszon alapuló jogosultságra példa Dánia, ahol a rehabilitációs szolgáltatásokat az egészségi állapottól függetlenül mindenki - például a tartós munkanélküliek is - igénybe vehetik, ha ez segíti a munkába állást (Brunel 2002). Ausztriában is szélesen határozzák meg a hozzáférésre jogosultak körét: a munkaügyi kirendeltségen bárki regisztrálhat, aki állást (vagy akár a meglévőnél jobb állást) keres, és a rehabilitációs szolgáltatásokra minden regisztrált jogosult, ha a kirendeltség megítélése szerint olyan fizikai, pszichés vagy mentális fogyatékosága van, ami az elhelyezkedési esélyeit csökkenti (FMEL 2005).

3 A SZOLGÁLTATÁSOK CÉLJA ÉS FELÉPÍTÉSE

3.1. A szolgáltatások hét csoportja

A munkába állást segítő szolgáltatásokat céljuk szerint hét csoportba rendeztük (Magyar 2007b, Carcillo és Grubb 2006 alapján).

a. Potenciális ügyfelek elérése és célcsoport kiválasztása

- információs csatornák (pl. érdekvédő szervezetek, iskolák, egészségügyi intézmények) felmérése és kihasználása
- szűrés: annak megállapítása, hogy az ügyfél a célcsoportba tartozik-e

b. állapot, képesség, szükségletek felmérése

- egészségi állapot és orvosi rehabilitációs lehetőség/szükséglet felmérése
- megmaradt képességek felmérése, legkönnyebben fejleszthető képességek azonosítása

- munkavállalást akadályozó külső körülmények (család, lakóhely) azonosítása

c. motiváció megteremtése és fenntartása

- személyes motiváció felmérése
- személyes motivációt fejlesztő tréning
- önértékelést, önismeretet fejlesztő tréning
- személyes esetgazda: segítség, tanácsadás, és dokumentáció a teljes folyamatban
- egyéni akcióterv elkészítése a munkába állás teljes folyamatára
- egyéni akcióterv rendszeres megbeszélése, felülvizsgálata
- közvetlen motivációs eszközök (pl. akcióterv teljesítéséhez kapcsolt anyagi ösztönzők, írásos nyilatkozat a személyes vállalásokról, stb.)
- mentorálás a munkába állás első időszakában
- utókövetés

d. fogyatékból eredő vagy más közvetlen akadályok elhárítása

- akadálymentesítés a munkavállalást segítő szolgáltatásokban (információs forrásokban, képzési programokban, stb)
- a fogyatékból eredő akadályokat kompenzáló segítség a munkakeresésben és munkába állásban (pl. jelnyelvi tolmács az állásinterjúhoz, munkatársakkal való kommunikációhoz, stb)
- családi kötelezettségek (családtag ápolása) megoldása (pl. bölcsődei férőhely, szakápolás megszervezése)
- kirendeltségre, interjúra utazás szervezése, támogatása (vagy a kirendeltségi ügyintéző utaztatása)
- álláskereséshez kapcsolódó segítség: internethozzáférés, ruhavásárlás, stb.

e. munkavégző képesség fejlesztése

- általános képzés, készségfejlesztés
- szakmai képzés és átképzés
- tréning és tanácsadás az egészségi problémák kezelésére
- életmód tanácsadás és tréning

f. környezet (család, barátok, más segítők) együttműködésének facilitálása

- potenciális laikus segítők felmérése, felkészítése, bevonása
- potenciális szakmai segítők megkeresése, szerepek összehangolása

g. megfelelő munkahely megtalálása (mmk esetén kialakítása is)

- állás interjú gyakorlása, magabiztos fellépés fejlesztése
- álláskeresési tréning és tanácsadás
- személyes preferenciák felmérése
- személyes képességeknek és preferenciáknak megfelelő állások, munkáltatók felkutatása
- munkakipróbálás
- munkáltatói igények felmérése
- potenciális munkáltató motiválása (pénzügyi ösztönzőkkel, tájékoztatással, próbaidővel)
- munkahely, munkaeszközök ergonómiai átalakítása (tanácsadás, megvalósítás)
- munkahelyre eljutás megszervezése, anyagi támogatása
- munkatársak felkészítése, bevonása
- „brigád” szervezése, facilitálása
- tanácsadás, kedvezményes hitel saját vállalkozás indításához
- foglalkoztatás megszervezése (támogatott, szociális, védett foglalkoztatás)
- munkáltató rehabilitációs tevékenységének ösztönzése és facilitálása

[a] Egy egészségügyi szakemberek által alapított görög non-profit szervezet azzal a céllal jött létre, hogy a vidéken, kisebb településen élők számára is elérhetővé tegye a pszichoterápiás és rehabilitációs szolgáltatásokat. A szervezet mobil egységeket hozott létre, amelyek kimennek a kisvárosokba és falvakba, a helyi családsegítő, gyermekjóléti vagy egészségügyi intézményekbe. A helyi szociális intézményekkel együttműködve segítik a betegek rehabilitációját és önállóvá válását (Eurofound 2007a).

[b-c] Ausztriában 2001-ben egy speciális célcsoport, a 13-23 éves, fogyatékkal élő fiatalok számára külön tanácsadói szolgáltatást vezettek be (Clearing). Ezen belül felméri a fiatalok képességeit, a munkavállalás akadályait, és a képzési szükségleteket. A motiváció megerősítése érdekében a szolgáltatás része az is, hogy az ügyféllel a közösen meghatározott akciótervről írásos szerződést kötnek (Bothmer 2004).

[c] Az egyéni motiváció fejlesztésének és fenntartásának egyik eszköze a személyre szabott fejlesztési terv, amit az ügyféllel közösen készítenek el. Ennek számos szabványosított változata használatos, ilyen például az Egyesült Államokban használt Egyéni Foglalkoztatási Program (Individual Program for Employment), amit Magyarországon is alkalmaznak non-profit szervezetek (Magyar 2007). Az IPE részei a közösen meghatározott szakmai célok, a kapcsolódó és igénybeveendő és vehető szolgáltatások, a tanácsadó megjegyzései, az ügyfél és a tanácsadó felelősségei, a felmért meglévő kompetenciák, és az IPE kézikönyv. A motiváció megerősítése érdekében az ügyfél írásban véleményezi a saját tervét, és saját szavaival is megfogalmazza a lehetőségeit. Az IPE kézikönyv rögzíti a teendőket és a felmerülő kérdéseket. Az ügyfél nyilatkozatot ír alá, arról, hogy megkapta a kézikönyvet és megértette annak tartalmát.

[e] Nagy-Britanniában a megváltozott munkaképességű munkanélküliek 6-13 hetes programban (Condition Management Programme) vehetnek részt, ahol az egészségi állapotukból következő korlátok és nehézségek, például a fájdalom enyhítéséhez kapnak segítséget. A program modulokból áll: egyes modulok egységesen minden résztvevőnek szólnak, más modulokban igény szerint egyénileg vesznek részt. A tanfolyamot a munkaügyi kirendeltség finanszírozza, a szervezést a kirendeltség és a helyi egészségügyi szolgálat szakértőiből álló team végzi, a modulokat saját és szerződéses alapon bevont egészségügyi szakemberek tartják (Barnes és Hudson 2006). A program bevezetését kísérleti fázis előzte meg; ennek részeként alaposan felmérték a helyben már működő, és a programba beépíthető szolgáltatásokat. A már meglévő és jól működő szolgáltatásokat integrálták a programba (függetlenül attól, hogy a szolgáltató állami vagy magán intézmény volt-e.)

[g] Nagy Britanniában a megváltozott munkaképességű munkanélküliek integrációját segítő speciális programok (New Deal for the Disabled, Pathways to Work) részeként a munkaügyi kirendeltség erre specializálódott munkaközvetítőt (job broker) bízhat meg a megfelelő állás felkutatására. A közvetítők dolgozhatnak for profit vagy non-profit alapon is. A megoldás előnye, hogy a közvetítők nem csak a szükséges szaktudással, de nagyobb tapasztalattal is bírnak és jobban ismerik a potenciális munkáltatókat is, mint azok, akik vegyes ügyfélkörrel dolgoznak (Carcillo és Grubb 2006).

