

Az aktív idősödés egyéni tényezői

Az egészségi állapot és a munkaerő-piaci helyzet

Magyarországon és Európában

Branyiczki Réka

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

10.61501/TRIP.2020.11

1. Bevezetés

A társadalom idősödése Európa-szerte kihívást jelent, egyfelől a nyugdíj-rendszerek fenntarthatósága, másfelől az egészségügyi kiadások, idős gondozásra fordított források várható megugrása miatt. Az idősödés kulcskérdése, hogy hogyan alakul az egészségi állapot a kor előrehaladtával, mivel a jobb egészséggel bírók tovább képesek aktívak maradni a munkaerőpiacon, jó eséllyel magasabb a fogyasztásuk is és nem, vagy csak később szorulnak ápolásra, így az egészségügyi rendszerre is kisebb terhet rónak, és az aktív korú családtagoknak sem kell csökkenteniük a munkaidejüket, sőt akár segítségre is számíthatnak az idősebb generációtól.

Ennek megfelelően az Európai Unió az aktív idősödést (*active ageing*) tűzte ki társadalompolitikai célként, amelyet 2012 óta az *UNECE (Egyesült Nemzetek Európai Gazdasági Bizottsága)* és az *Európai Bizottság* kezdeményezésére az ún. Aktív Idősödés Indexével (*Active Ageing Index – AAI*) számszerűsítene (Zaidi, 2013). Az AAI egy súlyozott jóléti mutató, amely 22 indikátort ölel fel négy területen: (1) foglalkoztatás; (2) társadalmi részvétel (pl.: önkéntes munka, politikai aktivitás, családi kapcsolatok); (3) önálló, egészséges és biztonságos életvitel (pl.: fizikai aktivitás, hozzáférés az egészségügyi ellátásokhoz, pénzügyi biztonság); valamint (4) az aktív idősödést támogató környezet és képességek (pl.: szociális háló, várható élettévek egészségben) (AAI, 2018). Ezek alapján az EU-országokat négy csoportba sorolták, Magyarország a közép-európai és mediterrán országokkal együtt abba a klaszterbe tartozik, ahol az összes, de különösen a társadalmi részvétel területén gyenge a teljesítmény. Az aktív idősödés koncepciója leginkább az északi országokban valósul meg. Magyarország összesített AAI-pontszáma továbbra is alacsony európai összevetésben, de folyamatosan javul, főként a foglalkoztatás terén 2008 és 2016 között elért jobb mutatók miatt

(AAI, 2018). Szintén az idősödő társadalmak tudományos alaposságú megismerése és a döntéshozók támogatása hívta életre a *SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement)* nemzetközi projektet, amely az ötven évesnél idősebb népességet kérdezi, főként egészségről, idősödésről, nyugdíjba vonulásról. A panelfelmérés előnye, hogy egyéni szinten vizsgálhatóak az egészségi állapot, az egészségügyi ellátások, a szociális háló és a munkavállalás közötti összefüggések Európa-szerte.

Tanulmányunkban az aktív idősödés fogalmának tág keretein belül két területtel, az egészségi állapottal és a munkaerő-piaci helyzettel foglalkozunk. A következő, 2. fejezetben röviden bemutatjuk a SHARE-adatbázist, amely alapján a 3. fejezetben összevetjük a még aktív korú idősök (57–64 évesek) és az idősök (65 éven felüliek) egészségét Magyarországon, Közép- és Kelet-Európában és a nyugati országokban. A 4. fejezetben az aktív korú idősök foglalkoztatottságának trendjét mutatjuk be. Végül kísérletet teszünk a gyermekkori körülmények, az egészségi állapot és a munkaerő-piaci helyzet összefüggéseinek feltárására a már említett országcsoportokban. A tanulmányt az eredmények összegzése zárja.

2. Adatok

Az elemzéshez használt SHARE-adatbázis¹ egy nemzetközileg harmonizált, multidiszciplináris panel-adatfelvétel, amely két évenként gyűjt információt az 50 évesnél idősebb népesség egészségéről, munkaerő-piaci helyzetéről és társadalmi-gazdasági jellemzőiről. A felmérés 2004 óta folyik Európa-szerte, amelyhez Magyarország 2011-ben a kutatás 4. hullámában csatlakozott mintegy 3000 válaszadóval. A következő adatfelvétel hazánkban 2017-ben, a projekt 7. hulláma során történt, ekkor kb. 1500 személy válaszolt ismét a SHARE-felvétel kérdőívére. Mivel a magyar minta 2017-ben, a többi országtól eltérően az 57 éves és idősebb népességet fedte le, jelen esetben is ezt a korosztályt vizsgáljuk, amelyet két csoportra bontunk: az aktív korúakra (57–64 évesek), és az idősökre (65 éven felüliek).

A SHARE 7. hullámában – a projekt során először – az EU összes tagállama részt vett,² így Magyarországot nemcsak a nyugati és északi országokkal, de a szomszédos nemzetekkel is össze lehet hasonlítani. Az elemzésben

¹ Az elemzésben a SHARE 7. hullámának adatait használom (Börsch-Supan, 2020). A módszertani részletekért lásd Bergmann és szerzőtársai (szerk., 2019) és Börsch-Supan és szerzőtársai (2013). A SHARE-adatfelvételt elsősorban az Európai Bizottság finanszírozta (a pontos forrásokat lásd www.share-project.org).

² A SHARE 7. hullámában részt vett még Izrael és Svájc is, ám ezektől az országoktól itt eltekintünk.

Nyugatként hivatkozom az előbbi és Közép- és Kelet-Európaként (KKE) az utóbbi³ országcsoportra (bár a régió része, Magyarország itt nem szerepel). Az idős népesség egészségét és munkaerő-piaci aktivitását vizsgálva az országcsoportok súlyozatlan átlagait vetem össze a magyar átlagokkal.

A 7. hullám különlegessége, hogy ún. életút interjúk készültek a válaszadókkal, amelyekben visszatekintő kérdéseket tettek fel többek között a gyermekkori egészségről és az anyagi helyzetről. Így a jelent leíró egészségi mutatók mint az általános egészségi állapot saját megítélés szerint, a krónikus betegségek száma, a mindennapi tevékenységeket akadályozó egészségi problémák száma (rövidítve *ADL: activities of daily living*), a különböző betegségek előfordulása, a testtömegindex (BMI, amely a testtömeget a magassággal veti össze) és a marokerő (egy szorítóteszt eredménye) mellett a gyermekkori általános egészségről és súlyosabb betegségek kórházi kezeléséről is van információnk.

