

1. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS MUNKAPIACI STÁTUS ÖSSZEFÜGGÉSEI MAGYARORSZÁGON ÉS EURÓPÁBAN

BÍRÓ ANIKÓ, BRANYICZKI RÉKA & KOLLÁNYI ZSÓFIA

Ebben az alfejezetben kérdőíves és adminisztratív adatok felhasználásával átfogó képet mutatunk arról, hogy miként viszonyul a magyar lakosság átlagos egészségi állapota az európai uniós átlaghoz, valamint milyen erős az összefüggés a foglalkoztatottság és az egészségi állapot között Magyarországon és más európai országokban. Az itt tárgyalt összefüggések egy részével a Közelkép későbbi fejezetei részletesebben foglalkoznak.

Európai összehasonlítás az egészségi állapotról

A magyarok átlagos egészségi állapota európai összehasonlításban nem mondható jónak: a magyar férfiaknál alacsonyabb születéskor várható élettartama csak a lett, litván, bolgár és román férfiaknak, a magyar nőknél pedig csak a román és bolgár nőknek van. A magyar férfiak lemaradása a legjobb értékű EU-tagországtól, Olaszországtól 8,5 év, a nőké a spanyoloktól 6,5.¹ Az egészségben várható életevek számát tekintve kevésbé rossz a helyzet: a férfiak az európai mezőny országainak egyharmadát, a nők a felét megelőzik. Ezzel együtt is, a magyar férfiak átlagosan 60, a magyar nők 62 éves korukig, vagyis mindkettőn a nyugdíjkorhatárt évekkel megelőző életkorukig számíthatnak csak jó egészségre, szemben például az ír, máltai, svéd népességgel, ahol a férfiak és a nők is 70 éves korukig vagy még annál is tovább jó egészségnak örvendhetnek.

Az összesen és az egészségben várható élettartam országok közötti különbségei ráirányítják a figyelmet az egészségben várható évek módszertani jellemzőire: ez a mutató szubjektív önértékelésen alapul, és ezért számos külső tényező (például a viszonyítási csoportok egészségi állapota vagy az egészségről való tudás) befolyásolhatja. Ez magyarázhatja, hogy elég nagy különbségek vannak az országok között abban, hogy milyen hosszú életre számíthatnak még átlagosan az „egészséges évek” letelte után: Svédországban és Bulgáriában csak 7–8, Ausztriában viszont több mint 22. Ezeket a különbségeket az egészségi állapot „objektív” eltérései, de az egészség érzékelésében, értékelésében tapasztalható különbségek egyaránt okozhatják.

A teljes lakosság átlagos egészségi állapota (például a várható élettartam átlaga) azonban elfedi az egészségi állapotnak a társadalom különböző csoportjai közötti egyenlőtlen eloszlását, pedig e tekintetben nagyon jelentős különbségek vannak az európai országok között. Magyarországon, ahogy a többi visegrádi országban is, nagyon nagyok az egészségi állapot egyenlőtlenségei, szemben például a skandináv vagy a mediterrán országokkal, ahol kifejezet-

¹ A születéskor várható élettartam adatai az Eurostat [demo_mlexpec] adatkörén, az egészségben várható élettartamok az Eurostat [hlth_hlye] adatkörén alapulnak és 2018-ra vonatkoznak (letöltés ideje: 2020. július).

ten alacsonyak (Orosz–Kollányi, 2016). Ez azt jelenti, hogy Magyarország fent bemutatott „lemaradása” nem általában a rossz egészségi állapotból fakad, hanem kifejezetten az alacsony státusúak (például alacsony iskolai végzettségűek) súlyos hátrányából. Míg a felsőfokú végzettségű magyar férfiak például csak 4–5 évvel vannak lemaradva az azonos végzettségű svéd vagy olasz férfiakkal képest, addig az érettségivel sem rendelkező férfiak körében ez a hátrány ennek duplája, 11–12 év. Ennek megfelelően Magyarországon sokkal nagyobb a különbség az alacsony és a magas végzettségűek között: Olaszországban egy diplomás férfi 4, Svédországban 4,5 évvel számíthat hosszabb életre, mint egy érettségivel sem rendelkező: Magyarországon ez a különbség 11 év.²