[g] Ausztriában 2001-ben vezették be országosan a mentorálási (job coaching) szolgáltatást a munkába állás első időszakában felmerülő problémák megoldására. A mentor néhány hétig együtt napi kapcsolatban van az ügyféllel és munkahelyére is elkíséri, a következő hat hónapban rendszeresen megkeresi, és ha szükséges tanácsot, segítséget ad. Kérésre a munkáltatót és a munkatársakat felkészítő szakértő is rendelkezésre áll.¹ A szolgáltatást a munkaügyi szervezettel szerződéses viszonyban álló non-profit szervezetek képzett munkatársai (pszichológus, szociális munkás) biztosítják, a finanszírozást a szövetségi szociális hivatal regionális kirendeltségei adják. Németországban az állásuk megtartása érdekében személyes segítőt igényelhetnek a megváltozott munkaképességű dolgozók. A szolgáltatást az állam finanszírozza (Carcillo és Grubb 2006). Írországból hasonló támogatás igényelhető a munkahely átalakítására és a munkába állás első időszakában felmerülő nehézségek megoldására.

3.2. A szolgáltatások felépítése

Az alternatív szolgáltatások egyik csoportja a hagyományos szolgáltatásokhoz kapcsolódva biztosítja a célcsoport speciális szükségleteinek kielégítését. Ilyenek az akadálymentesítést nyújtó szolgáltatások, például jelnyelvi tolmács, ami bármilyen más, hagyományos vagy alternatív szolgáltatás kiegészítőjeként működhet.

A másik nagy csoport az összetett programoké, amelyek az integráció teljes folyamatát, vagy annak jelentős részét felölelve, egymásra épülő szolgáltatásokat tartalmaznak. Ezekben a programokban nem csak az egyes szolgáltatási elemek, hanem maga a folyamat is speciális szükségleteket elégít ki: az ügyfélnek megfelelő szolgáltatások meghatározása, megszervezése, és a személyes figyelem, amit a teljes folyamatot menedzselő esetgazda tud

¹ A bevezetésekor komplex programként működő szolgáltatás azóta több átalakuláson esett át, és fókuszában csökkent a hátrányokat kompenzáló, munkavégző képességet fejlesztő szolgáltatás-elemek súlya (Koenig 2007).

biztosítani. Az aktív munkaerőpiaci programokra vonatkozó nemzetközi értékelések tanulsága szerint az összetett programok egy főre jutó költsége ugyan nagyon magas, hatásosság szempontjából azonban ezek bizonyultak a legjobbnak (Galasi és szerzőtársai 2007).

A kiegészítő jellegű szolgáltatásra példa az olasz állami egészségügyi rendszeren belül működő Integrációs Szolgálatok (SIL), amelyek a megváltozott munkaképességű munkavállalók számára nyújtanak speciális tanácsadási és elhelyezkedési szolgáltatásokat. Feladatuk elsősorban az informálás, a szervezés, a főáramú szolgáltatások kiegészítése: felméri az ügyfél személyes motivációit és szükségleteit, megszervezik a szükséges képzést vagy tréninget, megkeresik és tájékoztatják a potenciális munkáltatókat, együttműködnek a munkaügyi és szociális szervezetekkel, a munkába állás első időszakában mentori támogatást is biztosítanak (Magyar 2007 és Eurofound 2007b).

Hasonló jellegű az osztrák rendszerben a fogyatékos fiatalok integrációját segítő közvetítői szolgáltatás („Clearing”), amit non-profit szervezetek üzemeltetnek. A szolgáltatás lényege, hogy a fiataloknak és családjuknak segít eligazodni a képzési lehetőségek és támogatások meglehetősen bonyolult rendszerében, segít felmérni a fiatalok képességeit és preferenciáit és megtalálni az ennek megfelelő szakképzési formát és helyet (Bothmer 2004).

Az állami szolgáltatás alternatívájaként működik az ausztriai Karintia tartományban nemrég kísérletként bevezetett új, munkero-kölcsönzéshez hasonló szolgáltatás, amit egy non-profit szervezet működtet a tartományi kormánnyal kötött megegyezés alapján. A korábban súlyos fogyatékoságuk miatt védett munkahelyen dolgozók számára a szervezet olyan munkáltatót keres, amely vállalja az ügyfél integrált foglalkoztatását (részmunkaidőben – mivel így nem veszítik el a jogosultságok a rokkantsági járadékra sem). A non-profit szolgáltató a tartományi költségvetésből megkapja a védett munkahelynek megfelelő támogatást, és ő lesz az ügyfél munkáltatója. A tényleges munkáltató nem fizet bért, de cserében vállalja az integrált és „értelmes” foglalkoztatás megszervezését (Koenig 2007).

Az érintett felek teljes körére kiterjedő szolgáltatásra példa az Adecco és az AIDP olaszországi projekje, amely Down kóros fiatalok munkába állását célozta. A projekt részeként felmérték a potenciális munkáltatók körét, a kiválasztott *munkáltatók* számára tájékoztatást adtak a Down kóros munkavállalók alkalmazásának előnyeiről, és bemutatták nekik a jelölteket. A Down kóros fiatalok *családjait* tájékoztatták a diszkriminációellenes szabályozásról és az állami támogatásokról, a felnőtté vált fiatalok lehetőségeiről az önálló(bb) életvitel kialakítására, és felkészítették őket az önállóság bátorítására és a

munkavállalással járó változásokra. A *Down kóros fiatalokat* felkészítették a munkavállalói szerepre, az állásinterjúra, közösen elkészítették személyes profiljukat és képzési tervüket, elkísérték őket az első megbeszélésekre, amelyen a munkaszerződés részleteit tisztázták, és szükség szerint az AIPD legfeljebb 6 hónapos képzést is biztosított. A munkába állás első időszakában egyéni és csoportos foglalkozásokkal is támogatták a fiatalokat. A projekt teljes ideje alatt *minden érintett* szereplő bármikor tanácsért, segítségért fordulhatott az AIPD munkatársaihoz (Business and Responsibility 2006).

4 A SZOLGÁLTATÁST NYÚJTÓ SZERVEZETEK KÖRE ÉS JELLEMZŐI

Az 1. fejezetben bevezetett meghatározás szerint az alternatív szolgáltatásokat állami, non-profit, és for-profit szolgáltatók is működtethetik. A non-profit szolgáltatók szerepe különösen jelentős azokon a területeken, ahol a szolgáltatást nehéz szabványosítani (mint a személyre szabott szolgáltatások többségénél), és ahol az ügyfelektől kevésbé várható, hogy egyedül is körültekintően tudnak dönteni. Az érték-alapon létrehozott (és nem profit-érdektől vezérelt) non-profit szervezetek alkalmazottai ilyen helyzetben is motiváltak jó minőségű szolgáltatást nyújtani és a formális munkakörükön túlmenő feladatokat is elvégezni, ha ez szükséges a vállalt cél eléréséhez (Francois 2002, idézi OECD 2005). A megváltozott munkavállalási képességű embereknek nyújtott szolgáltatások terén sok országban jelentős a non-profit szereplők súlya, ami a fentiekén túl abból is adódik, hogy ezen a területen (az oktatáshoz, vagy a nyugellátáshoz képest) viszonylag későn alakultak ki az állami ellátórendszer szolgáltatásai.

A speciális, személyre szabott szolgáltatásokat nyújtó szervezetek jellemzően kicsik, vagy hálózatosan szervezett kisebb egységekből állnak, mivel ebben a keretben lehet megtartani azt az informális és rugalmasságot, amit a személyre szabott szolgáltatások igényelnek.

A non-profit szektor szerepvállalása országonként eltérő. Salamon és szerzőtársai szerint (2003) Európában négy nagy modell működik: az angolszász, a skandináv, a kontinentális, és a volt szocialista országoké. Az angolszász modellben az állam korlátozottan nyújt jóléti ellátásokat, így nem csak kiegészítő, hanem alapellátások biztosítása is a piaci vállalkozásokra, illetve a magánérdekből létrehozott karitatív szervezetekre hárul. Az állami szerepvállalás ugyan minden országban megnőtt a második világháborút követően, de a hagyományosan kisebb állam még ma is kivehető a brit jóléti rendszer felépítésében. Az angolszász modellben a non-profit szervezetek súlya jelentős, és a jogvédelem, szakmai érdekvépviselet mellett a szolgáltatásokban is komoly szerepük van. A non-profit szolgáltatások

