

## 5. MUNKANÉLKÜLISÉG ÉS EGÉSZSÉG

### 5.1. A GAZDASÁGI VÁLSÁG ÉS AZ ÁLLÁSVESZTÉS HATÁSA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA

ELEK PÉTER, KREKÓ JUDIT & MUNKÁCSY BALÁZS

A gazdasági válságok, azon belül az állás elvesztésének egészségi mutatókra kifejtett hatása fontos témája a közgazdasági irodalomnak. A gazdaság ciklikus ingadozásai számos, közvetlen és közvetett, sokszor ellentétes irányú csatornán keresztül befolyásolják az emberek egészségi állapotát.

#### Gazdasági válságok összesített hatása – csatornák és empirikus eredmények

Az egyik legfontosabb csatornát a munkanélküliség, illetve általánosságban a jövedelemcsökkenés és a munkapiaci bizonytalanság egészségi hatásai jelentik. A csökkenő életszínvonal egyrészt közvetlenül hozzájárulhat az egészség romlásához, hiszen a rosszabb anyagi helyzet mellett kevesebb lehetőség nyílik az egészséges életmód folytatására. Az irodalom alapján azonban az anyagi jólét csökkenésének hatásánál fontosabbak lehetnek a munkanélküliség és a létbizonytalanság mentális hatásai, a „kétségbeesés betegségei” (*diseases of despair*, Case–Deaton, 2020). A jövővel kapcsolatos bizonytalanság, a céltalanság és értelmetlenség érzése lelki eredetű betegségekhez vezet, amelyek például a drogfogyasztás, öngyilkosságok és az alkoholfogyasztáshoz köthető májbetegségek emelkedésében öltenek testet. Például Schwandt–Wachter (2020) kimutatta, hogy az a korosztály, amelyik a válság idején lép a munkaerőpiacra, középkorúként is rosszabb halálzási mutatókkal jellemezhető, mint a fellendülés idején munkapiacra lépők, és e halálzási mutatókban a kétségbeesés betegségei játsszák a kulcsszerepet. Bíró–Branyiczki (2020) – az 5.2. alfejezetben szemlézett – kutatása szerint pedig a kelet-közép-európai gazdasági átmenet és az azzal járó pszichoszociális sokkok hosszan tartó negatív hatással voltak az ott élők egészségi állapotára.

A gazdasági aktivitás csökkenése ugyanakkor javíthatja is az egészségi állapotot. Visszaesések idején jellemzően csökken a közúti és munkahelyi balesetek száma és az ebből eredő halálzási mutatók, mérséklődnek a légszennyezettségből adódó egészségügyi kockázatok. Válságok idején könnyebb munkaerőt találni az idősgondozásba, amelynek eredményeképpen javulhatnak az idősök halálzási mutatói. A munkával kapcsolatos stressz csökkenése szintén javíthatja az egészségi állapotot.

Mit mutatnak a fenti hatások eredőjéről az empirikus kutatások? A korábbi válságokról és közelebbről a 2008-ban kirobbant gazdasági válságról készült aggregált elemzések azt valószínűsítik, hogy az összes halálzási mutató gazdasági kon-

junktúrától való függése nem túl erős, és inkább prociklikus (tehát a gazdasági visszaesések során a halálozások száma inkább csökken), de a konkrét hatás erősen függ az adott válság sajátosságaitól. Az összes halálozáson belül például a balesetekből adódó halálozás prociklikus, míg az öngyilkosságok száma kontraciklikus, és a tágabban értelmezett egészségi indikátorok közül is a mentális egészség romlását lehet leginkább kimutatni a gazdasági válságok következményeként.<sup>1</sup> Magyarországi idősoros adatokon *Fountoulakis és szerzőtársai* (2014) azt találta, hogy a munkanélküliség növekedését 3–5 évvel követheti az öngyilkosságok számának növekedése.

Részletesebb elemzések kimutatják, hogy az összes halálozás enyhén prociklikus viselkedése elsősorban az idősek, nem pedig az aktív korúak halálozásának alakulásából adódik, ami arra utal, hogy nem közvetlen munkapiaci tényezők, hanem egyéb külső hatások hajtják azokat, ilyen lehet például a légszennyezettség csökkenése válságok idején vagy az idősgondozás személyi feltételeinek romlása gazdasági fellendülések alatt (lásd például *Stevens és szerzőtársai*, 2015).