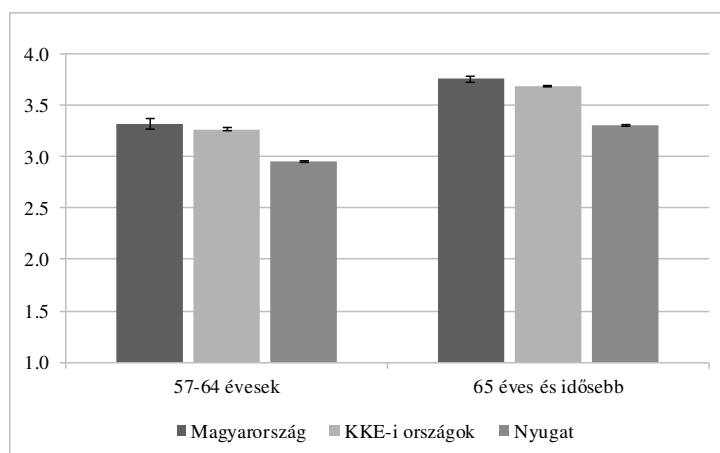
3. Az aktív korú idősök és a 65 éven felüliek egészsége

A magyar népesség egészségi állapota rosszabb, mint a legtöbb uniós ország lakosságáé, amely főként az egészségtelen életmódra (dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás) és az egészségügyi ellátás kevésbé hatékony működésére vezethető vissza (*OECD*, 2019). 2017-ben Magyarországon volt a legmagasabb a megelőzhető halálozások száma a 75 évnél fiatalabbak körében (száz-ezer lakosra vetítve több, mint 325), amiért többségében a tüdőrák és az iszkémiás szívbetegségek felelnek (*Eurostat*, 2020). Bár az idősök egészsége javuló tendenciát mutat Magyarországon, a lemaradást nem sikerül lefaragni: hiába nőtt 2000 és 2017 között 1,6 évvel a 65 évesen átlagosan várható megélt évek száma, a magyar átlag továbbra is csak 16,7 év az uniós 19,9 évvel szemben. Továbbá az idősök élettartamának meghosszabbodását árnyalja, hogy a 65 évnél idősebb népesség közel kétharmada szenved legalább egy krónikus betegségtől (az uniós 12 százalékkal szemben). Főként a nők esetében gyakoriak a krónikus betegségek vagy fogyatékoságok, s így körükben a magasabb várható élettartam ellenére az egészségtelen leélt évek száma csaknem ugyanannyi, mint a férfiak esetében (*OECD*, 2019, 5–6. o.).

³ A nyugati országcsoport tagjai: Ausztria, Belgium, Ciprus, Dánia, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Írország, Luxemburg, Málta, Németország, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svédország. A KKE-i országcsoportban Bulgária, Csehország, Észtország, Horvátország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Románia, Szlovákia és Szlovénia szerepel.

A SHARE-adatok alapján is azt látjuk, hogy a magyar idős népesség egészsége rosszabb, mint a nyugati régióban élőké, sőt a mutatók többsége a többi KKE-i ország átlagától is elmarad. Minden régióban igaz, hogy mind a szubjektív, mind az objektív egészségi indikátorok értéke romlik az életkor előrehaladtával és ezzel párhuzamosan az országok közti különbségek csökkennek. Többségében Magyarország marad a sereghajtó (felváltva a KKE-i országokkal), ám az idősebbek körében a lemaradásunk több esetben elenyésző csupán. Sajnos ezt részben az is magyarázhatja, hogy a betegeskedő 65 év alattiak egy része nem éli meg az idősebb kort, így az életük során jobb egészségnak örvendőek szerepelnek a 65 év felettiek csoportjában, akiknek az állapota megközelíti a nyugati régióban élő társaikét, és ritkábban vagy életük során később betegszenek meg. Az általános tendenciák bemutatása után a következő bekezdésekben részletesebben is sorra vesszük az egyes mutatókat.

1. ábra. Szubjektív egészségi állapot korosztály és régiók szerint az Európai Unióban, 2017 (skálaátlag)



Megjegyzés: Átlagos szubjektív egészségi állapot saját megítélés szerint 1-től („kitűnő”) 5-ig („gyenge”) terjedő skálán, az 57–64 évesek és a 65 éven felüliek körében. Az oszlopok felett a fekete vonalak az átlag 95 százalékos konfidencia-intervallumát mutatják.

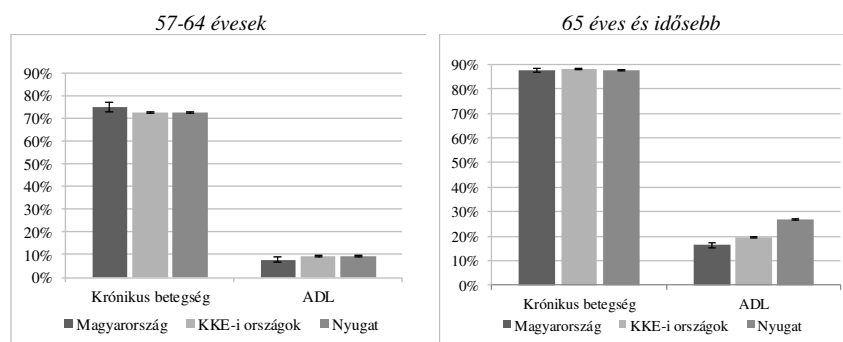
Forrás: SHARE, 7. hullám.

A szubjektív egészségi állapot Magyarországon átlagosan a jó és az elfogadható kategória között van, a 65 évnél idősebbek esetében közelebb az elfogadhatóhoz (1. ábra). Régióinkban csekély a lemaradásunk, ám a nyugati

országokhoz képest az idősök közel fél kategóriával borúsabban ítélik meg az egészségüket.

Az egészségi állapot szubjektív megítélésénél objektívebb képet adnak a konkrét egészségi problémákról szóló beszámolók. Az idősök döntő többsége szenved legalább egy krónikus betegségben, az 57–64 évesek 72–75 százaléka, a 65 év felettiek közel 90 százaléka (2. ábra). Sőt, a kettő vagy annál több krónikus betegség is gyakori mind a nyugati, mind a KKE-i országcsoportban, a korcsoportokat tekintve 40 százalékról 60 százalékra ugrik az arány a két vizsgált korosztály között (lásd később 3. ábra).