finanszírozásában jelentős a térítési díjak súlya (ez Angliában kevésbé jellemző, Ausztráliában és az USÁban inkább). A skandináv országok a másik pólust képviselik: ott a nagyon kiterjedt állami ellátórendszer miatt a (máskülönben szintén kiterjedt) nonprofit szektor jellemzően nem a jóléti szolgáltatásokban, hanem a jogvédelem és a szakmai érdekvédelem területén erős. Mindkét csoportban erősen támaszkodnak az önkéntes segítők munkájára. A kontinentális modellben az állami intézményrendszerrel szoros kapcsolatban működnek a non-profit szervezetek. A finanszírozás nagyrészt állami forrásokból származik (különösen Ausztria, Belgium, Franciaország, Hollandia és Írország esetében), és éppen ezért nagyobb arányban is támaszkodnak fizetett alkalmazottakra. Tevékenységükben a szolgáltatások (különösen az oktatás, a szociális ellátások és az egészségügy) dominálnak az érdekvédelemmel szemben. Salamon és szerzőtársai (2003) szerint a skandináv országoktól eltérően – nagyrészt az intézményesült egyházak, és különösen a katolikus egyház hatalmának köszönhetően – a jóléti ellátások iránti növekvő igénynek az állam nem saját intézményeinek bővítésén, hanem a gyakran egyházi keretek között működő önkéntes szervezeteknek adott támogatásokon keresztül igyekezett megfelelni. Ebből alakult ki a ma megfigyelhető szoros és kiterjedt együttműködés a civil szektor és az állami intézmények között. Franciaország annyiban más utat járt be, hogy ott a szekulárisabb társadalomnak megfelelően inkább a skandináv modell működött egészen az 1980-as években bevezetett decentralizációig, amikor a jóléti ellátások korábban nagyobb részét bízták a helyi önkormányzatokra – akik a civil szféra bevonásával igyekeztek megfelelni az újonnan támadt feladataiknak. Végül, a volt szocialista országokban – legalábbis az 1990-es évek közepén készült adatfelvétel szerint – a skandinávhoz hasonló szerkezetű, de kevésbé kiterjedt nonprofit szektor volt a jellemző.

Arról nem találtam adatot, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalókat segítő szolgáltatások piacán pontosan mekkora az alternatív szolgáltatások aránya az EU tagországokban, illetve mekkora a nonprofit szektor jelentősége. Egy 2001-ben publikált áttekintés szerint jónéhány EU tagországban a nonprofit szektor nem működtet önálló (nem, vagy nem kizárólag államilag finanszírozott) programokat, de más források helyenként ennek ellentmondanak (Berdeskog 2001). Az egyes szervezetek vagy programok ismertetői arra utalnak, hogy minden országban jelentős az érintettek (fogyatékos emberek vagy családjuk) által létrehozott szervezetek szerepe.² Berdeskog (2001) szerint például Ausztriában jellemzően nincsenek nem állami pénzből finanszírozott integrációs szolgáltatások,

² Néhány nagy nemzetközi ernyőszervezet taglistája alapján a vélhetően nagyobb nemzeti szervezetek listáját a 2. mellékletben gyűjtöttem össze.

de fogyatékos fiatalok szülei által alapított non-profit szervezetek működtetnek mentori szolgáltatást, elsősorban a halmozottan sérült vagy értelmi sérült munkavállalók számára. Finnországban magánügynökségek és nyugdíjbiztosítók is kínálnak foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokat. Csehországban a védett foglalkoztatásban, a foglalkozási rehabilitációban és a támogatott (mentorálással, tanácsadással) foglalkoztatásban is működnek nem állami szolgáltatók, többségük a non-profit szektorban (lásd még 1. sz. melléklet).

5 A MUNKAÜGYI SZERVEZET ÉS AZ ALTERNATÍV MUNKAERŐ-PIACI SZOLGÁLTATÁST NYÚJTÓ SZERVEZETEK KAPCSOLATA

Az EU tagországok mindegyikében van a munkanélküliek újbóli munkába állását segítő állami foglalkoztatási szolgálat, területi kirendeltségi hálózattal. Vannak tagországok, ahol ezek az irodák adminisztrálják a munkanélküli ellátásokat és a szociális segélyeket is, és van, ahol teljesen integráltan működnek a munkaügyi és a szociális szolgáltatások. Az alternatív szolgáltatók kapcsolatrendszer az állami intézményrendszer függvényében alakul: nyilván ott egyszerűbb a kapcsolattartás, ahol egyetlen, integrált szervezettel kell együttműködni.

A kapcsolatokat emelett az is erősen befolyásolja, hogy milyen a finanszírozási rendszer (a négy jellemző modellről lásd az előző fejezetet). Az egyik véglet, ha az állami intézmények az állami programokat maguk működtetik és a non-profit szervezetek kiegészítő szolgáltatásokat nyújtanak, pályázati vagy nem állami forrásból. A másik véglet, ha az állami programokat szerződéses alapon magán-szolgáltatók is működtethetik, állami finanszírozással.

Németországban az érintett állami és nem állami szervezetek koordinálását a 2002-ben létrehozott, állami tulajdonú integrációs ügynökségek (Integrationsfachdienste) végzik. Ezek tartják a kapcsolatot a szövetségi foglalkoztatási szolgálattal és a regionális rokkantsági központokkal, megkeresik és tájékoztatják a potenciális munkáltatókat, és egyes szolgáltatásokat³ is ők szerveznek meg az ügyfelek számára (OECD 2003). Ehhez hasonló, csak az egészségügyi szervezethez telepített (és egyelőre nem minden régióban működik) fentebb említett olasz integrációs szolgálat is. Ausztráliában is egy külön szervezet, a megváltozott munkaképességűek nyílt foglalkoztatási szolgálata (Disability Open Employment Services vagy Disability Employment Assistance) szervezi és finanszírozza a rehabilitációs szolgáltatásokat (Carcillo és Grubb 2006).

³ Az integrációs ügynökség feladata például megszervezni a betanítást (vállalaton belüli képzést), illetve szükség esetén a megfelelő pszichés, vagy szociális ellátáshoz való hozzáférést is (SchwabAG 2001).

Speciálisan a fogyatékos (13 és 23 év közötti) fiatalok eligazodásának támogatására hozták létre Ausztriában a Clearing hálózatot. A hálózat felépítésekor megkeresték a már működő, hasonló szolgáltatást nyújtó non-profit szervezeteket, akik ajánlatot tehettek a „Clearing” működtetésére. Az ajánlatokat elsősorban a szakmai, módszertani tartalom és csak másodsorban a költségek alapján bírálták el. A szolgáltatás elsősorban igényfelmérésből és tanácsadásból áll, az ügyfeleket ennek alapján irányítják tovább a szükségleteiknek megfelelő más (elsősorban képzési) szolgáltatókhoz vagy munkáltatókhoz (Bothmer 2004).

6 FINANSZÍROZÁS

Az EU tagországok többségében - a szakmai képzés és átképzés, a bértámogatással vagy védett szervezeten belüli foglalkoztatás kivételével - a rehabilitációs szolgáltatásokat jellemzően vagy az állam intézményrendszer végzi állami finanszírozással, vagy a non-profit szervezetek állami (pályázati) vagy magán finanszírozással. Az alternatív szolgáltatók ott tudnak leginkább szerződéses, intézményesített keretben állami finanszírozással dolgozni, ahol a munkaügyi szolgáltatások egy részét privatizálták, például Hollandiában, Nagy-Britanniában és Németországban.

Az állami finanszírozás alapvetően kétféle elv alapján történhet: a költség (input) alapú finanszírozás a szolgáltatók költségeit téríti meg, általában valamilyen átalány elszámolás (fejkvóta, normatíva) alapján, míg az eredmény (output) alapú finanszírozás a teljesítmény alapján fizet. Az utóbbi nyilvánvaló előnye, hogy a teljesítmény folyamatos javítására ösztönzi a szolgáltatókat, de körültekintő szabályozást igényel, hogy az ösztönzők jól működjenek. Az egyik lehetséges hiba például, ha a szolgáltatót bevonják az ügyfelek szűrésébe: ekkor ugyanis abban lesz érdekelt, hogy a jobb eséllyel elhelyezhető embereket válogassa ki saját programjába (lefölözés), és nem azok kapják a szolgáltatást, akik arra legjobban rászorulnának.

Szerződéses alapú állami finanszírozás hiányában az alternatív szolgáltatók a lakosságtól, a vállalkozásoktól, vagy eseti megoldásokkal (pl. pályázatok útján) az államtól is kaphatnak forrásokat. Ezek aránya elsősorban a kulturális és intézményes hagyományoktól függ.