### Az állásvesztés egészségi hatásai

Valóban, az állásvesztés egészségi hatását vizsgáló nemzetközi irodalom inkább a halálozás növekedését és az egészségi állapot romlását méri. Mivel az egészségi állapot változása és az állás elvesztése közötti kapcsolat kétirányú lehet (egyrészt az egészségromlás előrébb hozhatja az állásvesztést, másrészt az állásvesztés önmagában ronthatja az egészségi állapotot), ezért a kérdést vizsgáló szakcikk nem általában az állásukat elvesztőkre, hanem kizárólag az üzembeszárásokra és a csoportos létszámleépítésekre összpontosítanak, hiszen ekkor az egészségi állapot alapján történő szelekció kevésbé van jelen (például *Browning–Heinesen*, 2012). Az alapelgondolás az, hogy a kutatók az így elbocsátott dolgozókhöz becsült részvételi valószínűség (*propensity score*) alapú párosítással keresnek munkapiaci és egészségügyi történetükben hasonló, ám nem elbocsátott dolgozókat, majd a két („kezelt” illetve kontroll-) csoport halálozását és egyéb egészségügyi jellemzőit követik az adatokban. Az így készült elemzések alapvetően megerősítik az állásvesztés mentális egészségre gyakorolt hatásának fontosságát (például *Kuhn és szerzőtársai*, 2009, *Schaller–Stevens*, 2015). Az amerikai adatokon készült elemzések jellemzően nagyobb hatásokat mutatnak, mint az európaiak (például *Riumallo-Herl és szerzőtársai*, 2014), amelyben szerepe lehet annak, hogy az Egyesült Államokban az állás elvesztése gyakran az egészségbiztosítás elvesztésével is jár.<sup>2</sup>

### Magyarországi eredmények

*Hatás a rokkantnyugdíj igénybevételére.* Magyarországon a csoportos létszámleépítések segítségével *Bíró–Elek* (2020) elemezte az állásvesztés hatását a ha-

<sup>1</sup> Lásd például *Stuckler és szerzőtársai* (2009) európai országok adatain alapuló tanulmányát az 1970–2007 közötti időszakról, *Parmar és szerzőtársai* (2016) metaanalízisét a 2008-as válság európai hatását vizsgáló tanulmányokról, valamint *Ruhm* (2016) amerikai adatokon alapuló elemzését és a benne levő hivatkozásokat.

<sup>2</sup> Például *Schaller–Stevens* (2015) Egyesült Államokra vonatkozó elemzése megerősítette az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének csökkenését azoknál a krónikus betegeknek, akiknek a munkaviszonyuk jelentette az egészségbiztosítás elsődleges formáját.