Az alábbiakban három krónikus fizikai (derékfájás, diabétesz, magas vérnyomás) és egy mentális betegség (depressziós tünetek) előfordulásának gyakoriságát mutatjuk be iskolázottság és életkor szerint, a felnőtt lakosságra, az EHIS (*European Health Interview Survey*) 2014-es hullámából származó adatok alapján. A diabétesz és a magas vérnyomás a leggyakoribb nem fertőző betegségek, és a vezető halálokok kiemelt rizikófaktorai, illetve azokkal szorosan összefüggnek; a derékfájás ezzel szemben a halálozási adatokban közvetlenül nem jelenik meg, de jelentősen ronthatja az életminőséget és a munkavállalási hajlandóságot. A fizikális betegségek esetében rákérdeztek a betegség léteire, a depresszív tüneteknél ezzel szemben különféle, a kérdezett hangulatára, közérzetére vonatkozó, indirekt kérdéseket tettek fel. Ez jelentős különbséget jelent a kétféle mutató között: kifejezett krónikus betegségről az tud beszámolni, akinek vagy van ilyen orvosi diagnózisa, vagy kellő információ birtokában ki tudja jelenteni magáról, hogy van ilyen betegsége. Mivel jellemzően mind az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás, mind az egészségről való tudás szempontjából jobb helyzetben vannak a magasabb státusúak (*White és szerzőtársai*, 2009), a magas vérnyomás és a diabétesz esetében vélelmezhetjük, hogy a magas státusúak körében a mutató pontosabban, míg az alacsony státusúaknál alulbecsli a tényleges megbetegedés gyakoriságát. A derékfájdalomnál és a depresszív tünetek esetében ilyen torzításra kevésbé kell számítanunk.

Az 1.1. ábrán jól látható, hogy mindkét nem esetében, mindhárom iskolázottsági és valamennyi korcsoportban szinte kivétel nélkül gyakoribbak az egyes megbetegedések Magyarországon, mint az EU28 átlagában. Ez nemcsak azt jelenti, hogy többen betegek, hanem azt is, hogy jellegzetesen fiatalabb korban jelennek meg ezek a betegségek Magyarországon. A magas vérnyomás például az EU28 átlagában a férfiaknál mindhárom iskolázottsági csoportban az 55–64 évesek között éri el a 30 százalékos gyakoriságot, ezzel szemben Magyarországon már a 45–54 évesek között.

Ugyanakkor Magyarországon jelentős társadalmi belüli egyenlőtlenségek rajzolódnak ki például a diabétesz és a derékfájással kapcsolatban. Az alacsony iskolázottságú férfiak között az 55–64 évesek korosztályában majdnem kétszer akkora a diabéteszesek aránya, mint a felsőfokú végzettségűeknél, mi-

² Az adatok az Eurostat Life expectancy by age, sex and educational attainment level [demo_mlexpecedu] adatkötéséből származnak, és 2017-re vonatkoznak.

³ A SHARE 7. hullámának adatait használjuk (*Börsch-Supan*, 2019), módszertani részletekért lásd *Bergmann és szerzőtársai* (2019) és *Börsch-Supan és szerzőtársai* (2013). A SHARE-adatfelvételt elsősorban az Európai Bizottság finanszírozta, valamint a német oktatási és kutatási minisztérium, Max Planck Society for the Advancement of Science, U.S. National Institute on Aging az alábbi forrásokból: FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-13: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) és FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHAREM4: N°261982, Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SERISS: GA N°654221) and by DG Employment, Social Affairs & Inclusion). További finanszírozók többek között a német oktatási és kutatási minisztérium, Max Planck Society for the Advancement of Science, U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGH4_04-064, HHSN271201300071C) (lásd www.share-project.org).

⁴ A Bíró és szerzőtársai (2019) az 50–59 éves nőkre vonatkozóan végzett hasonló elemzést. Az itt közölt mutatók hasonlóak, ám az eredmények a frissebb, 2017-es adatokon alapulnak, és a valamivel idősebb, 57–64 éves korosztályra vonatkoznak, férfiakat és nőket is beleértve.

⁵ A SHARE hetedik hullámában a következő országok szerepelnek: Ausztria, Belgium, Bulgária, Ciprus, Csehország, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Horvátország, Írország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Luxembourg, Magyarország, Málta, Németország, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovákia, Szlovénia. (Az adatfelvételben részt vett még Izrael, de mivel a vizsgálat Európára vonatkozott, Izrael nem került bele a vizsgált mintába.)

közben az EU28 átlagában nem tapasztalható ilyen eltérés, közel azonos ennek a két csoportnak az érintettsége. A derékfájással élők mintázata az EU28 átlagában szinte azonos valamennyi iskolázottsági csoportban, jellegzetes nemek közötti különbségekkel; Magyarországon az iskolázatlanok között sokkal fiatalabb korban és sokkal szélesebb körben jelenik meg ez a panasz (már a 25–34 éveseknek is a 30 százaléka számol be derékfájásról, míg a diplomások körében ez az arány csak 5–10 százalék). A magas vérnyomás tekintetében ugyanakkor nem rajzolódik ki ez a különbség Magyarországon sem.