A Holland rendszerben a rehabilitációs szolgáltatások nagyrészét privatizálták (a szűrést és szükségletfelmérést – a 3. fejezetben az *a* és *b* funkciót követő fázisokat), a non-profit és for-profit szolgáltatók a munkaügyi kirendeltségek és az önkormányzatok által meghirdetett tender kiíráson nyerhetnek szolgáltatási szerződéseket, és ezután állami finanszírozással ők

látnak el az állam által előírt funkciókat. Egyes önkormányzatok a teljes folyamatot, tehát a szűrést is kiszereződik, leggyakrabban egy helyben működő kisebb szolgáltatónak. A holland rendszerben a rehabilitációs szolgáltatások finanszírozása részben a költségek és részben az eredmények alapján történik, ami azzal is jár, hogy az állam elsősorban a teljesítményt figyeli és nem a rehabilitációs folyamat lépéseit. Más szóval, a szerződő szolgáltatók jelentős szabadságot kapnak abban, hogy hogyan a rehabilitációs folyamat egy-egy fázisán belül milyen szolgáltatást nyújtanak, hogy szervezik meg, milyen módszertant alkalmaznak, stb (Struyven 2004).

Az Egyesült Államokban utalványos (vócser) rendszerben finanszírozza az állam a rehabilitációs szolgáltatásokat. A szolgáltatásra jogosultak utalványt kapnak, és a szolgáltatók állam által kijelölt listájáról maguk választhatnak, és ők döntenek el azt is, hogy mikor és mennyi időre veszik igénybe az adott szolgáltatást. A szolgáltatók nem az utalvány, hanem a sikeres elhelyezkedések, vagy egy-egy köztes lépés sikeres teljesítése (vagyis a teljesítményük) alapján kapnak finanszírozást. A modell előnye, hogy az ügyfelek motivációját erősíti a saját döntés, a szolgáltatókat pedig a minőség javítására ösztönzi a verengés az ügyfelekért, illetve a teljesítmény alapú finanszírozás. Nem egyértelmű azonban, hogy ez a modell képes-e kellő számú jó minőségű szolgáltatót vonzani illetve életben tartani (Carcillo és Grubb 2006).

A (for profit) vállalati finanszírozásra példa az Olasz Down Kórosok Egyesülete (AIPD) és az Adecco Alapítvány közös projektje Olaszországban, amelyben down kóros fiataloknak adnak munkát. Az Adecco Alapítványt a több országban is működő HR tanácsadó és szolgáltató cég, az Adecco csoport hozta létre, a hátrányos helyzetű csoportok munkaerőpiaci integrációjának támogatására. A projektben a potenciális munkáltatók és az érintett családok kaptak tájékoztatást és felkészítést, a down kóros fiatalok pedig képzést. Az Adecco olasz fiókja vállalta, hogy 2003-ban az alkalmazottai decemberi béréből minden ledolgozott óra után egy eurócentet a projektnek utal át (innen a projekt neve: „1 cent 1 esély”, Business and Responsibility 2006, Adecco 2005). Adecco Alapítványok működnek még Belgiumban, Franciaországban, Németországban és Spanyolországban is: 2003-ban együttesen 8500 megváltozott munkaképességű ember munkához jutását támogatták.

7 MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS

A Rehabilitation International rehabilitációval foglalkozó szervezeteket tömörítő szövetségének európai tagszervezete 2004-ben készített egy felmérést a jó gyakorlatokról, és ennek részeként az értékelési módszerekről is (RI Europe 2005). A felmérés eredményeit bemutató jelentésben a következő alapvető értékelési szempontokat fogalmazták meg:

1. a társadalmi befogadás és az ügyfél önállóságának elért szintje
2. az ügyfél saját értékelése a szolgáltatás sikeréről, és elégedettsége azzal kapcsolatban, hogy hogyan vett részt, hogyan vonták be a rehabilitációs folyamatba
3. az egyenlő és igazságos ügykezelést, egyenlő hozzáférést és a más érintett szervezetekkel való partneri viszonyt biztosító elvek, eljárásrendek és az ezeknek megfelelő működés
4. az ügyfél környezetét (családját, gondozóit, a tágabb közösség tagjait) érintő hatások
5. alapos önértékelés, innováció és folyamatos fejlődés ami a teljesítményt jelző kulcsindikátorok időbeli alakulásában is tetten érhető, releváns és elismert akkreditáció megszerzése.

A hatékony értékelési folyamat elemeit az alábbiak szerint határozták meg:

1. az ügyfelek és/vagy képviselőik részt vesznek az értékelés megtervezésében és lebonyolításában és az eredmények kiértékelésében is
2. az országon belüli és nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében az értékelés a WHO funkcionális osztályozására (International Classification of Functioning, Health and Disability) támaszkodik
3. az elért eredményeket és a folyamat hatékonyságát is mérik
4. többféle adatforráson alapul:
 - az ügyfelek, családjuk és/vagy gondozójuk véleménye
 - a szolgáltató alkalmazottainak véleménye (percepciója)
 - a szolgáltatótól kilépő alkalmazottak véleménye
 - a szolgáltatóval együttműködő más szervezetek/szolgáltatók véleménye
 - a szolgáltatás finanszírozójának/megrendelőjének véleménye
 - a szolgáltatóhoz ügyfeleket irányítók véleménye
 - a helyi közösség véleménye
5. az értékelésekben többféle megközelítést alkalmaznak:
 - a szolgáltató működését hozzámérik más szervezetekéhez és az ismert jó gyakorlatokhoz (benchmarking)
 - kérdőíves elégedettség felmérések
 - bizonyíték az elért "hard" és "soft" eredményekről is (pl. egészségi állapot javulása, társadalmi haszon)
 - a szolgáltató szervezet működési elveinek és értékeinek értékelése
 - az ügyfelek utókövetésén alapuló információ a későbbi boldogulásukról

Az aktív munkaerőpiaci eszközök (nem csak a rehabilitációs szolgáltatások) eredményességére vonatkozó nemzetközi szakirodalom alapján Galasi és szerzőtársai (2007) nagyon

hasonlóan határozzák meg a finanszírozó (kormányzati) intézmény számára legfontosabbnak bizonyult értékelési szempontokat. A program szervezésének általában vett alapossága mellett a következőket emelik ki:

- Mennyire reflektál a program a helyi munkaerőpiaci problémákra? Van-e kereslet a helyi munkaerőpiacon azokra a képességekre, melyeket a program nyújt az abban résztvevőknek?
- Mennyire körültekintően választják ki a szolgáltatást nyújtó szervezeteket? Hogyan ellenőrzik a szolgáltatók teljesítményét, és történik-e visszacsatolás?
- Ismertek-e a programban résztvevők motivációi? Mennyire elégedettek a résztvevők a nyújtott szolgáltatással és felvetett problémák visszacsatolódnak-e?
- Gyűjtenek-e adatokat a programokban résztvevők későbbi munkaerőpiaci életútjáról? Készülnek-e hatástanulmányok a sikerességről és történnek-e ezek alapján visszacsatolások?

Egy mindezen szempontoknak megfelelő értékelés jó minőségű adatokat, elegendő időt, és ökonometriai szakértelmet is igényel. A legtöbb esetben azonban ez a befektetés gyorsan megtérül, ha az értékelés eredményeit felhasználják a szolgáltatások esetleges hibáinak kijavításához. A költségek azon keresztül is csökkenthetők, ha az értékeléshez szükséges információkra már a szolgáltatás megtervezésekor gondolnak, és az adatgyűjtést amennyire lehet beépítik a napi munkafolyamatokba: például az ügyfelekre vonatkozó információkat elektronikusan rögzítik és folyamatosan archiválják is. A hibajelzőként is működő monitoring rendszer is segíthet: ha megbízhatóan jelzi az eredményesség vagy a hatékonyság csökkenését, ennek alapján lehet időzíteni a folyamatban rejlő hibák feltárását célzó részletes (és költséges) vizsgálatokat.

Az egyes szolgáltatások és programok eredményességének vizsgálatára azonban semmilyen monitoring rendszer nem képes: a nyers adatokból előállítható mutatók ugyanis az elhelyezkedést befolyásoló körülmények töredékét tudják csak kiszűrni. Ezeket a vizsgálatokat tehát időlegesen sem lehet kiváltani a monitoring rendszerrel – legfeljebb a gyakoriságukat lehet csökkenteni, ha szűkösek az értékelésre fordítható források.

Egy szolgáltatás eredményessége és hatékonysága több dimenzióban is mérhető: hogy ezek közül a szolgáltató vagy a finanszírozó melyiket tartja fontosabbnak, az a saját kitűzött céljaitól is függ. A finanszírozó számára általában a megtérülés a legfontosabb. Ez a ráfordítás és a teljes (rövid és hosszú távú, anyagi és nem anyagi) hozam összevetésével számítható ki, és a szolgáltatás akkor minősül hatékonynak, ha a hozamok meghaladják a ráfordításokat, és más, hasonló célú programok nettó hozamánál is nagyobb ez a többlet.

