

### K5.1. Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele a közmunkába lépés után

CSILLAG MÁRTON & REIZER BALÁZS

Ebben az írásban a közmunka hatását vizsgáljuk az egészségügyi kiadásokra. Ez a kérdéskör két dolog miatt fontos. Egyrészt ez a legnagyobb aktív munkaerőpiaci program Magyarországon, a csúcán több mint 300 ezer embert érintett. Másrészt az oksági hatás nagysága és iránya nem egyértelmű. Korábbi tanulmányok megmutatták, hogy a (tartós) munkanélküliség negatív hatással van az egészségi állapotra (lásd az 5.1. alfejezet hivatkozásait). Míg az aktív munkaerőpiaci programoknak pozitív hatások tulajdoníthatók, ezekről csak elenyésző számú empirikus tanulmány született (lásd *Leemann és szerzőtársai*, 2016).

A közmunkaprogram ebből a szempontból (is) különleges. Először: a foglalkoztatást helyettesítő támogatásnál magasabb jövedelmet garantál, így anyagilag könnyebben elérhetővé teheti az orvosi ellátásokat. Másodsor: a résztvevőknek munkát kell végezniük, ami a rendszeres tevékenység és szociális kapcsolatokon keresztül pozitívan hathat a mentális egészségre. Harmadsor: mivel a végzendő munka jobbára igen egyszerű, és a bér a minimálbérnél alacsonyabb, a résztvevők egy része kényszerként élheti meg – ez pedig az egészségi állapotra káros magatartáshoz vezethet.

Az empirikus elemzést megnehezíti, hogy a közmunkába való be- és kilépés nem véletlenszerű. *Cseres-Gergely* (2014) megmutatta, hogy a közmunkába nagyobb valószínűséggel lépnek be a kisebb településeken élők, az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők és a tartós munkanélküliek. Feltéte-

lehetjük azt is, hogy hosszú távon azok az emberek maradnak a közmunkaprogramban, akiknek a megfigyelhető és a meg nem figyelhető munkaerőpiaci képességei rosszabbak.

Tanulmányunkban a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított Admin3 adatbázist használjuk,<sup>1</sup> így részletes longitudinális adatok állnak rendelkezésünkre mind a munkatörténetről, mind az egészségügyi ellátórendszer igénybevételéről, és így részletesen figyelembe tudunk venni olyan változókat, amelyek a közmunkába lépést is befolyásolják.

A közmunkaprogram hatásának becsléséhez azokat a munkanélkülieket vizsgáljuk, akik 90 nap jogosultsági idővel rendelkeztek 2012 és 2016 között, kisebb településen laktak, az álláskeresési járadékuk épp lejárt, és a lejáratú idő utáni 15 napban nem találtak munkát.<sup>2</sup> Így egyrészt mintánk összetétele homogén a munkaerőpiaci történet szempontjából, másrészt a közmunkába belépők egy kis – és egyre kevésbé reprezentatív – csoportjára koncentrálnak (az új közmunkásszerződéseknek csak 15 százaléka kezdődött közvetlen a járadék lejáratú után). Azokat tekintjük közmunkásnak, akik az álláskeresési járadék lejáratú követő három hónapon belül közfoglalkoztatottá váltak. Őket azokkal az álláskeresőkkel vetjük össze, akik a járadék utáni három hónapban nem léptek közfoglalkoztatásba. Végül, a közmunkába bekerülő és be nem kerülő álláskeresőket megfigyelhető tulajdonságaik alapján párosítjuk.<sup>3</sup> Az elemzés során két, egy-egy éves időszakot vetünk össze: az álláskeresési járadékos időszakot megelőző évet (vagyis az állásvesztést megelőző időszakot) és a járadék lejáratú követő évet. Öt eredményváltozót vizsgálunk: 1) a háziorvosi látogatások számát; 2) volt-e az egyénre elszámolt (általa, illetve a társadalombiztosítás által finanszírozott) vényköteles gyógyszerkiadás; 3) volt-e az egyénre elszámolt bármilyen járóbeteget-, fekvőbeteg- vagy gyógyszerkiadás; 4) a pozitív gyógyszerkiadás logaritmus; 5) a pozitív összes egészségügyi kiadás logaritmus. Az utolsó két osz-

<sup>1</sup> Az adatbázis rövid leírását lásd a Középkép Függelékében.