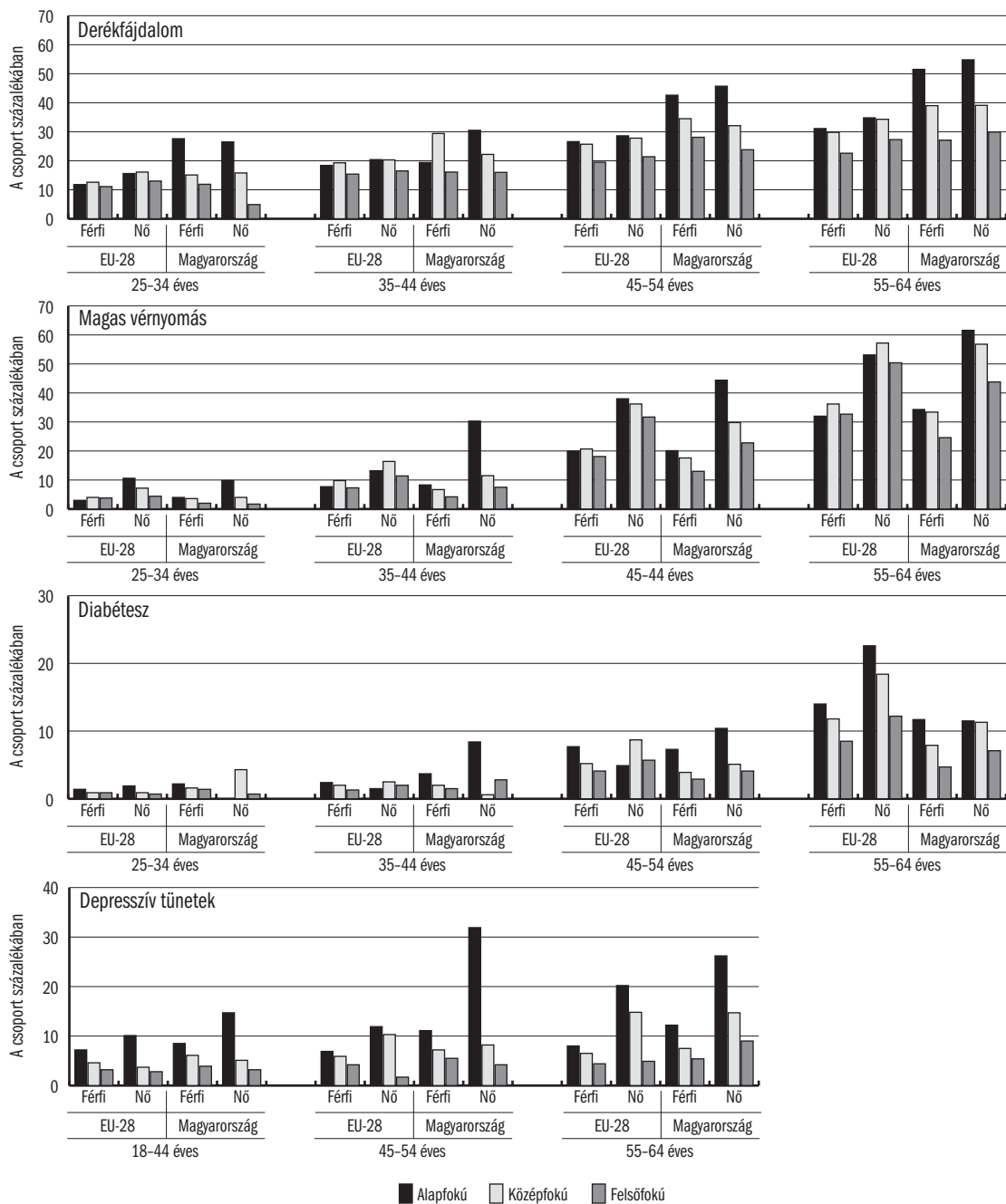
A depresszív tünetek mintázata a 45 év alattiak és az 55–64 évesek körében hasonló a két ország(csoport)ban, kivéve, hogy Magyarországon sokkal élelősebben rajzolódik ki mind az iskolázottság, mind a nemek szerinti különbségek. Figyelmet érdemelnek ugyanakkor általában – és különösen a 45–54 közötti – alacsonyan képzett magyar nők kiugró értékei: körükben a depresszív tünetek előfordulása háromszor olyan gyakori, mint akár a hasonló végzettségű európai nők, akár az alacsonyan képzett magyar férfiak körében. Az egészségi állapot kapcsán a legtöbbször fizikai, nem pedig mentális egészségi problémákra gondolunk, ami sajnos, mind a magyar népesség mentális betegségeivel kapcsolatos percepciójával és attitűdjével (*Sztancsik*, 2017), mind pedig a magyar egészségügyi ellátórendszer mentális betegségek kezelésére szakosodott kapacitásainak minőségével (*Turnpenny és szerzőtársai*, 2017) összhangban van. Ugyanakkor, mint az *I. I. ábra* egyértelműen mutatja – és a jelen fejezetben a későbbiekben is kirajzolódik – a mentális problémák helyzete az egészségi állapot komplex viszonyrendszerének (az egészséget meghatározó tényezőknek és az egészségi állapot társadalmi-gazdasági hatásainak) rendkívül hangsúlyos eleme.