Az eredmény-mérés egyes módszerei a hozamok minél teljesebb körének figyelembe vételét célozzák: így az egyéni jövedelem, életkörülmények, egészségi állapot javulásán túl a járulékos társadalmi hasznokat, a család, a tágabb közösség számára jelentkező pozitív változásokat is igyekeznek felmérni és számszerűsíteni. Erre példa az Egyesült Államokban egy san franciscoi jótékonyági alapítvány (Roberts Enterprise Development Fund) által kifejlesztett Social Return on Investment (SROI) mutató, ami a különféle közvetlen és közvetett (például a csökkenő egészségügyi kiadásokból adódó) anyagi hasznok mellett az integrációban, életminőségben, kapcsolatokban jelentkező társadalmi hasznokat is megkísérli felmérni, és amennyire lehet, számszerűsíteni. A mutató kiszámítására több módszer is létezik, ezek közül Magyarországon az angliai New Economic Foundation nevű szervezet módszerét alkalmazták. Ennek lényege, hogy a programtól várt eredményekhez indikátorokat rendelnek és ezekhez olyan, pénzben mérhető mutatókat keresnek, amelyek ha nem is azonosak a cél-indikátorral, de szoros összefüggést mutatnak vele. Az egészségi állapot, mint cél-indikátor mérése helyett például néhány közelítő mutatót (gyógyszer-fogyasztás, kórházi vagy más orvosi ellátáshoz kapcsolódó kiadás, táppénzen töltött napok, stb) használnak (Witkin 2008). A mutatókat több éven át mérik (vagy megbecsülik), kiszámítják az összegük jelenértékét és ezt vetik össze a ráfordításokkal. A módszer előnye a hozamok széleskörű felmérése, hátránya viszont, hogy nem tudja kiszűrni az eredményt befolyásoló külső – nem a programnak köszönhető – hatásokat: kedvező gazdasági helyzetben például jobb eredményeket fog kimutatni, mint recesszió idején, vagy például már az indulásnál motivált résztvevők esetében nagyobb hatást jelezhet, mint azoknál, akik az elején nem bíztak a program sikerében.

A külső körülmények hatásának kiszűrésére az empirikus közgazdasági és szociológiai irodalomban elterjedt, egyéni adatok ökonometriai vizsgálatán alapuló módszerek alkalmasak. Galasi és szerzőtársai (2007) összefoglalója szerint a társadalompolitikai programok hatásvizsgálatának kiterjedt módszertani irodalma Ashenfelter (1978) cikkéig nyúlik vissza, a nyolcvanas évek második felétől kezdve (pl. Ashenfelter és Card, 1985) pedig igazi virágzásnak indult a módszertani kérdések irodalma. Több összefoglaló cikk is létezik (például Blundell és Costa Dias, 2002). A legátfogóbb, bár meglehetősen technikai és ezért nehezen követhető összefoglalás Heckman, LaLonde és Smith (1999) tanulmánya.

Galasi és szerzőtársai (2007) alapos áttekintést ad a hatások mérésének általános problémájáról, az ebből fakadó alapvető nehézségekről, a kísérleti és nem kísérleti módszerekről, a kontrollcsoport megválasztásának gyakorlati problémáiról, illetve a

közvetett hatások mérésének lehetőségeiről. A külső hatások kiszűrése általában azon alapul, hogy a programban résztvevőket egy hozzájuk a lehető legtöbb szempontból hasonló másik, a programból kimaradt (kontroll) csoporthoz hasonlítják, és a két csoportnál megfigyelt eredmények (munkába állás, béremelkedés, egészségi állapot) összevetésével számítják ki, hogy a résztvevőknél megfigyelt hatásból mi tulajdonítható a programnak. A mérés pontossága nagyon erősen függ attól, hogy sikerült-e megfelelő kontroll csoportot találni (ennek részleteiről lásd: 3. sz. melléklet, illetve Kézdi, 2004.)

Bár a módszerek néhány évtizede rendelkezésre állnak, az alternatív szolgáltatások értékelésére, hasonlóan a hagyományos szolgáltatásokhoz, kevés tagországban alakult még ki fejlett értékelési rendszer (további részleteket lásd Scharle 2008).

Koenig (2007) utal arra, hogy Ausztriában a többnyire non-profit képzési intézmények által működtetett foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások esetében általában csak kimeneti kvóták alapján mérik a teljesítményt. Mivel az egyes programokra való jogosultságot nagyrészt a kirendeltségek döntenek el, ez a gyakorlat könnyen lefölözéshez vezet (a jó kimeneti mutatók érdekében nem a rászoruló, hanem a jobb elhelyezkedési esélyű munkanélkülieket küldik a programra). Ezt csak tovább erősíti, hogy a szövetségi szociális hatóság folyamatosan növeli a kvóta előírásokat.

A már említett, szintén osztrák Clearing szolgáltatás esetében például nincs formális előírás arra, hogy milyen végzettséggel lehet valaki tanácsadó a rendszerben, de azt elvárják, hogy legyen tapasztalata ezen a téren, és vegyen részt a rendszeres továbbképzéseken. A szolgáltatás eredményességének mérése érdekében a szakminisztérium 2002-ben megkezdte egy monitoring adatbázis felépítését, amelyben az ügyfelek tb azonosítóját, életkorát, nemét, iskolai végzettségét, a szolgáltatás igénybevételét és azt rögzítik, hogy kapott-e más integrációs ellátást. A tb azonosító segítségével ellenőrizni tudják, hogy munkába állt-e valamikor az ügyfél, és ha igen, mikor (Bothmer 2004).

A kiterjedt és alapos értékelés jó példája a már említett brit kondíció-kezelő (Condition management) program, amit az állami egészségügyi szervezettel szerződésben álló különféle szervezetek működtetnek. Mivel a program a rokkantsági rehabilitációs szolgáltatások része, a munkaügyi minisztérium is figyelemmel kíséri a működését. Ennek érdekében a program bevezetését követően külső kutatócsoportnak is megbízást adtak a nem anyagi (egészségi állapotban, közérzetben) bekövetkező hatások felmérésére, amelyek eredményét egy kötetben publikálták (Barnes és Hudson 2006). A program az egészségügyi hatóság

„minőségjavítási hálózatában” (NHS - The improvement network) is megjelenik: ez a hálózat internetes oldalain keresztül a szolgáltatók és minden érintett fél részére nyitottan nyújt információkat megvalósult jó gyakorlatokról, képzési lehetőségekről, a minőség javításának módszereiről (<http://www.tin.nhs.uk>). A teljes rehabilitációs program értékelésén több kutatócsoport dolgozott, és az egyes program elemek anyagi és nem anyagi hatását, illetve a működés részleteit is vizsgáló kvalitatív és kvantitatív vizsgálat is készült (Scharle 2007).

A Németországi Hartz reformokat is nagyon kiterjedt értékelés kísérte: egyes új programokat eleve határozott időre vezettek be, azzal, hogy az értékelések függvényében döntenek folytatásukról vagy kiterjesztésükről. A különféle programelemeket több külső kutatócsoport értékelte, a fent említett ökonometriai módszerrel (Tergeist és Grubb 2006). Egyes programokat a vártnál jóval gyengébb eredmények láttán jelentősen szűkítették, vagy megszüntették (így például az alkalmi munkásokat foglalkoztató ügynökségek támogatását).

8 HIVATKOZÁSOK

Adecco (2005): Corporate Social Responsibility (CSR) and sustainability report
<http://www.adecco.com/resources/adecco+sustainability+report+2003-04.pdf>

Aeron-Thomas, D., Nicholls, J., Forster, S. és Westall, Andrea (2007): Social Return on Investment: Valuing what matters, Neweconomics Foundation, London

Barnes, H. és Hudson, M. (2006): Pathways to Work: Qualitative research on the Condition Management Programme, Department for Work and Pensions Research Report No 346.
<http://www.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2005-2006/rrep346.pdf>

Bíró E. (2002): Nonprofit Szektor Analízis: civil szervezetek jogi környezete Magyarországon, Emla Egyesület, Budapest, 2002. <http://www.emla.hu/nosza/kutatas/vegtan.pdf>

Brunel Egyetem (2002) *A fogyatékoság definíciói Európában* Szociális Biztonság és Társadalmi integráció Összehasonlító elemzés, letölthető:
<http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=13238&articleID=21240&ctag=articlelist&iid=1>

Business and Responsibility (2006) European case studies, letölthető:
http://www.businessanddisability.org/case_studies/uk.pdf

Condon, C.; Gleb, A.; Gould, J.(2005) *The 30-day placement plan: A road map to employment*. Institute for Community Inclusion, Boston, MA. The Institute Brief , Volume 21 .
Forrás:<http://www.naric.com/research/record.cfm?search=2&type=all&criteria=rehabilitation%20plan&phrase=no&rec=100691>

EIM Business and Policy Research 2002 *Társadalombiztosítás és társadalmi integráció Aktív munkaerőpiaci programok a fogyatékos emberek számára*

Eurofound (2007a) Greece: Society for Social Psychiatry and Mental Health: services for the mentally ill. <http://www.eurofound.europa.eu/areas/socialprotection/casestudies/gr7.htm>

Eurofound (2007b) Italy: The "Alto Vicentino" Servizio Integrazione Lavorativa (SIL - Work Placement Service) <http://www.eurofound.europa.eu/areas/socialprotection/casestudies/it9.htm>

FMEL (2005): Labour market and labour market policy in Austria, Federal Ministry of Economics and Labour, Bécs, 2005. december.