<sup>2</sup> Ezek a munkavállalók a járadék igénylése előtti 36 hónapból legalább 30 hónapot végig dolgoztak, tehát stabil munkavisztonnyal rendelkeztek.

<sup>3</sup> A párosítás során a következő változókat használtuk a becsült részvételi valószínűség (*propensity score*) számításra: nem, iskolai végzettség, kor, az állásvesztés előtti év egészségügyi költségei, járás. A párosítás során a legközelebbi párt kerestük (visszatevés nélkül) egy adott naptári féléven belül.

lopban csak azokat a megfigyeléseket használjuk, ahol a kiadás pozitív volt.

Az *K5.1.1. táblázatban* olyan regressziós elemzés eredményét mutatjuk be, amelyikben egyéni fix hatásokat is szerepeltetünk. Két kulcsváltozó hatását mutatjuk be a táblázatban: hogyan változott az egészségügyi ellátások igénybevétele a munka elvesztését megelőző időszak és az álláskeresői járadék lejártát követő időszak között a kontrollcsoportban („járadékos időszak után”); míg a közmunkába lépés együtthatója mutatja meg, hogy ez a változás mennyiben különbözött a közmunkások körében.<sup>4</sup>

Az eredményeink szinte minden kimenetre hasonló képet mutatnak. A járadékos időszak lejárta után jelentősen csökkentek az egészségügyi kiadások (összhangban az *5.1. alfejezet* eredményeivel), ezt pedig valamelyest enyhítette a közmunkában való részvétel. Ez a háziiorvosi látogatások esetében azt jelentette, hogy a munkanélküliek évente közel kétfelével kevesebb alkalommal jelentek meg háziiorvosnál, mint az állásvesztést megelőző évben,

viszont a közmunkásoknál ez a csökkenés csak évi egy alkalom volt. Ehhez hasonlóan a közmunkások körében 3 százalékponttal nagyobb valószínűséggel találunk pozitív gyógyszer- vagy egyéb egészségügyi kiadást a kontrollcsoport változásához képest. Az utolsó két oszlop viszont azt mutatja, hogy ha csak a pozitív költséssel rendelkezőket nézzük, akkor a közmunkások költségei a közmunkában részt nem vevőkhöz képest hasonlóan változnak.

Ebben a rövid kutatásban azt nem tudtuk megállapítani (a „valós” egészségügyi állapotot leíró változók, például biomarkerek hiányában), hogy a közmunkások a közmunka pozitív jövedelmi (vagy viselkedési) hatása miatt vettek igénybe gyakrabban egészségügyi szolgáltatást, vagy egészségi állapotuk romlott a közmunkára be nem hívott munkanélküliekhez képest.

#### Hivatkozások

CSERES-GERGELY ZSOMBOR (2015): *A közfoglalkoztatásba belépők összetétele, 2011–2012*. Megjelent: *Fazekas Károly–Varga Júlia* (szerk.): *Munkaerőpiaci Tükör*, 2014. MTA KRTK Közgazdaság-tudományi Intézet, Budapest, 118–125. o.

LEEMANN, L.–NORUP, I.–CLAYTON, S. (2016): *The health impacts of active labour market policies*. National Institute for Health and Welfare, THL – Data brief 28/2016.

<sup>4</sup> Vagyis egy különbségek különbsége típusú becslési stratégiát alkalmazunk.

**K5.1.1. táblázat: Egészségügyi ellátórendszer igénybevétele a közmunkába lépés után**

	Háziiorvos	Pozitív gyógyszerkiadás	Pozitív egészségügyi kiadás	Összes gyógyszerkiadás (log)	Összes egészségügyi kiadás (log)
Közmunkába lépés	0,7239*** (0,1682)	0,02863** (0,01144)	0,02839*** (0,009998)	-0,02258 (0,03410)	0,02530 (0,09430)
Járadékos időszak után	-1,8287*** (0,1197)	-0,06014*** (0,008127)	-0,06206*** (0,007313)	0,007596 (0,02434)	-0,1530** (0,06667)
Megfigyelések száma	16 631	16 631	16 631	11 484	13 657
Egyének száma	8 316	8 316	8 316	6 882	7 703

Megjegyzés: Zárójelben egyéni szinten klaszterezett robusztus standard hibák.

\*\*\* 1 százalékos, \*\* 5 százalékos, \* 10 százalékos szinten szignifikáns.

Forrás: Saját számítások az *Admin3* adatbázis alapján.