Foglalkoztatottság és egészség az idősebbek körében európai összehasonlításban

Az ötvenévesnél idősebbek egészségéről és munkapiaci aktivitásáról részletes adatokkal szolgál a SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) adatbázis.³ A SHARE egy ingyenesen hozzáférhető, nemzetközileg harmonizált, multidiszciplináris panel-adatfelvétel, amely kétévenként gyűjt információt az Európai Unió tagállamaiban az ötvenévesnél idősebb népesség egészségéről, munkaerőpiaci helyzetéről és társadalmi-gazdasági jellemzőiről. A SHARE-adatok alapján az idősebb korosztályon belül vetjük össze a dolgozó és nem dolgozó népesség egészségét.⁴

Magyarország a kutatás negyedik, 2011-es hullámában csatlakozott a SHARE-hez, majd a következő adatfelvétellel 2017-ben, a hetedik hullámban került sor, ekkor a korábbi minta körülbelül 3000 személyéből körülbelül 1500 vándorolt ismét a SHARE-kérdőívre.⁵ Az adatfelvétel paneltermészetéből adódik, hogy a 2017-es magyar minta az 57 évesnél idősebb népességet fedi le; összesen 453 aktív korú, 65 év alatti válaszadó áll rendelkezésre, 267 nő és 186

1.1. ábra: Fizikális betegségek és depresszív tünetek gyakorisága országcsoport, nem, korcsoport és iskolai végzettség szerint, 2014

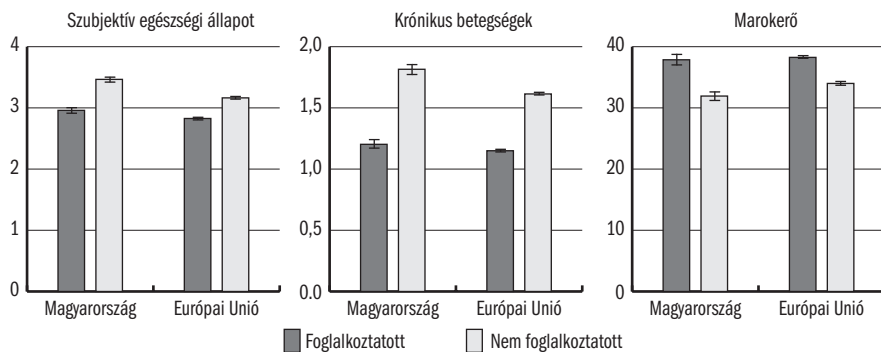


Forrás: Eurostat [hlth_ehis_cd1e] és [hlth_ehis_mh1e] adatkör; European Health Interview Survey adatai.

férfi. A következő néhány bekezdésben az idősebb, de még aktív korú, 57–64 éves korosztály egészségi állapotát vetjük össze foglalkoztatási helyzetük alapján. Foglalkoztatott az, aki saját megítélése szerint dolgozik (alkalmazott vagy egyéni vállalkozó), a nem foglalkoztatott kategóriába a nyugdíjasok, a munkanélküliek és a háztartásbeliek tartoznak. A tartósan betegetől, rokkantaktól eltekintünk. Így a magyar mintánk körülbelül 170 foglalkoztatottból és 230 nem foglalkoztatottból áll.

Az egészségről több mutató is a rendelkezésünkre áll a SHARE-adatbázisban, többek között a válaszadó általános egészségi állapota saját megítélése szerint, a krónikus betegségek száma, a különböző betegségek előfordulása. Ismert továbbá egy marokerőt mérő szorítóteszt eredménye is, amely összefügg az idősek általános fizikai egészségével. Az 1.2. és 1.3. ábra e mutatók átlagos értékét mutatja az idős, de még aktív korú népesség körében Magyarországon és a minta többi európai országában, külön-külön a foglalkoztatottak és a nem foglalkoztatottak csoportjában. Mind az európai, mind a magyar idősebb középkorúak körében azt látjuk, hogy átlagosan egészségesebbek azok, akik dolgoznak. Az ábrák másik tanulsága, hogy a magyarok egészségi állapota jellemzően rosszabb az európai átlagnál, különösen a nem foglalkoztatott csoporté.

1.2. ábra: A szubjektív egészségi állapot, a krónikus betegségek száma és a marokerő a munkaiaci helyzet szerint



Megjegyzés: Átlagos szubjektív egészségi állapot saját megítélés szerint 1-től (kitűnő) 5-ig (gyenge) terjedő skálán, a krónikus betegségek átlagos száma, és az átlagos marokerő (kilogramm) az 57–64 évesek körében. Mindhárom esetben az átlag 95 százalékos konfidenciaintervalluma látható.