2. ábra. Krónikus betegség, mindennapi tevékenységeket akadályozó egészségi probléma előfordulása korosztály és régiók szerint (százalék)

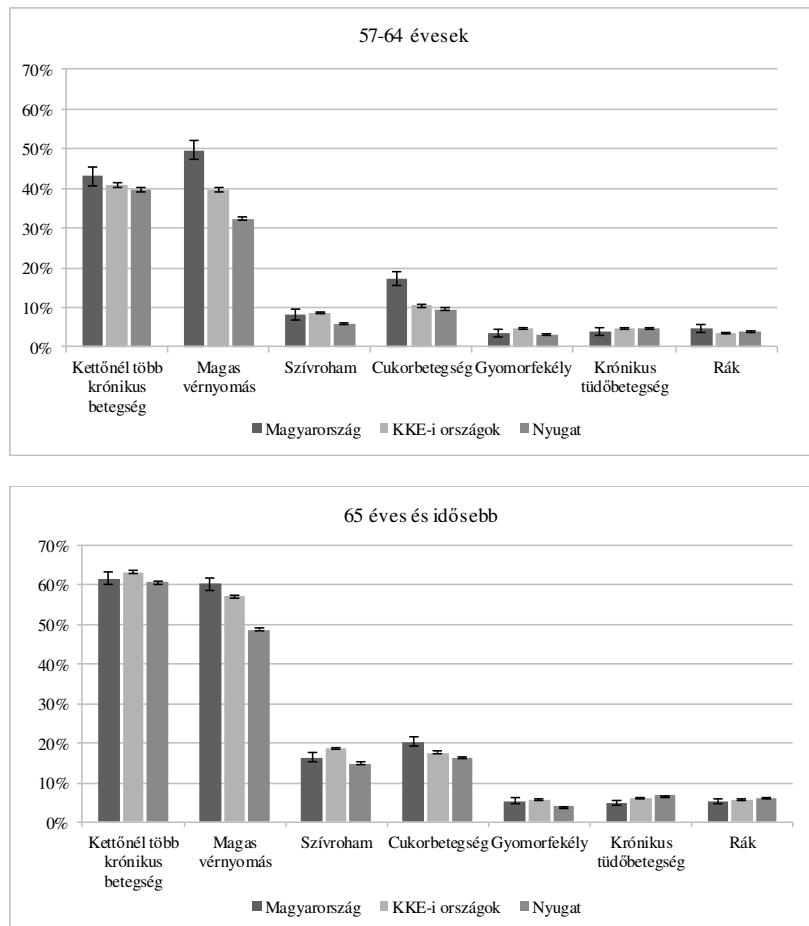


Megjegyzés: A krónikus betegségek és a mindennapi tevékenységeket akadályozó egészségi problémák előfordulása átlagosan az 57–64 évesek és a 65 éven felüliek körében. Az oszlopok felett a fekete vonalak az átlag 95 százalékos konfidencia-intervallumát mutatják.

Forrás: SHARE, 7. hullám.

A krónikus betegségek átlagos számát tekintve mind a két korcsoportban szignifikánsan magasabb az egy főre jutó szám Magyarországon (2,3 és 2,2), mint Nyugaton (1,7, és 1,5), ám a különbségek abszolút értékben nem számottevőek. A mindennapi tevékenységeket akadályozó egészségi problémákról (ADL) az aktív korúaknak csak 10 százaléka számolt be, az idősebb korosztályban pedig kivételesen a nyugati régióban a legelterjedtebb a probléma: ott a csoport negyede, míg a magyarok kevesebb mint ötöde jelezte, hogy valamilyen betegség hátráltatja a mindennapokban. (2. ábra) Ennek megfelelően az ilyen problémák egy főre jutó átlagos száma elenyésző, a fiatalabb csoportban nullához, az idősebbek körében félhez közelít.

3. ábra. Betegségek előfordulása korosztály és régiók szerint az Európai Unióban, 2017 (százalék)



Megjegyzés: A különböző betegségek előfordulásának átlagos aránya az 57–64 évesek és a 65 éven felüliek körében. Az oszlopok felett a fekete vonalak az átlag 95 százalékos konfidencia-intervallumát mutatják.

Forrás: SHARE, 7. hullám.

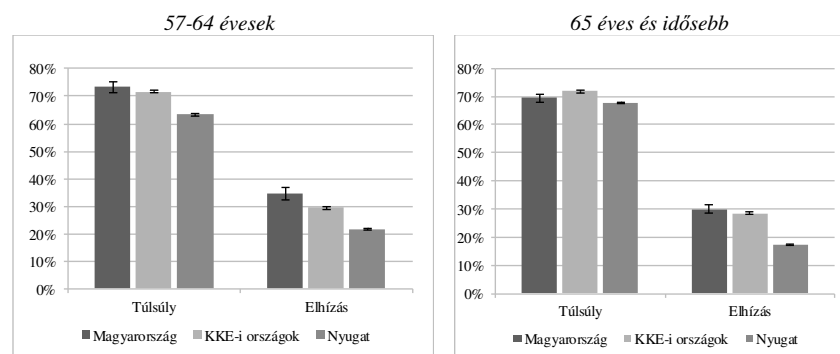
A betegségeket szétbontva a magyarok két esetben emelkednek ki: mind a két korosztályban jóval gyakoribb nálunk a magas vérnyomás és a cukorbetegség, különösen a 65 év alattiaknál nagy az eltérés (mintegy 50 százalék vs. 30

százalék Nyugaton) (3. ábra). Cukorbetegséggel Magyarországon már az aktív korú idősöknek is mintegy egyötöde küzd, míg a KKE-i és nyugati régiókban csak az idősebb korosztály közelíti meg a 20 százalékot, ők is alulról. Ebben az esetben is fennáll, hogy a nyugati idősebb korcsoport egészsége nagyjából a hazai 65 év alattiak átlagával egyezik meg, amiből ismét arra következtethetünk, hogy Magyarországon az idősödéssel járó egészségromlás jóval hamarabb bekövetkezik. Mind a magas vérnyomás, mind a cukorbetegség kialakulása szorosan összefügg az életmóddal, így részben az egészségtelenebb életvitel magyarázhatja lemaradásunk e tekintetben.