Galasi P., Hudomiet P., Kézdi G., Nagy Gy. (2007) *A munkaerőpiaci programok hatásvizsgálata*, kutatási jelentés, NFÜ, 2007. június.

Kézdi Gábor (2004): *Az aktív foglalkoztatáspolitikai programok hatásvizsgálatának módszertani*

kérdései. Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek, 2004/2.

Koenig, O (2007): Report on the employment of disabled people in European countries: Austria, Academic Network of European Disability experts (ANED) – VT/2007/005

Magyar K. (2007a) (szerk.): Az egyéni fejlődési terv (EFT), mint foglalkozás-rehabilitációs eszköz, EQUAL A/16 Programzáró tanulmány, Érd, 2007.

Magyar K. (2007b) A foglalkozási rehabilitáció, megjelent: Magyar(2007a)(szerk.)

OECD (2003): Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people. OECD, Paris. (különösen: Chapter 5. Integration policy challenges, 103-124.o.)

RI Europe (2005): Landmark Study: Rehabilitation in the 21st Century http://www.riglobal.org/events/RI%20Europe_LandmarkStudy_12Nov05.doc

Salamon, L.M., Sokolowski, S.W., List, R. (2003): Global civil society: an overview, Johns Hopkins University, 2003.

Scharle Á. (2008): Eredményesség- hatékonyság- minőség mérés módszerei az Európai Unióban, résztanulmány „A teljesítés értékelés- és visszacsatolás módszerének korszerűsítése” projekthez, Szociális és Munkaügyi Minisztérium, 2008. október.

Sivesind, K.H.(2006): The Nordic Nonprofit Sector in Comparative Perspective – is there a Nordic Model of Civil Society? Paper presented at the CINEFOGO conference "The Role and Organisation of European Civil Society – Its relationship to state and business and its importance for welfare provision and social cohesion", Roskilde, 15. – 17. november, 2006

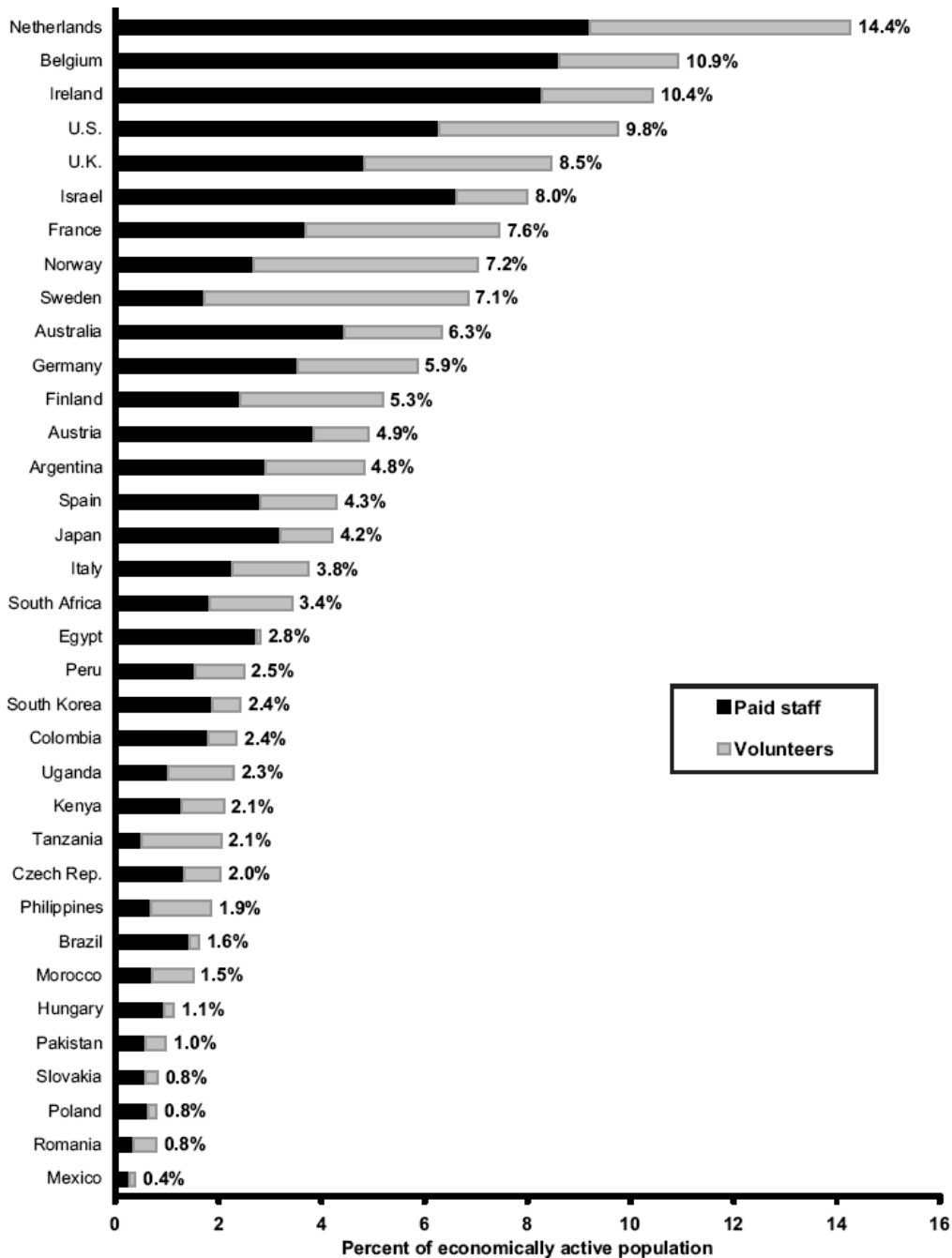
Wijkstrom, F. (2000): Changing Focus or Changing Role? the Swedish Nonprofit Sector in the 1990s, German Policy Studies, Vol. 1, 2000

Witkin, J. (2008): The New Business Metrics: Measuring Social Returns, Triplepundit (internetes folyóirat) 2008. október 1. <http://www.triplepundit.com/pages/the-new-business-metrics-measu-003572.php>

9 MELLÉKLETEK

9.1. Adatok a non-profit szektorról

A. Non-profit szervezetekben foglalkoztatottak aránya az aktív népességben belül, 1995



Forrás: Johns Hopkins, Global civil society: an overview 2003, 3. ábra, 22. oldal. Megjegyzés: paid staff= fizetett, volunteers=önkéntesek

B. Non-profit szervezetekben dolgozók megoszlása a szervezet fő tevékenysége* szerint, 1995

	kultúra	oktatás	eü	szociális	környezet	lakhatás/ foglalk.	jogvéd., érdekképv.	közvetítés	nemzet- közi	szakmai	egyéb
Belgium	11.1	30.5	23.9	22.9	0.5	8.3	0.5	0.3	0.4	1.5	0.0
Cseho.	35.8	10.6	11.9	13.1	6.1	6.7	3.5	2.2	1.4	8.6	0.0
Finnország	32.6	12.4	13.1	15.5	0.7	1.6	16.8	0.2	0.4	6.2	0.4
Franciao.	30.0	14.6	9.2	27.4	5.0	4.7	1.9	0.6	2.4	4.3	0.0
Németo.	19.7	7.6	21.8	27.2	2.8	4.4	3.3	1.0	1.6	4.2	6.4
Magyaro.	36.8	8.9	4.7	15.1	2.2	11.3	2.3	3.7	1.0	14.0	0.0
Írország	10.5	43.0	23.3	13.0	0.9	5.7	0.5	0.7	0.4	1.7	0.3
Olaszország	23.9	14.8	18.0	26.1	1.2	3.6	3.0	0.8	0.6	6.7	1.2
Hollandia	17.2	23.1	29.5	20.3	2.0	1.7	2.9	0.2	1.2	1.8	0.0
Norvégia	41.2	11.2	6.0	14.0	0.6	4.3	6.3	0.2	2.9	13.1	0.3
Lengyelo.	32.7	22.2	6.7	19.5	1.7	1.0	1.0	0.4	1.0	10.8	3.0
Románia	28.6	15.1	8.5	32.2	2.2	2.4	3.8	1.0	4.0	2.4	0.0
Szlovákia	37.0	20.4	1.9	10.1	9.0	1.1	3.8	5.6	0.9	9.1	1.1
Spanyol.	15.2	20.6	10.5	30.8	3.0	9.2	5.9	0.1	2.6	1.8	0.2
Svédország	45.5	6.8	0.9	10.5	2.1	4.4	10.2	0.2	2.3	15.4	1.7
Nagy Brit.	27.5	25.4	8.0	16.0	2.4	12.5	1.8	1.3	2.4	1.5	1.2
Egyesült Áll.	9.0	18.5	34.2	22.1	1.0	4.0	4.9	1.0	0.3	3.9	1.1

Forrás: Salamon et al: Global civil society: an overview 2003. * Besorolás a non-profit szervezetek nemzetközi osztályozása (International Classification of Nonprofit Organizations, ICNPO) szerint.