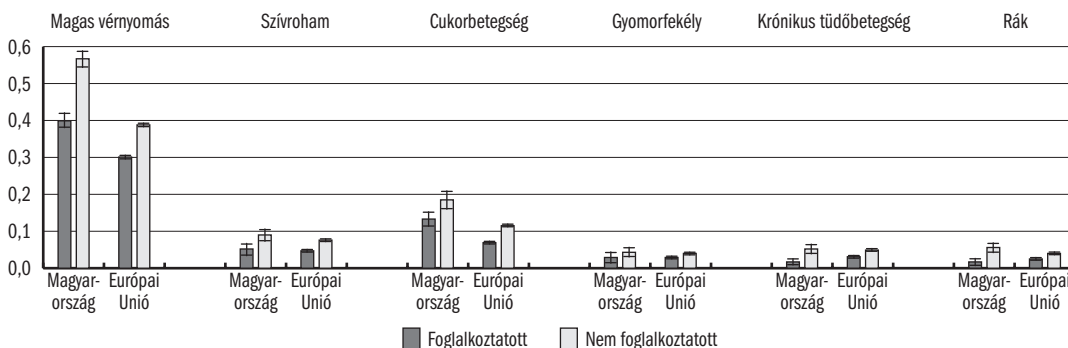
Forrás: SHARE 7. hullám.

Az 1.2. ábrából kiderül, hogy saját megítélésük szerint az idősebb középkorú magyar foglalkoztatottak egészsége átlagosan jó, a nem dolgozó társaiké csak a jó és az elfogadható kategória között áll, az európai átlagérték a foglalkoztatottak esetében körülbelül alig egytizednyi, a nem dolgozók körében körülbelül egyharmadnyi kategóriával jobb. Magyarországon a nem foglalkoztatottak átlagosan közel két krónikus betegségben szenvednek, míg a dolgozók csak körülbelül eggyel. Míg a foglalkoztatottnál az európai átlag hasonló

a magyarhoz, addig a nem foglalkoztatottaknál szignifikáns a lemaradásunk. A szorítóteszt várakozásainknak megfelelően azt mutatja, hogy gyengébb a marokereje a nem foglalkoztatottaknak. Itt is azt látjuk, hogy a magyar dolgozói csoport lemaradása az európai eredményektől elenyésző, szemben a nem dolgozókkal, akik szignifikánsan gyengébbek az európai átlagnál.

Az 1.3. ábra szerint kiugróan nagy arányban (57 százalék) küzdenek magas vérnyomással a nem dolgozó, idősebb középkorúak Magyarországon (a vonatkozó európai átlagérték 39 százalék), de ebben az esetben a foglalkoztatottak magyar és európai csoportjai között is jelentős a különbség (40 százalék versus 30 százalék). A szívroham, a cukorbetegség és a krónikus tüdőbetegség előfordulása esetén a nagyobb európai mintán igen, a magyaroknál nem szignifikáns a különbség a foglalkoztatott és nem foglalkoztatott csoportok közt. Ez alól kivétel a krónikus tüdőbetegség és a rák, amelyek nagyon ritkák (és szignifikánsan ritkábbak) a dolgozói csoportban Magyarországon is (1.3. ábra).

1.3. ábra: Betegségek előfordulása munkapiaci helyzet szerint



Megjegyzés: a különböző betegségek előfordulásának átlagos aránya az 57–64 évesek körében. Az átlag 95 százalékos konfidenciaintervalluma látható.

Forrás: SHARE 7. hullám.

Munkapiaci aktivitást befolyásoló tényezők kiszűrése

Azt látjuk, hogy a nem foglalkoztatottak jellemzően kevésbé egészségesek, mint a foglalkoztatottak. A jelenséget többféleképpen magyarázhatjuk: valószínű, hogy a nem dolgozók részben rosszabb mentális és fizikai egészségi állapotuk miatt szorulnak vagy lépnek ki a munkaerőpiacról, de az is lehet, hogy a munka aktívabb, egészségesebb életmóddal jár együtt, és így jobb egészségi mutatókat eredményez. (Ezt a témát részletesebben a Közelkép más részei, különösen az 5.1. és 6.1. alfejezetek tárgyalják.) Az alábbiakban az idősebb középkorúak eltérő valószínűségű foglalkoztatását magyarázzuk az egészségi állapotukkal.

A SHARE adatbázis korábbi, 2011-es hulláma alapján Kézdi–Divényi (2012) azt találta, hogy a legjobb egészségű és kognitív képességű 50–59 éves egyének foglalkoztatási esélye Magyarországon megegyezik az európai

átlaggal, míg az egyre rosszabb állapotúak esélye egyre távolabb áll tőle. Azt is kimutatták, hogy a német és magyar foglalkoztatási arány közti különbség csökken, ha a demográfiai mutatókon túl a kognitív készségekre és az egészségi állapot eloszlására is kontrollálunk. Részben reprodukálva ezeket a lineáris modelleket (ahol a függő változó az egyén foglalkoztatottsága), ugyanezek az adatokon csak a nőkre azt találtuk, hogy az 50–59 éves magyar nők foglalkoztatásának 20 százalékpontos lemaradása a németekétől 12 százalékponttal csökkenne, ha a demográfiai összetételen túl a népesség egészségi állapota is megegyezne a német átlaggal (Bíró és szerzőtársai, 2018). A frissebb, 2017-es adatokat használva és az 57–64 éves férfiakat és nőket együtt vizsgálva, a következő eredményeket kapjuk: az ilyen korú magyar népesség foglalkoztatása ismét 20 százalékponttal alacsonyabb, mint a német népességé, és most a különbség 15 százalékpont lenne, ha a két csoport demográfiai összetétele és egészségi állapota hasonló volna (1.1. táblázat).