A többi betegség esetében nem, vagy alig szignifikánsak a különbségek az országok közt, a gyomorfekély, krónikus tüdőbetegség és a rák mindkét vizsgált korcsoportban 5 százalék körüli arányban fordul elő. A szívroham gyakorisága ezzel szemben megugrik a kor előrehaladtával, hozzávetőlegesen 10 százalékról 15-20 százalékra (3. ábra).

A válaszadók magasságából és súlyából számított BMI (*Body Mass Index*) testtömegindex azt mutatja, hogy Európában az idősök többsége, 60–70 százaléka túlsúlyos (25–29 közötti BMI), sőt 20–30 százalékuk az elhízott (30 feletti BMI) kategóriába esik. Magyarország ismét sereghajtó (szintén az életmódra visszavezethetően), nálunk a legmagasabb az elhízottak aránya: az 57–64 évesek közül minden harmadik elhízott, míg a nyugati országokban csak minden ötödik ember. (4. ábra)

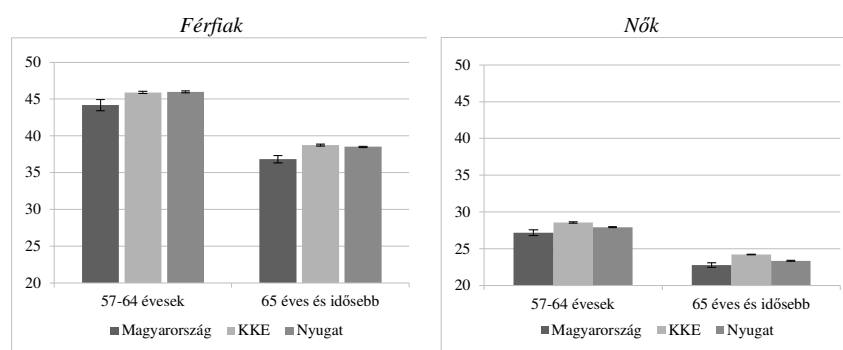
4. ábra. Túlsúly és elhízás előfordulása korosztály és régiók szerint az Európai Unióban, 2017 (százalék)



Megjegyzés: A túlsúlyos (BMI testtömegindex: 25–29) és elhízás (BMI testtömegindex: 30 feletti) esetek átlagos aránya az 57–64 évesek és a 65 évnél idősebb korosztály körében. Az oszlopok felett a fekete vonalak az átlag 95 százalékos konfidencia-intervallumát mutatják.

Forrás: SHARE, 7. hullám.

5. ábra. Marokerő átlagos nagysága nemek, korosztály és régiók szerint az Európai Unióban, 2017 (kg)



Megjegyzés: Az oszlopok felett a fekete vonalak az átlag 95 százalékos konfidencia-intervallumát mutatják.

Forrás: SHARE, 7. hullám.

A SHARE-felmérés része egy szorítóteszt is, amely a marokerőt méri. A kézszorítás ereje azért érdekes, mert összefügg az idős emberek általános fizikai egészségével, így a marokerő gyengülése sokszor előrevetíti vagy együtt jár az egészségromlással. Várakozásainkkal összhangban az idősebbek szorítóereje gyengébb. A férfiak körében a KKE-i és nyugati régió értékei hasonlóak mindkét korcsoportban: átlagosan 46 kg a fiatalabbaknál és 39 kg az idősebbeknél (5. ábra). A nők szorítóereje gyengébb, a fiatalabbaknál 25 és 30 kg, az idősebbeknél 20 és 25 kg között mozog. Magyarországon mind a két nem esetében rosszabb eredmények születtek közeli szomszédainkhoz képest: átlagosan közel 2 kg-mal kisebb erőt képesek kifejteni a magyar idősök a KKE-i régióban élő idősökhöz képest.

3.1. Az idős aktív korúak és az idős népesség egészsége életútjuk során

Láttuk, hogy a legtöbb mutató esetében Közép- és Kelet-Európában, különösen Magyarországon az idős lakosság egészségi állapota elmarad a nyugati országok átlagától. A SHARE életút interjúi lehetőséget adnak arra, hogy megvizsgáljuk, vajon a válaszadók fiatalabb korában is fennállt-e ez a különbség. A gyermekkori és fiatalkori egészség összevetése segít felmérni, hogy mikor szedtük össze a lemaradásunkat. Az ún. *életút elmélet* vagy *paradigma* (life cycle theory), amely a korai vagy fiatalkori életesemények

szerepét hangsúlyozza későbbi kimenetekben, a társadalomtudományok körében is népszerű elméleti keret, de az egészség alakulásának megértésében különösen fontos. Hiszen bizonyos betegségek nem múlnak el maradéktalanul, esetenként akár végigkísérik a személy egész életét, egy gyengébb szervezet hajlamosabb más egészségi problémának is áldozatul esni, így a kor előrehaladtával jellemző kórkép a betegségek halmozása.

A SHARE adatai azt mutatják, hogy a Közép- és Kelet-Európában élők egészségi állapota már gyermek- és fiatal felnőtt korukban is rosszabb, mint a nyugati országokban élőké. E tekintetben Magyarországot a KKE-i régióval összehasonlítva azt látjuk, hogy nálunk nincsen érdemi lemaradás a nyugati országokhoz képest. Érdemes eközben észben tartani, hogy az itt közölt statisztikák a válaszadók visszaemlékezésein alapszanak, amelyek torzíthatnak, hiszen a múltra hajlamosak vagyunk emlékeinket megszépítő nosztalgiával tekinteni. Azonban, ha feltételezzük, hogy a nosztalgia-hatás más európai országokban is jelen van, akkor a régiók közti eltérések mégis fontos támpontot nyújthatnak a fiatalok egészségről.

A gyermekkori egészségüket átlagosan nagyon jónak tartották a válaszadók, országtól függetlenül, bár Magyarországon és a KKE-i régióban valamivel rosszabbnak. Gyermekkorban ritkán fordult elő hosszabb kórházi kezelés, az időssek a KKE-i régióban számoltak be a legnagyobb arányban (7 százalék) gyermekkori, egy hónapig vagy annál hosszabb ideig tartó kórházi kezelésről a nyugati országokra jellemző 5 százalék és a magyarországi 4,5 százalékkal szemben. Felnőttkorban már valamivel magasabb arányban estek át hosszabb betegségen a kérdezettek, leggyakrabban ismét a KKE-i országokban, ahol több, mint a válaszadók ötödére volt ez igaz. A magyar arány (14 százalék) nem tér el szignifikánsan a nyugati országokra vonatkozó értéktől.