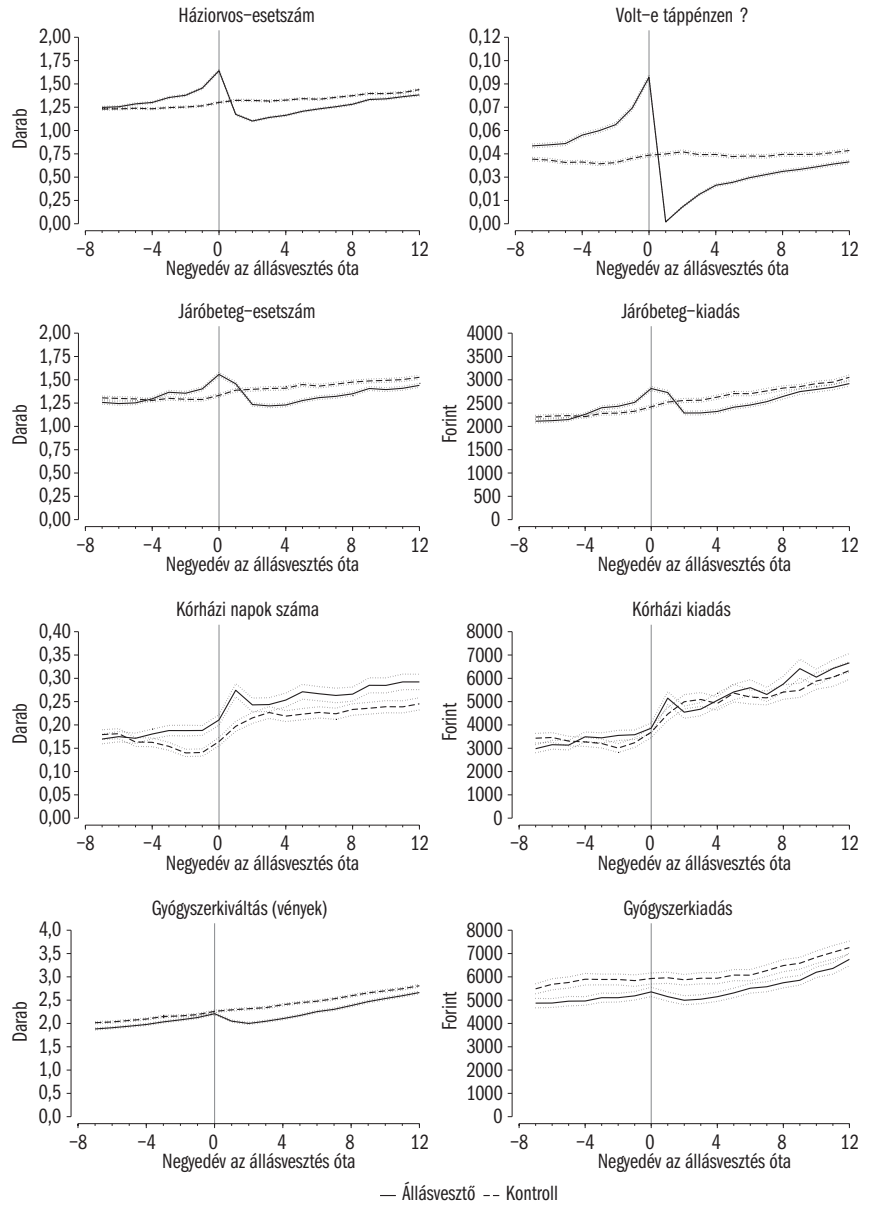
lálózásra és a rokkantnyugdíj igénybevételére a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankjában rendelkezésre álló, a 2003–2011. évekre vonatkozó, a magyar népesség 50 százalékos véletlen mintájának anonimizált kapcsolt munkapiaci-egészségügyi adatbázisát (Admin2) használva. A tanulmány megállapította, hogy – a nemzetközi irodalommal összhangban – a csoportos létszámleépítések során állásukat elvesztők négy éven belüli halálózási rátája nagyobb, mint az állásvesztés pillanatáig hasonló munkapiaci és egészségügyi történettel rendelkező kontrollcsoporté, ez tehát teljes egészében az állásvesztés egészségi hatásának tekinthető. Hasonlóan, a négy éven belüli rokkantnyugdíjba vonulás valószínűsége 1,5-szeresére nő a kontrollcsoporthoz viszonyítva (4,3 százalék *versus* 2,9 százalék). A rokkantnyugdíj-igényléssel párhuzamosan az egyén járóbeteg-, fekvőbeteg- és gyógyszerkiadásai mintegy háromszorosára emelkednek, majd csökkenni kezdenek, de később is felette maradnak a rokkantnyugdíjazás előtti szintnek. A részletesebb egészségügyi adatok azt mutatják, hogy az egészségügyi kiadások megnövekedése mögött részben a fizikai egészség romlása, részben a krónikus betegségek (például magas vérnyomás és diabétesz) diagnózisának gyakoribbá válása, részben a mentális egészség romlása áll (ez utóbbit az idegrendszerre ható gyógyszerek és azon belül az antidepresszánsok fogyasztásával mérve).