1.1. táblázat: Az országok közötti foglalkoztatási arányok eltérése az életkor, az iskolai végzettség, és az egészségi állapot eloszlására kontrollálva, az 57–64 éves személyek körében

	(1)	(2)	(3)
Magyarország	-0,200*** (0,0258)	-0,165*** (0,0254)	-0,152*** (0,0249)
Országindikátorok (referencia: Németország)	igen	igen	igen
Nem- és életkor-változók	igen	igen	igen
Iskolai végzettség	-	igen	igen
Egészségi állapot változói	-	-	igen
Megfigyelések száma	17 003	17 003	17 003

Megjegyzés: Robusztus standard hibák zárójelben.

Életkorváltozók: kor évben és kor négyzete; iskolai végzettség ISCED alapján; egészségi állapot: krónikus betegségek száma, marokerő, szubjektív egészség.

*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Forrás: Saját számítás SHARE 7. hullám alapján.

Foglalkoztatottság és egészség magyar adminisztratív adatok alapján

A Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított, kutatási célra rendelkezésre álló, a magyar lakosság 50 százalékára vonatkozó anonimizált, munkapiaci és egészségügyi adatokat egyaránt tartalmazó adminisztratív adatbázist (Admin3) használva vizsgáljuk a munkapiaci státusz és egészségi állapot összefüggését Magyarországon.⁶ 2009–2016 közötti havi szintű adatokat használunk, és a mintát leszűkítjük a 20–60 év közötti lakosságra. Az egészségi állapotot különböző gyógyszer-csoportok negyedéves fogyasztási arányával ragadjuk meg (az egyén váltott-e ki az adott kategóriába tartozó gyógyszert), ahol a csoportokat hatóanyag-ka-

⁶ Az adatbázis rövid leírását a Közelkép Függelék, részletesebb leírását pedig *Sebők* (2019) tartalmazza.

tegória (*Anatomical Therapeutic Category, ATC*) alapján definiáljuk. Hét gyógyszerkategóriát vizsgálunk, amelyek viszonylag jól megragadnak különböző fizikális és mentális betegségtípusokat: 1) antidiabetikumok (ATC A10), 2) vérnyomáscsökkentők (ATC C02-09), 3) antibiotikumok (ATC J01), 4) váz- és izomrendszer gyógyszerei (ATC M), 5) pszicholeptikumok (köztük nyugtatók, ATC N05), 6) pszichoanaleptikumok (köztük antidepresszánsok, ATC N06), 7) obstruktív légúti betegségek gyógyszerei (ATC R03). Vizsgáljuk továbbá a hároméves mortalitási rátát is. Az elemzés során lineáris regressziós módszerrel kiszűrjük a nemtől függő életkori hatásokat és a naptári év hatását.

Fontos hangsúlyozni, hogy 1) a gyógyszerfogyasztásból csak korlátokkal következtethetünk az egészségi állapotra az egyének egészség-magatartásának különbségei, az ellátórendszerhez való hozzáférés korlátai és a gyógyszeresedés mint betegségindikátor tökéletlensége miatt;⁷ és 2) elemzésünk leíró és nem oksági jellegű, mivel az oksági összefüggések kétirányúak: a munkapiaci helyzet hatással van az egészségi állapotra, ugyanakkor az egészségi állapot is befolyásolja a munkapiaci helyzetet. A bemutatott összefüggések mögötti mechanizmusokra vonatkozóan a Közelkép többi fejezete mutat eredményeket.

Foglalkoztatottság és egészség

Elsőként azt vizsgáljuk meg, hogy a foglalkoztatottság milyen összefüggésben van a vizsgált gyógyszercsoportok szedésével.⁸

1.2. táblázat: Foglalkoztatottsági arány gyógyszeresedés és három éven belüli mortalitás szerint (nemre, korra és naptári évre szűrt értékek, százalék)

	Foglalkoztatottsági arány		Szedési arány a mintában
	szed	nem szed	
Antidiabetikum (ATC A10) szedése szerint	45,0	51,2	3,1
Vérnyomáscsökkentő (ATC C02-09) szedése szerint	53,5	50,5	17,0
Antibiotikum (ATC J01) szedése szerint	58,6	50,1	10,9
Váz- és izomrendszer (ATC M) szedése szerint	49,9	51,1	8,3
Pszicholeptikum (ATC N05) szedése szerint	20,7	52,0	3,2
Pszichoanaleptikum (ATC N06) szedése szerint	35,2	51,5	3,4
Obstruktív légúti (ATC R03) szedése szerint	42,6	51,2	2,4
	Foglalkoztatottsági arány		Három éven belüli halálzási arány a mintában
	elhunyt (3 év)	nem hunyt el (3 év)	
Három éven belüli halálzás szerint	20,6	51,7	1,40

Forrás: Saját számítás *Admin3* adatok alapján (2009–2016).