Az életút során jelentkező betegségeken túl más életesemények is hatással lehetnek az időskori egészségre. Szintén a SHARE adatai alapján azt találtuk, hogy a fiatal felnőttkorban átélt stresszes időszakok, pénzügyi nehézségek és állásvesztés negatív összefüggésben állnak a húsz-harminc évvel későbbi, 50 évnél idősebb életkorban mért egészségi állapottal. Mivel a közép- és kelet-európai országokban a politikai-gazdasági átmenet idején a népesség nagy arányban küzdött nehézségekkel és állásvesztéssel, a rendszerváltás sokkja tovább mélyítette a régió egészségi lemaradását (Bíró–Branyiczki, 2020).

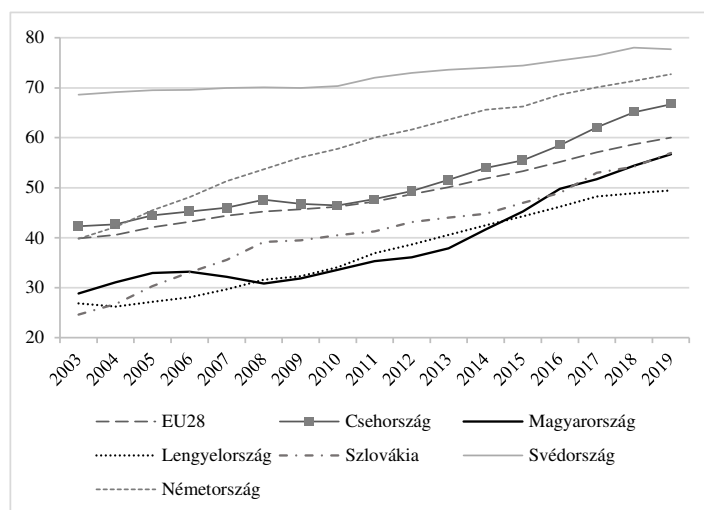
4. Aktív korú idősök a munkaerőpiacon

Magyarországon a középkorúak és idősök alacsony aktivitása régóta probléma. Sokáig, egészen 2012-ig elérhetőek maradtak a korai nyugdíjak és rokkantnyugdíjak, amelyeknek a rendszerváltást követően részben az volt a szerepe, hogy felszívják a piacon fölöslegessé vált munkaerőt (Vanhuyse, 2006). Így a nyugdíjrendszer nem ösztönözte az időskori munkavállalást, szinte kivétel nélkül nyugdíjba mentek azok, akik elérték a nyugdíjba vonuláshoz szükséges legalacsonyabb korhatárt (Cseres-Gergely, 2007). A 2000-es évek második felétől a keresleti oldalt foglalkoztatást támogató programokkal ösztönözte a mindenkor kormány: a 2007-ben bevezetett *Start extra program* keretében az 50 év feletti álláskeresőket esetén a munkát terhelő adók 25 százalékat engedte el a foglalkoztatás első évében és 14 százalékat a második évben (Cseres-Gergely és szerzőtársai, 2013). Ezt 2013-tól felváltotta az ún. *Munkahelyvédelmi akcióterv*, amely többek közt az 55 év felettieket célozta meg a Start programhoz képest egy alacsonyabb, de tartós szociális hozzájárulási adókedvezménnyel (a havi kedvezmény a bruttó bér 14,5 százaléka, de legfeljebb 100 ezer forint lehetett) (Cseres-Gergely–Varadovics, 2014), amit 2019-ben megszüntettek.

Az Eurostat adatai alapján azt látjuk, hogy az 55–64 éves korosztály foglalkoztatása a visegrádi országokban (Csehország kivételével) jóval alacsonyabb az EU-átlagnál, különösen a 2000-es években (6. ábra). A legtöbb európai országban 2003 és 2019 között lassan, de szinte folyamatosan növekszik a középkorúak aktivitása, részben a jobb egészségnek, a magasabb iskolázottságnak, a változó munkakörülményeknek és az emelkedő nyugdíjkorhatároknak köszönhetően. Magyarországon 2013 óta dinamikusabb ez a növekedés, 38 százalékról 57 százalékra nőtt a foglalkoztatási ráta, így az EU-tól számított 12 százalékpontos lemaradást 3 százalékponttal sikerült lefaragni. Az éllovas svéd 78 százalékos foglalkoztatási aránytól továbbra is távol állunk, ám a lengyeleket megelőztük és sikerült felzárkóznunk a szlovákokhoz.

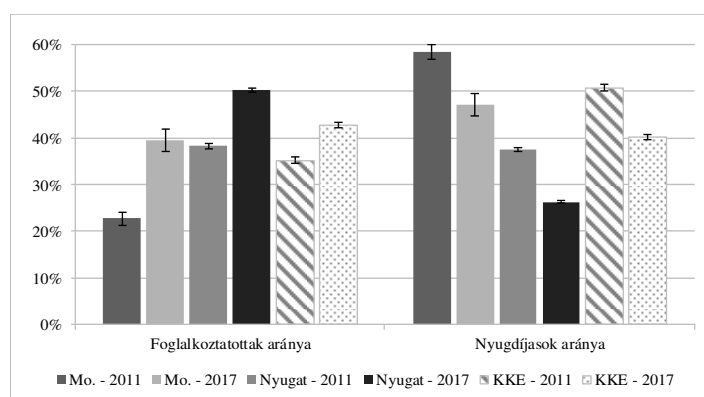
A SHARE-adatfelvételek alacsonyabb szintet, de a fentiekhez hasonló tendenciát mutatnak: 2011-ben az 57–64 éveseknek kevesebb, mint negyede dolgozott csak, míg 2017-ben a korosztály közel 40 százaléka aktív volt (7. ábra). Vagyis a fiatalabb generáció körében egyre jellemzőbb, hogy idősebb korban vonulnak nyugdíjba, 2011-ben még az idősebb aktív korúak majdnem 60 százaléka, 2017-ben már csak 47 százaléka volt nyugdíjas. A bővülő foglalkoztatás ellenére továbbra is számottevő a lemaradásunk: Magyarországon mind a két évben mintegy 20 százalékponttal magasabb a nyugdíjasok aránya, mint a nyugati országokban, és a KKE-i régió országaihoz viszonyított 7 százalékpontos különbség sem csökkent.