*Állásvesztők egészségének alakulása.* Jelen elemzésünkben nem a csoportos létszámleépítéseket vizsgáljuk, hanem azokat a személyeket, akiknek 2011–2014 között legalább hat hónapos folyamatos munkaviszony után megszűnt az állásuk, és utána legalább két hónapig nem kezdtek el újra dolgozni, közben pedig regisztráltak a munkaügyi kirendeltségnél.<sup>3</sup> (A KRTK Adatbankja által összeállított, 2009–2017 közötti egyéni szintű munkapiaci és egészségügyi adatokat tartalmazó Admin3 adatbázist használjuk.)<sup>4</sup> Hozzájuk becsült részvételi valószínűség (*propensity score*) alapú párosítással ugyanolyan nemű, hasonló életkorú és – foglalkozási csoport, vállalatméret és az elmúlt két évben ledolgozott hónapok, valamint bértömeg szerint – hasonló munkatörténetű egyéneket találunk kontrollcsoportként, majd a két csoport egészségindikátorainak alakulását hasonlítjuk össze a megelőző két és a következő három év során. Az 5.1.1. ábra az egészségügyi ellátórendszer különböző szintjeit és a táppénz igénybevételét mutatja negyedévenként, az 5.1.2. ábrán négy fontos gyógyszercsoport [vérnyomáscsökkentők, cukorbetegség gyógyszerei, pszicholeptikumok (köztük a nyugtatók), pszichoanaleptikumok (köztük az antidepresszánsok)] fogyasztóinak negyedéves arányát láthatjuk, míg az 5.1.3. ábra mutatja a két csoport halálózását. Meg kell említeni, hogy az állásvesztők többsége viszonylag hamar talál új állást: egy évvel később 59 százalékuk, három évvel később 75 százalékuk foglalkoztatott (a kontrollcsoportban ez az arány végig 90 százalék felett van).

<sup>3</sup> A mintából kivettük azokat, akik a munka megszűnése után két hónapon belül esetleg öregségi vagy rokkantsági nyugdíjba vonultak, gyerektámogatást (tgyás, gyed, gyes) kaptak, rokkantsági járadékban vagy ápolási díjban részesültek. A 35–54 éves korosztályt vizsgáljuk, így az öregségi nyugdíjba vonulás nem játszik szerepet az eredményekben.

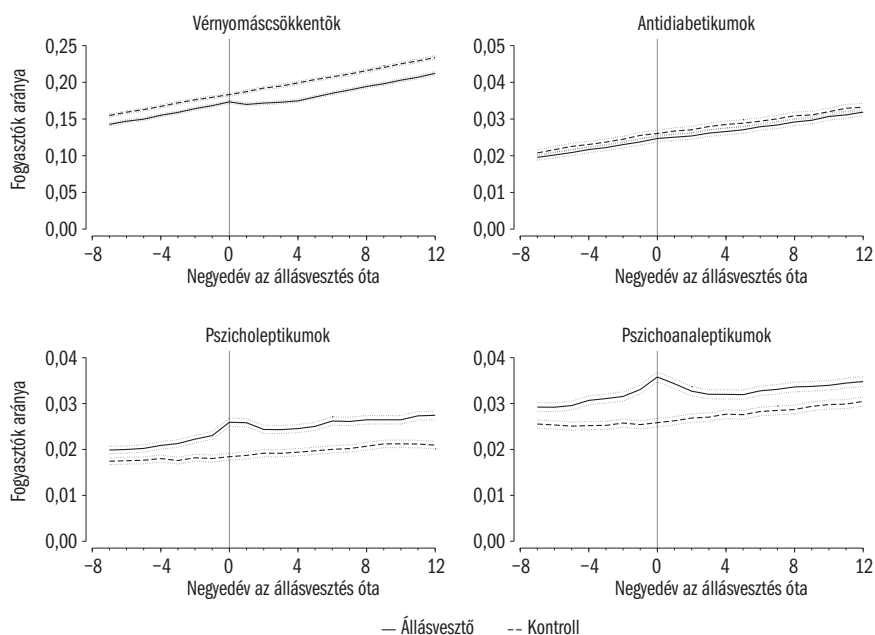
<sup>4</sup> Az adatbázis rövid leírását lásd a Közelkép Függelékében és részletesebben *Sebők* (2019) tanulmányában.

5.1.1. ábra: Az egészségi indikátorok negyedévenkénti alakulása az állásvesztő és a kontrollcsoportban (95 százalékos konfidenciaintervallummal)



Forrás: Saját számítás *Admin3* adatbázis alapján.