Megjegyzés: a megváltozott munkaképességűek számára nyújtott szolgáltatások jellemzően három kategóriában jelenhetnek meg: az egészségügyi szolgáltatások (eü) tartalmazza az (orvosi) rehabilitációs szolgáltatásokat, az oktatás az általános képzést, a lakhatás, foglalkoztatás pedig a foglalkoztatást segítő szolgáltatásokat és a közösségi fejlesztési szolgáltatásokat (amelyek része lehet például a munkahely-teremtés, vagy befogadó gyakorlatok kialakítása). A kapcsolódó szolgáltatások (például érintett családoknak nyújtott tanácsadás) megjelenhetnek a szociális szolgáltatások kategóriában is.

C. Főbb ernyőszervezetek Európában

Nemzetközi szervezetek

Disabled Peoples' International www.dpi-europe.org

European Association of Service Providers for Persons with Disabilities <http://www.easpd.eu>

Kelet-európai szervezetek

Center for Independent Living – Bulgaria <http://www.cil-bg.org/en/>

[Union of Disabled People in Bulgaria](#)

Czech National Disability Council

[Estonian Board of Disabled People](#)

[Independent Living Estonia](#)

Értelmi Fogyatékosok Országos Érdekvédelmi Szövetsége (ÉFOÉSZ)

Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ)

Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége (SINOSZ)

Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (VGYOSZ)

[Latvian Disabled Children's and Youth Sports Federation](#) – Lettország

The Lithuanian Rehabilitation Association

Disabled People's International – Lengyelország

[Polish Association of Disabled People](#)

[Polish Society for Rehabilitation of the Disabled](#)

The Friends of Integration Association – Lengyelország

[National Organization of Disabled People in Romania \(ONPHR\)](#)

[Slovak Union of Physically Disabled People](#)

[Slovensky Zvaz Telesne Postihnutych \(Slovak Union of the People with Disabilities\)](#)

Alliance of Organizations of Disabled People in Slovakia <http://www.aozpo.sk>

[Institute for Rehabilitation](#) – Szlovénia www.ir-rs.si

9.2. Az egyéni munkavállalási terv (Individualised Plan for Employment, IPE)

Az Egyesült Államokban kidolgozott IPE egy írásos akcióterv, amely az ügyfél foglalkoztatási céljait és az annak elérése érdekében szükséges szolgáltatásokat rögzíti.

A tervkészítés folyamata egységes protokoll szerint történik.

Az IPE terv rögzíti

- a célokat
- az ennek eléréséhez szükséges lépéseket
- célonként / lépésenként a szükséges szolgáltatásokat
- a lépések végrehajtásának monitorozását, értékelését
- az ügyfél nyilatkozatát, hogy egyetért a célokkal, és megteszi a szükséges lépéseket

Az IPE kidolgozásához az ügyfél személyes segítséget kap, de írásban is tájékoztatják:

“Mit kell tudni az IPE-ről” 4 oldal, általános tudnivalók, amit az első találkozáskor megkap az ügyfél és megbeszélnek az ennek alapján felmerülő kérdéseit.

“Eldöntöm, hogy miben van szükségem segítségre...” 2 oldal, az IPE tervezési folyamatot megkezdő ügyfeleknek adják. Olyan kérdéseket tartalmaz, ami segíti az ügyfelet hogy tisztázzák mit tudnak már most a saját céljaikról és az annak eléréséhez szükséges lépésekről és szolgáltatásokról. Kitöltése nem kötelező, de ajánlott.

Az IPE-t az Egyesült Államokban rehabilitációs szolgáltatásra jogosultakkal a jogosultság megszerzését követően minél előbb, de legkésőbb 90 napon belül indítják el.

Forrás: New York Állam Gyermek és Családi Szolgáltatások Irodája

http://www.ocfs.state.ny.us/main/cbvh/vocrehab_manual/06_IPE.htm

9.3. Az aktív munkaerőpiaci programok hatásvizsgálata

Galasi P. és szerzőtársai (2007) alapján

Az aktív foglalkoztatási eszközök esetén a leggyakrabban vizsgált eredmény a foglalkoztatás, illetve az általa elérhető jövedelem (kereset). A vizsgált kérdés az, hogy milyen hatása van a résztvevők valamilyen módon definiált eredményeire (foglalkoztatás, kereset, állásban maradás hossza, stb.) az adott program. A kérdés egész pontosan az, hogy *milyen eredményt értek el a résztvevők, összehasonlítva azzal, amit akkor értek volna el, ha nem vesznek részt a programban*. A megméréndő hatás tehát egy tényleges állapot (a program utáni eredmény) és egy úgynevezett *tényellentétes állapot* (milyen eredményt értek volna el a program hiányában) összehasonlításából adódik.

Nyilvánvaló, hogy pusztán a program résztvevőinek követésével miért nem azonosítható a program hatása: a tényellentétes eredmények így nem mérhetők. Úgy gondolhatnánk, hogy ha a gazdasági helyzet nem változott jelentősen a program futása alatt, akkor a tényellentétes mérés hiánya nem okozhat gyakorlati problémát. Ez azonban két okból sincs így. A kisebb probléma az, hogy az érintett csoportok iránti kereslet a gazdaság más folyamataitól eltérő módon változhat. Ez a probléma valójában mérési kérdés, és elvileg megoldható – bár gyakorlatilag sosem elhanyagolható. A másik probléma nem pusztán mérési kérdés. Ha a program résztvevőinek meg kell felelniük bizonyos kritériumoknak (pl. fél éve munkanélküli), akkor a veszélyeztetett (magas munkanélküliségi esélyű) csoportokon belül is azok vehetnek csak részt, akik éppen a szükséges időszakban voltak hátrányos helyzetben. Egy részük azonban tipikus esetben a program nélkül is kilábalna ebből, így csak a résztvevők pályáját elemezve ezt a potenciális önerős felemelkedést is a programnak tudnánk be. A jelenséget – amelyet Ashenfelter-horpadásnak (Ashenfelter's dip) is neveznek – és következményeit alább részletesen vizsgáljuk.

A tényellentétes eredmények mérése tehát elengedhetetlen a program hatásának azonosításához. A módszertani problémák pedig a tényellentétes eredmények mérésének nehézségéből fakadnak: valójában sosem tudhatjuk pontosan, hogy mi történt volna a résztvevőkkel, ha nem vesznek részt, hiszen egy egyén vagy részt vesz a programban, vagy nem. Ez a probléma, amit az ökonometriában *identifikációs problémának* neveznek, felfogható úgy, mint amely egy gondolat kísérlet kivitelezhetetlenségéből fakad. A gondolat kísérlet itt nem más, mint hogy egyes egyének eredményeit megmérjük úgy is hogy részt vettek a programban, és úgy is, hogy nem.

A gondolat kísérlet maga ugyan nem valósítható meg, a programban való részvétel véletlenszerű hozzárendelésével (tervezett vagy más néven kontrollált kísérletek) azonban az átlagos hatás identifikálható. Ha különböző emberekre különböző a hatás, akkor viszont ezek a különbségek teljes mértékben kontrollált kísérletek esetében sem identifikálhatók (csak a mérhető ismérvek mentén azok). A véletlenszerű hozzárendelésnek azonban jelentős erkölcsi és politikai költségei vannak.