6. ábra. Foglalkoztatási ráta az 55–64 éves korosztályban Magyarországon és néhány más EU-tagállamban, 2003–2019 (százalék)



Forrás: Eurostat (2020) Labor Force Survey ('tesem050' táblázat).

7. ábra. Foglalkoztatottak és nyugdíjasok aránya az 57–64 éves korosztályban 2011-ben és 2017-ben, az Európai Unióban régiók szerint (százalék)

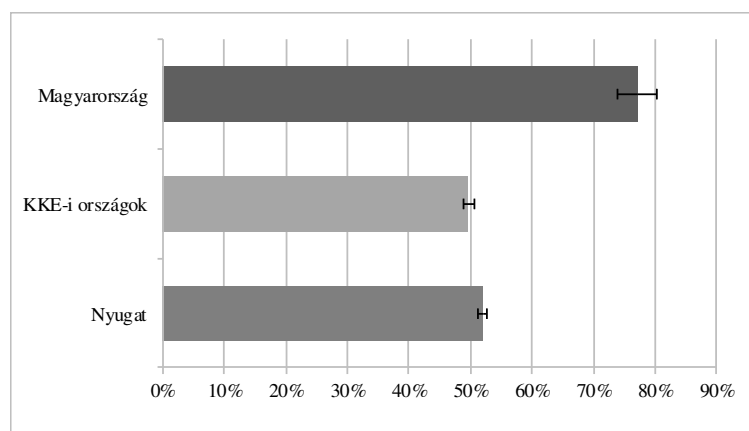


Megjegyzés: Az oszlopok felett a fekete vonalak az átlag 95 százalékos konfidencia-intervallumát mutatják.

Forrás: SHARE, 4. és 7. hullám.

A nyugdíj itthoni népszerűségét szemlélteti, hogy a már idősebb, de még aktív korúak (57–64 évesek) több, mint háromnegyede a lehető leghamarabb szeretne nyugdíjba vonulni, vagyis amint lehetősége van rá (8. ábra). Ezzel szemben a KKE-i és a nyugati országokban csak a válaszadók mintegy fele menne a lehető leghamarabb nyugdíjba.

8. ábra. A lehető leghamarabb nyugdíjba vonulni vágyók átlagos aránya az 57–64 éves korosztályban, az Európai Unióban régiók szerint (százalék)



Megjegyzés: A sávok végén a fekete vonalak az átlag 95 százalékos konfidencia-intervallumát mutatják.

Forrás: SHARE, 7. hullám.

5. Az egészség, a gyermekkori körülmények és a munkaerő-piaci helyzet összefüggései

A nyugdíjrendszeren és a munkaerő-piaci ösztönzőkön túl fontos szerepet játszhat az idősebb korosztály munkavállalásában az egészségi állapot. Előfordulhat, hogy a magyarok alacsonyabb aktivitását részben az magyarázza, hogy gyengébb egészségük miatt hamarabb kilépnek vagy kiszorulnak a munkaerőpiacról. A SHARE 2011-es adatfelvétele alapján Divényi és Kézdi (2012) azt találták, hogy a legjobb egészségnek örvendő és kognitív képességű 50–59 évesek foglalkoztatási esélye Magyarországon nem marad el az európai átlagtól, ám minél rosszabb egészségi állapotú egyéneket vizsgálunk, annál nagyobb a lemaradásunk. A nőkre fókuszálva is hasonló a kép, az 50–59 éves magyar nők foglalkoztatása 20 százalékpont helyett csak 12 száza-

lékponttal volna kevesebb a német rátánál, ha a demográfiai összetételen túl a népesség egészségi állapota is megegyezne a német átlaggal (Bíró és szerzőtársai, 2018).

Az alábbiakban továbbra is 2017-es SHARE-adatokat és az idős aktív korúakat (57–64 éves korosztály) vizsgáljuk régiók szerinti bontásban. A lineáris regressziós modellekben a függő változó az egyén foglalkoztatottsága (1 – ha a kérdezett dolgozik, 0 – minden egyéb eset), és arra vagyunk kíváncsiak, hogy ez az egyes régiókban milyen összefüggésben áll az egészségi állapottal (melyet a krónikus betegségek számával közelítünk). A modellekben a kérdezett nemére, korára, iskolai végzettségére és a lakóhelyének településtípusára kontrolláltunk.

Az eredményekből mind a három országcsoportban azt látjuk, hogy minden egyes krónikus betegség átlagosan 5 százalékponttal csökkenti a munkavállalás esélyét (1. táblázat). Vagyis egyéni szinten hasonló az összefüggés egészség és munkavállalás között, így az alacsonyabb aktivitást Magyarországon részben az magyarázhatja, hogy az idősebbek nagyobb arányban szenvednek krónikus betegségekben.

1. táblázat. Foglalkoztatás esélyének átlagos eltérései egészségi állapot szerint, az iskolai végzettségre, az életkorra és a településtípusra kontrollálva, Magyarországon, Közép- és Kelet-Európában és Nyugat-Európában, az 57–64 évesek körében (lineáris regressziós modellek)

Függő változó: foglalkoztatás	Magyarország (1. modell)	KKE-i régió (2. modell)	Nyugat (3. modell)
Krónikus betegségek száma	–0,049 *** [0,014]	–0,052 *** [0,004]	–0,055 *** [0,004]
Középfokú iskolai végzettség	0,516 *** [0,127]	0,183 *** [0,024]	0,125 *** [0,016]
Felsőfokú iskolai végzettség	0,763 *** [0,139]	0,399 *** [0,028]	0,304 *** [0,017]
Nő	–0,255 *** [0,053]	–0,075 *** [0,013]	–0,099 *** [0,012]
Életkor változók	igen	igen	igen
Település típusa	igen	igen	igen
Megfigyelések száma	284	4 920	6 327
R ²	0,36	0,22	0,18

Megjegyzés: B értékek, robusztus standard hibák szögletes zárójelben. Életkor változók: kor évben és a kor négyzete; lakóhely település típusa: öt kategória a nagyvárositól a vidéki, falusi környezetig. Szignifikancia szint: *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Forrás: SHARE, 7. hullám adatai alapján saját számítás.