Az 1.2. táblázatban közölt eredmények szerint a munkapiaci státus és a gyógyszerindikátorok közötti összefüggés erősebb a mentális betegségek esetén,

⁷ Például a cukorbetegség felismerési aránya más a különböző társadalmi csoportokban, továbbá az antidiabetikumok fogyasztása nem tökéletes indikátora a cukorbetegségnek, hiszen azokat kis arányban más betegség (PCOS) esetén is rendelhetik.

⁸ A foglalkoztatottságot egy bináris indikátorként mérjük, amely egyenlő 1-gyel bármilyen foglalkoztatási viszony fennállása (beleértve a vállalkozói státust is) és ebből származó nem nulla jövedelem esetén egy adott negyedévben.

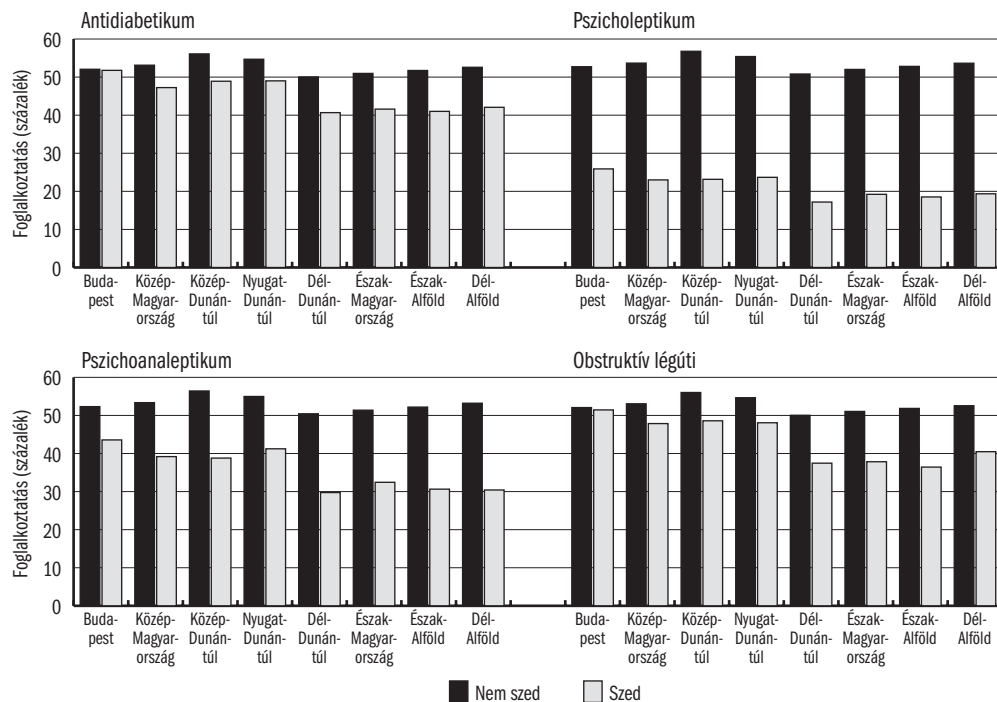
mint a fizikális betegségeknél. A fizikális betegségeket tekintve azt is látjuk, hogy a gyógyszerszedéssel mért diabétesz és obstruktív légúti betegség fennállása esetén 6–9 százalékponttal alacsonyabb a foglalkoztatotti arány. Nem látunk ilyen jellegű eltérést a vérnyomáscsökkentők, a váz- és izomrendszer gyógyszerei és az antibiotikumok szedése esetén – az utóbbinál az összefüggés pont fordított, az antibiotikumot szedők körében 9 százalékponttal magasabb a foglalkoztatotti arány, ami magyarázható azzal, hogy a munkaképesség fenntartásának érdekében inkább fordulnak orvoshoz (és antibiotikum-szedéshez) azok, akiknek van munkaviszonyuk.

Azt is látjuk, hogy a foglalkoztatottsági arány több, mint 30 százalékponttal alacsonyabb azok körében, akik három éven belül elhunynak, tehát akik a legrosszabb egészségi állapotban vannak.

Heterogenitás régiók szerint

Következő lépésként megnézzük, hogy régióként van-e eltérés a foglalkoztatottság és gyógyszerszedés között! Azt a négy gyógyszercsoportot vizsgáljuk, amelyeknél nem elhanyagolható mértékű negatív összefüggést láttunk országos szinten a foglalkoztatottsággal.