Részben ez az oka annak, hogy az ilyen kísérletek igen ritkák (másik oka az, hogy a programok szervezői ritkán rendelik alá az átlaluk jónak gondolt programokat a kísérletezgetésnek). Bizonyos esetekben a hatásvizsgálattól független okokból kísérleti jellegű hozzárendelés történik: ezek az ún. természetes kísérletek. Az esetek nagy részében azonban sem tervezett, sem természetes kísérletek nem állnak a programban való részvétel hozzárendelése mögött. Ilyenkor valamilyen kontroll csoport választása az egyetlen járható – bár tökéletlen – út a hatások méréséhez. Megfelelő kontroll csoport kiválasztása rendkívül nehéz, ráadásul a nem jó kiválasztásból fakadó torzítások közvetlenül nem mérhetők.

Forrás: Galasi és szerzőtársai (2007)

9.4. Az aktív eszközök hatékonyságának mérésére alkalmas empirikus kutatási terv és módszerek

Galasi Péter, Kézdi Gábor és Nagy Gyula (kivonat Galasi és szerzőtársai (2007) alapján)

Az ÁFSZ 1995 óta működő úgynevezett aktív-eszköz monitoring rendszer jelenleg csak korlátozottan alkalmas az eszközök hatékonyságának vizsgálatára. Egyrészt a rendelkezésre álló adatok segítségével csak a programok esetleges rövid távú hatásait lehet mérni (a követés időpontja a program befejezését követő harmadik hónap). Másrészt a képzési program kivételével információ csak arról áll rendelkezésre, hogy a programban résztvevő személy a kérdéses időpontjában állásban van-e annál a munkáltatónál, aki a program keretében foglalkoztatta, s így a programból kilépők foglalkoztatásának csak alsó határára kaphatunk becslést. Végül, a monitoring keretében folyó adatgyűjtés nem terjed ki a regisztrált munkanélkülieknek arra csoportjára, amelyik nem vett részt semmilyen programban, a program hiányában megvalósuló kimenetekről tehát semmit sem tudhatunk, így a program esetében megfigyelhető kimenetek nem értékelhetők.

A már elindult/megvalósult programok hatását ún. kvázi-kísérleti programértékeléssel lehet mérni. Ennek az eljárásnak fontos sajátossága, hogy a programban résztvevők csoportját és a kontrollcsoportot csak a beavatkozás után tudjuk definiálni. Ahhoz, hogy a program hatását lehetőleg torzítatlanul becsüljük, a programrésztvevők csoportjának a lehető legnagyobb mértékben hasonlónak kell lennie a kontrollcsoportéhoz. A hasonlósági követelmény azt jelenti, hogy a két csoport megoszlása lehetőség szerint minden - a programkimeneteket befolyásoló - jellegzetességet tekintve azonos legyen. A tényellentétes állapottal kapcsolatos esetleges torzítások problémáját ez a megoldás sem képes azonban teljes mértékben kiküszöbölni, mert a csoportok a programkimenetek szempontjából lényeges, de meg nem figyelt jellegzetességeikben is különbözhetnek egymástól, e jellegzetességek pedig természetükből adódóan nem figyelhetők meg. A meg nem figyelt különbségek problémáját különböző ökonometriai eljárásokkal próbálhatjuk meg kezelni.

A programhatás-elemzések esetén használatos ökonometriai technikák közül az ún. párosítási (matching) modellek alkalmazása a legígéretesebb. Ennek lényege, hogy a programban résztvevő összes egyént egy vagy több a programban részt nem vevő egyénnel párosítja. Párosítás esetén a legfontosabb feltevés, hogy a résztvevők tényellentétes eredményeit (amit részvétel nélkül értek volna el) jól reprodukálják azoknak a nem résztvevőknek az eredményei, akik ugyanazokkal a megfigyelhető ismérvekkel rendelkeznek. Ez igen erős feltevés, ami annál inkább hihető, minél több megfigyelt változóval/jellegzetességgel rendelkezünk. A párosítási eljárás használatának további fontos feltétele, hogy lehetőleg minden résztvevőnek találjunk nem résztvevő párt. Ehhez egyfelől nagy minták szükségesek, másfelől olyan programok esetében alkalmazható, amelyek nem univerzálisak.

A résztvevő és részt nem vevő csoportok (párok) azonosságának biztosításában komoly nehézséget okoz, hogy a magyar munkanélküli nyilvántartás széttagolt adatbázisokból épül fel, és utólag nem lehetséges megbízhatóan rekonstruálni azokat az eseményeket, beavatkozásokat, amelyek az egyénnel a regisztráció folyamán történtek, és amelyek a munkanélküliek foglalkoztatási esélyeit is befolyásolják. Ilyenek például a berendelések gyakorisága, az állásközvetítések, a munkavállalási tanácsadás, az álláskereső tréningen való részvétel, az együttműködési megállapodás előírásai, a különböző jövedelemtámogatások igénybe vétele stb. Ezért a kezelt és a kontrollként használt csoportok összetételének azonosságát akkor tudjuk ellenőrizni, ha megtervezetten, valós időben követjük a munkanélküliségbe belépők regisztrált életpályáját, és minden fontos eseményt rögzítünk. Erre egy beáramlási minta követése a célszerű módszer.

A beáramlási minta követése azzal az előnnyel is jár, hogy megbízhatóan fel tudjuk mérni az egyes aktív programokba való belépés esélyeit. Az aktív programokba lépők szelekciójának vizsgálata azon túl, hogy a programhatás becslését megbízhatóbbá teszi, önmagában is fontos információkat biztosít a döntéshozóknak arról, hogy a programok tervezett célzása a kijelölt munkanélküli csoportokra hogyan valósul meg.

„Használható” programhatás-elemzés további feltétele a két csoport követése a résztvevők programból történt kilépése utáni időszakban. Ennek hiányában ugyanis nem lenne eredmény-/kimeneti változónk. A követéshez kapcsolódó megkérdések gyakorisága és időtávja ugyancsak lényeges. Viszonylag hosszabb idő és többszöri megkérdés alkalmasabbnak tűnik a program hatásának becslésére.

A fentiek alapján jól látszik, hogy az aktív közök hatékonyságának mérését szolgáló empirikus kutatások meglehetősen bonyolultak, idő- és erőforrás-igényesek – részben mert viszonylag nagy mintákkal dolgoznak, részben mert a mintába került egyéneket (a programok időtartamától függően) hosszabb ideig kell követni a regiszterben, részben mert mintát a regiszterből történő kilépés után – kérdőíves utánkérdezéssel – is szükséges követni.

A kutatás lehetséges populációja tehát a munkanélküli regiszterben lévő munkanélküliek összessége. Az adott populációból célszerű mintát venni. Ha – mint esetünkben - követéses vizsgálatról van szó, akkor beáramlási minta javasolt, azaz adott időszakban a regiszterbe lépőket tekintjük vizsgálati mintának. Hogy pontosan mely időtartamhoz kapcsolódó beáramlási mintát válasszunk ki, az a beáramlók számától valamint a beáramlók közül a vizsgálni kívánt aktív programba lépők arányától függ – minél kisebb a beáramlás és az aktív programokba bevontak aránya, annál hosszabb beáramlási időszakot kell választani.

Javaslat egy értékelő kutatás felépítésére

1. Vizsgálandó aktív programok:

Munkanélküliek képzése

Tartós munkanélküliek bértámogatása

2. Populáció:

A regisztrált munkanélküliek

3. Minta:

A munkanélküli regiszterbe 2-5 hónap alatt belépők (a belépési időszak hossza a belépők létszámától és a belépők közül aktív programba kerülők arányától függ), ezen belül a belépők közül képzési és bértámogatási programba kerülők, valamint aktív programban nem résztvevők (kontroll csoport)

4. Követés:

a) A beáramlók követése a regiszterben kb. egy évig, folyamatos információgyűjtés a minta tagjainak kezeléseiről és ellátásairól, az aktív programba lépés esélyének vizsgálata

b) Az aktív programokba belépők követése az aktív programok befejeződésének időpontjáig és az aktív programba be nem lépők további követése a regiszterben ugyanennyi ideig (ez a szakasz várhatóan különböző hosszúságú lesz a képzési és a bértámogatási programok esetében)

c) Az aktív programokban résztvevők valamint az aktív programokban részt nem vevők (kontrollcsoport) munkaerő-piaci életpályájának követése a program befejeződése után többszöri megkereséssel. Az első megkeresésre a program befejeződése után fél évvel, további megkeresésre a program befejeződése után egy-másfél évvel kerül sor.

3. Értékelési technika:

a) Többváltozós regressziós becslések az aktív programba kerülés valószínűségének vizsgálatához

b) Párosítási modellek a programok hatásának becslésére

A kutatás időigénye a képzési programok esetében 2,5, a bértámogatási program esetében 3,5-4 év.