Azt is látjuk, hogy minden országban pozitív, de eltérő erősségű a kapcsolat az iskolai végzettség és a foglalkoztatási esély között. Ezt az Európa-szerte fennálló összefüggést több tényező is magyarázhatja, a tanultabbak általában magasabb jövedelműek, kiterjedtebb szociális hálóval rendelkeznek és tájékozottabbak az egészséggel, egészségügyi ellátásokkal és a munkapiaccal kapcsolatban. Azonban Magyarországon sokkal nagyobb a különbség az alacsony és a magasabban iskolázottak közt: a felsőfokú tanulmányokkal rendelkezők az alacsony végzettségűekhez képest 76 százalékponttal nagyobb valószínűséggel dolgoznak (*ceteris paribus*). Ezen kívül az is érdekes különbség az országcsoportok között, hogy Magyarországon a nők jóval kisebb eséllyel aktívak, mint az egyéb szocio-demográfiai jellemzők szerint hasonló férfiak.

Az iskola szerepe rámutat arra, hogy Magyarországon élesek a különbségek a társadalom különböző rétegei között. Az életút interjúk lehetőséget adnak arra is, hogy az egyenlőtlenségek bemutatásán túl a társadalmi mobilitás mérésére is tegyünk egy kísérletet. Az alábbiakban megvizsgáljuk, hogy a gyermekkori anyagi helyzet mennyiben határozza meg az egyén későbbi boldogulását a munkaerőpiacon. A következő lineáris regressziókban továbbra is a foglalkoztatás a függő változó, amelyet most olyan változókkal magyarázunk, amelyek a gyermekkori körülményeket ragadják meg. Az egyik változó arról ad információt, hogy az egyén születésétől kezdve 16 éves koráig hogyan értékeli családjának anyagi helyzetét (1 – ha szegény volt, és 0 – ha átlagosan vagy kifejezetten jól élt anyagilag), a másik pedig arról, hogy a válaszadó 16 éves kora előtt előfordult-e, hogy az apjának több hónapon át nem volt állása (1 – ha előfordult, és 0 – ha nem). (Lásd a 2. táblázatban a 1–3., illetve 5–6. modell). Mind a két változónak negatív a kapcsolata a foglalkoztatással, vagyis azok, akik gyermekként szegény családban nőttek fel, vagy akiknek az apjuk huzamosabb ideig volt munka nélkül, kisebb eséllyel dolgoznak idősebb korukban. Különösen az apa munkanélkülisége és az egyén időskori munkavállalása között erős a kapcsolat; ebben az esetben a munkanélküliségből következő rosszabb anyagi helyzet mellett a szülői példa is befolyásolhatja a gyermek későbbi boldogulását.

Magyarország ismét kiemelkedik a többi ország mintázatából, itt jóval meghatározóbbak a gyermekkori körülmények. Aki szegény családban nevelkedett, az 20 százalékponttal, akinek az apja hosszú ideig volt munkanélküli, az 26 százalékponttal alacsonyabb valószínűséggel aktív idősebb korban a munkaerőpiacon; ugyanezek az együtthatók Közép- és Kelet-Európában 6 és 11, Nyugat-Európában csupán 3 és 5 százalékpont körül mozognak (2. táblázat).

2. táblázat. Foglalkoztatás esélyének átlagos eltérései gyermekkori körülmények szerint, az iskolai végzettségre, az életkorra és a településtípusra kontrollálva, Magyarországon, Közép- és Kelet-Európában és Nyugat-Európában, az 57–64 évesek körében (lineáris regressziós modellek)

Függő változó: foglalkoztatás	Magyarország (1. modell)	KKE-i régió (2. modell)	Nyugat (3. modell)	Magyarország (4. modell)	KKE-i régió (5. modell)	Nyugat (6. modell)
Szegény családban nőtt fel	–0,201*** [0,053]	–0,066*** [0,016]	–0,030* [0,017]			
Apa több hónapig munkanélküli				–0,264** [0,106]	–0,113*** [0,029]	–0,052** [0,024]
Középfokú iskolai végzettség	0,515*** [0,134]	0,190*** [0,029]	0,145*** [0,018]	0,514*** [0,140]	0,185*** [0,030]	0,148*** [0,018]
Felsőfokú iskolai végzettség	0,733*** [0,148]	0,429*** [0,033]	0,326*** [0,020]	0,737*** [0,153]	0,432*** [0,034]	0,326*** [0,020]
Nő	–0,252*** [0,054]	–0,083*** [0,014]	–0,093*** [0,013]	–0,278*** [0,056]	–0,0853*** [0,014]	–0,094*** [0,013]
Életkor változók	igen	igen	igen	igen	igen	igen
Település típusa	igen	igen	igen	igen	igen	igen
Megfigyelések száma	262	4322	5038	245	4178	4982
R ²	0,36	0,20	0,16	0,37	0,21	0,16

Megjegyzés: B értékek, robusztus standard hibák szögletes zárójelben. Életkor változók: kor évben és a kor négyzete; lakóhely település típusa: öt kategória a nagyvárosítól a vidéki, falusi környezetig. Szignifikancia szint: *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Forrás: SHARE, 7. hullám adatai alapján saját számítás.

Eddig azt mutattuk be, hogy a munkavállalást elősegíti a jó egészségi állapot és az is meghatározó, hogy milyen körülmények között nő fel az egyén. Ezen túl azonban az is érdekes, hogy az egyén későbbi egészségét mennyire vetíti előre a család társadalmi státusza, mivel a rosszabb anyagi helyzet jó eséllyel részben a gyengébb egészségen keresztül hat a munkapiaci aktivitásra. Az alábbi regressziós modellekben az egyén időskori krónikus betegségeinek számát magyarázzuk többek között azzal, hogy szegény családban nőtt-e fel (3. táblázat).

Az eredmények szerint idősebb korban a krónikus betegségek átlagos száma Magyarországon egy félével, a többi országban egy harmaddal magasabb akkor, ha az egyén szegény családban nőtt fel. Így az egészség valóban egyike lehet azoknak a csatornáknak, amelyen keresztül a gyermekkori anyagi helyzet hat a munkavállalásra.