1.4. ábra: Foglalkoztatás gyógyszerszedés szerint, régiós bontásban



Forrás: Saját számítás *Admin3* adatok alapján (2009–2016).

Az 1.4. ábra eredményei azt mutatják, hogy lényegesen nagyobb a gyógyszer-szedés szerinti eltérés a foglalkoztatottságban a keleti országrészben, mint Észak-Nyugat és Közép-Magyarországon. Különösen eltérők a mintázatok Budapest és a keleti régiók között. Míg az egészségesnek tekinthetők (adott gyógyszert nem szedők) körében 1–4 százalékpontos különbségeket látunk foglalkoztatottságban régiók között, addig a betegek (gyógyszert szedők) körében sokkal nagyobbak, Budapestet és az Észak-Alföld régiót összehasonlítva 7–15 százalékpont között mozognak az eltérések.

Következtetések

Fejezetünkben európai összehasonlítások alapján azt találtuk, hogy Magyarországon különösen az alacsony iskolai végzettségűek és a nem dolgozók körében marad el az egészségi állapot az Európai Unió átlagától. Azt láttuk ugyanakkor, hogy az 57–64 év közötti korcsoport körében a Németországhoz viszonyított alacsonyabb munkapiaci aktivitást csak kismértékben magyarázza a rosszabb egészségi állapot, míg az 50–59 éves korosztályban (korábbi adatokon) még lényegesen nagyobb volt a rosszabb egészségi állapot magyarázó ereje a munkapiaci aktivitás tekintetében.

A magyarországi adminisztratív adatok felhasználásával megmutattuk, hogy a gyógyszerfogyasztással megragadott fizikális és mentális betegségekben szenvedők körében jelentősen alacsonyabb a foglalkoztatottság. Ezek a különbségek a mentális betegségre felírt gyógyszerek fogyasztása esetén nagyobbak, mint a fizikális betegségek esetén. Végül azt találtuk, hogy az ország szegényebb régióiban nagyobbak a foglalkoztatottság eltérései a gyógyszer-szedéssel megragadott egészségi állapot szerint.

Összességében mind a Nyugat-Európától való egészségbeli lemaradás csökkentése, mind a munkapiaci aktivitás növelése érdekében kulcsfontosságú a hátrányosabb társadalmi-gazdasági háttérű társadalmi csoportok egészségi állapotának javítása.

Hivatkozások

- BERGMANN, M.–SCHERPENZEEL, A.–BÖRSCH-SUPAN, A. (szerk.): (2019): *SHARE Wave 7 Methodology: Panel Innovations and Life Histories*. Munich Center for the Economics of Aging (MEA), München.
- BÍRÓ ANIKÓ–BRANYICZKI RÉKA–ELEK PÉTER (2018): *Egészség és munkapiaci aktivitás a nők körében*. Megjelent: *Fazekas Károly–Szabó-Morvai Ágnes* (szerk.) Munkaerőpiaci tükör, 2017. Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Budapest, 142–151. o.
- BÖRSCH-SUPAN, A. (2019): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Wave 7. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set, <https://doi.org/10.6103/SHARE.w7.710>.
- BÖRSCH-SUPAN, A.–BRANDT, M.–HUNKLER, C.–KNEIP, T.–KORBMACHER, J.–MALTER, F.–SCHAAN, B.–STUCK, S.–ZUBER, S. (2013): Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, Vol. 42. No. 4. 992–1001. o. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>.

- DIVÉNYI JÁNOS–KÉZDI GÁBOR (2012): Az alacsony foglalkoztatás okairól az 50 év feletti népességben Magyarországon. Az ösztönzők, a kognitív képességek és az egészségi állapot szerepe. Megjelent: *Kolosi Tamás–Tóth István György* (szerk.): Társadalmi Riport, 2012. Tárki, Budapest, 190–208. o.
- OROSZ ÉVA–KOLLÁNYI ZSÓFIA (2016): [Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban](#). Megjelent: *Kolosi Tamás–Tóth István György* (szerk.): Társadalmi Riport, 2016. Tárki, Budapest, 332–355. o.
- SEBŐK ANNA (2019): A KRTK Adatbank Kapcsolt Államigazgatási Paneladatbázisa. Közgazdasági Szemle, 66. évf. 11. sz. 1230–1236. o. <https://doi.org/10.18414/KSZ.2019.11.1230>.
- SZTANCSIK VERONIKA (2017): A skizofrénia betegség reprezentációja és a megbélyegzés. Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Humán Tudományok Doktori Iskola, Pszichológiai Program, Debrecen.
- TURNPENNY ÁGNES–PETRI GÁBOR–FINN, A.–BEADLE-BROWN, J.–NYMAN, M. (2017): [Mapping and understanding exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe](#). Mental Health Europe–Tizard Centre, Brüsszel.
- WHITE, M.–ADAMS, J.–HEYWOOD, P. (2009): How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? Megjelent: *Babones, S.* (szerk.): *Social Inequality and Public Health*. The Policy Press, Bristol, 65–82.