3. táblázat. Krónikus betegségek számának átlagos eltérései gyermekkori körülmények szerint, az iskolai végzettségre, az életkorra és a településtípusra kontrollálva, Magyarországon, Közép- és Kelet-Európában és Nyugat-Európában, az 57–64 évesek körében (lineáris regressziós modellek)

Függő változó: Krónikus betegségek száma	Magyarország (1. modell)	KKE-i régió (2. modell)	Nyugat (3. modell)
Szegény családban nőtt fel	0,566** [0,252]	0,229*** [0,059]	0,391*** [0,056]
Középfokú iskolai végzettség	–0,516 [0,843]	–0,245* [0,128]	–0,279*** [0,064]
Felsőfokú iskolai végzettség	–0,993 [0,872]	–0,611*** [0,134]	–0,372*** [0,068]
Nő	0,0858 [0,183]	0,252*** [0,047]	0,003 [0,041]
Életkor változók	igen	igen	igen
Település típusa	igen	igen	igen
Megfigyelések száma	270	4417	5142
R ²	0,05	0,03	0,03

Megjegyzés: B értékek, robusztus standard hibák szögletes zárójelben. Életkor változók: életkor évben és a kor négyzete; lakóhely település típusa: öt kategória a nagyvárositól a vidéki, falusi környezetig. Szignifikancia szint: *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Forrás: SHARE, 7. hullám adatai alapján saját számítás.

Összességében azt találtuk, hogy az egészségi állapot is szerepet játszik, de leginkább az iskolai végzettség határozza meg, hogy az egyén meddig aktív a munkaerőpiacon, különösen Magyarországon, ahol az 57–64 évesek munkavállalásában jóval nagyobb az eltérés végzettség szerint. Ezenkívül az, hogy

milyen családba születik az egyén hat az egészségi állapotra és a munkapiaci kimenetekre is, ismét főként Magyarországon. Ebből arra következtetünk, hogy a társadalmi mobilitás Magyarországon európai összevetésben alacsony, az 1953–1964-ben született kohorszra is jellemző, hogy a társadalmi rétegek között nehéz az átjárás, itt is tetten érhető a „ragadós padló és plafon” jelensége (Tóth–Szelényi, 2018).

6. Összegzés

A tanulmányban az egyéni, önbevalláson alapuló nemzetközi SHARE-adatokon vizsgáltuk az aktív idősödés két aspektusát, az egészségi állapotot és a munkaerő-piaci aktivitást. Azt találtuk, hogy a magyar aktív korú idős (57–64 éves) és idős (65 évnél idősebb) népesség egészsége rosszabb, mint a nyugati régióban élők és több mutató értéke a KKE-i országok átlagától is elmarad. A lemaradás nagyobb az aktív korúaknál, vagyis nálunk az idősödéssel járó egészségromlás hamarabb bekövetkezik. A magyar idős aktív korúakat és időseket két betegség, a magas vérnyomás és a cukorbetegség európai összevetésben különösen magas arányban sújtja, amit az egészségtelenebb életmód magyarázhat.

Magyarországon az 57–64 évesek foglalkoztatottsága a 2000-es évek elején rendkívül alacsony (30 százalék körüli) volt, amely különösen 2013 óta dinamikus emelkedett (2019-ben 57 százalék), így jelentősen csökkent a lemaradásunk az EU-tagállamok átlagához képest. A munkaerő-piaci aktivitás növekedését a SHARE-adatok is tükrözik, bár azt is látjuk, hogy a többi ország 50 százalék körüli arányával szemben a magyarországi még aktív korú idősök háromnegyede a lehető leghamarabb nyugdíjba kíván vonulni.

Végül az eredményeink azt sugallják, hogy a gyengébb egészség hasonló mértékben csökkenti a munkavállalás esélyét az EU országaiban, viszont az iskolai végzettség Magyarországon jóval meghatározóbb magyarázó tényező, sokkal nagyobb a különbség az alsó és felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aktivitása között. A társadalmi státusz döntő szerepére és az európai összevetésben alacsony mobilitásra hívja fel a figyelmet, hogy Magyarországon a gyermekkori körülmények erősebben hatnak a későbbi, idősebb kori egészségre és munkavállalásra is.

IRODALOM

- AAI (2018): 2018 Actív Ageing Index. Analytical Report. United Nations Economic Commission for Europe, Geneva, 2019.
https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf
- 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), Munich.
- Bíró Anikó–Branyiczki Réka (2020): Transition Shocks During Adulthood and Health a Few Decades Later in Post-Socialist Central And Eastern Europe. BMC Public Health, Vol. 20, No. 698.
- Bíró Anikó–Branyiczki Réka–Elek Péter (2018): Egészség és munkapiaci aktivitás a nők körében. Megjelent: Fazekas Károly–Kézdi Gábor (szerk.): Munkaerőpiaci tükör 2018. Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Budapest.
- Börsch-Supan, A. (2020): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 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>.
- Cseres-Gergely Zsombor–Varadovics Kitti (2014): A munkapiaci szakpolitika eszközei (2012. szeptember – 2014. január). Megjelent: Fazekas Károly–Neumann László (szerk.): Munkaerőpiaci tükör 2013. Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Budapest.
- Cseres-Gergely Zsombor–Scharle Ágota–Földessy Árpád (2013): The Impact of a Wage Subsidy for Older Workers. Megjelent: Fazekas Károly–Benczúr Péter–Telegdy Álmós (szerk.): The Hungarian Labour Market 2013. Centre for Economic and Regional Studies, HAS – National Employment Non-profit Public Company Ltd., Budapest. 142–148. o.
- Cseres-Gergely Zsombor (2007): Inactivity in Hungary – The Persistent Effect of the Pension System. Megjelent: Budapesti Munkaerőpiaci Füzetek 2007/1. MTA KTI, Budapest.
<http://real.mtak.hu/80523/1/bwp0701.pdf>
- 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. Társi Zrt., Budapest.
- Eurostat (2020): Two-thirds of Deaths Under 75 Could Have Been Avoided. European Commission, Eurostat 2020. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200814-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fhome%3F&fbclid=IwAR2mJRx6v0bAlPY_PgGt5kvUe1qKPoPoEL4C56_3r-EmcRfuYKJiGXlJNc
- OECD (2019): State of Health in the EU. Magyarország Egészségügyi országprofil, 2019. OECD. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/2247f4e0-hu.pdf?expires=1599236995&id=id&accname=guest&checksum=F8A93B0880D49B1C65B1F1CF37A254F1>
- Tóth István György–Szelényi Iván (2018): Bezáródás és fluiditás a magyar társadalom szerkezetében. Adatolt esszé a felső középosztályi bezáródásáról. Megjelent: Kolosi Tamás–Tóth István György (szerk.): Társadalmi Riport, 2018. Társi, Budapest, 25–46. o.
- Vanhuysse, P. (2006): Divide and Pacify: Strategic Social Policies and Political Protests in Post-Communist Democracies. Central European University Press, Budapest.
- Zaidi, A. (2013): Global AgeWatch Index 2013. Purpose, Methodology and Results. HelpAge International, London.