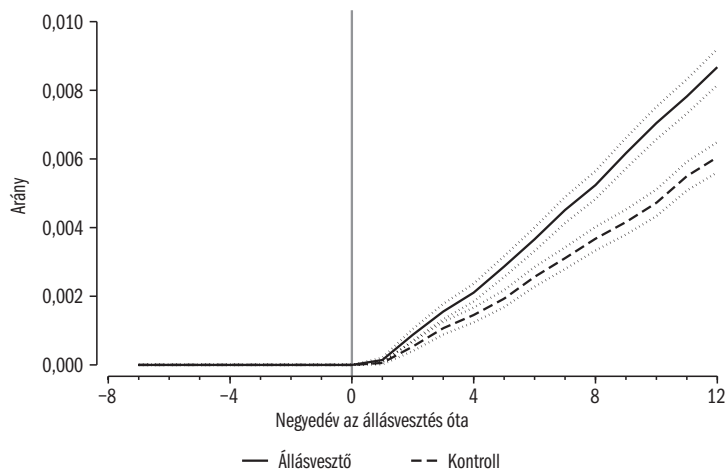
5.1.2. ábra: Négy gyógyszercsoport negyedéves fogyasztási arányának alakulása az állásvesztő és a kontrollcsoportban (95 százalékos konfidenciaintervallummal)



Megjegyzés: ATC C02-09 (vérnyomáscsökkentők), A10 (inzulinok és orális antidiabetikumok), N05 (pszicholeptikumok, benne nyugtatók), N06 (pszichoanaleptikumok, benne antidepresszánsok).

Forrás: Saját számítás *Admin3* adatbázis alapján.

5.1.3. ábra: Az elhunytak aránya negyedévenként az állásvesztő és a kontrollcsoportban, (95 százalékos konfidenciaintervallummal)



Forrás: Saját számítás *Admin3* adatbázis alapján.

Az ábrák alapján a munkaviszony megszűnése előtt két évvel a későbbi állásvesztők nem tűnnek betegbbnek a kontrollcsoportnál, a két csoport egészségindikátorai hasonlóak. Egyedül a – társadalombiztosítás és a beteg által együttesen fizetett – gyógyszerkiadás és azon belül a vérnyomáscsökkentők fogyasztása alacsonyabb, míg a pszicholepikumok és pszichoanaleptikumok fogyasztása enyhén magasabb a körükben. Az állásvesztés időpontjához közeledve a háziorvosi megjelenések száma meredeken emelkedni kezd (az állásvesztést megelőző évben 15 százalékkal magasabb, mint előtte egy évvel), és a táppénzen levők száma is növekszik (de így is csak az állásvesztők 9 százaléka vesz igénybe táppénzt az elbocsátás negyedévében), valamint a járóbeteg-szakellátás igénybevétele enyhén emelkedik. Az egészségi állapotot jobban mérő igénybevételi változók – a fekvőbeteg-ellátási és gyógyszerköltségek – viszont lényegében nem változnak, egyedül a kórházi napok száma és a mentális betegségek gyógyszereinek fogyasztása növekszik a kontrollcsoportéhoz képest.

Az állásvesztés után a háziorvosi és járóbeteg-megjelenések és a gyógyszerfogyasztás is visszaesik. Ez utóbbin belül tartósan egy százalékponttal visszaesik a vérnyomáscsökkentők fogyasztása is, és részletesebb (itt nem bemutatott) adatok azt mutatják, hogy mind a vérnyomáscsökkentőt kezdő (újonnan diagnosztizált) páciensek aránya, mind a korábban vérnyomáscsökkentőt szedők között a terápiát folytatók aránya csökken a kontrollcsoportéhoz képest. A cukorbetegség gyógyszereinek fogyasztásában – amely a 35–54 éves korosztályban még jelentős részben a nagyon pontos terápiát igénylő 1-es típusú cukorbetegséghez köthető – ilyen visszaesés nem látszik. A pszicholeptikumok (benne nyugtatók) fogyasztása viszont tartósan mintegy 0,3 százalékponttal magasabb marad. Végül, az 5.1.3. ábra szerint az elbocsátottak halálozása a hároméves időszak végére mintegy 1,4-szerese a kontrollcsoporténak, de még mindig relatíve alacsony, 1 százalék alatti. A különböző típusú gyógyszerek fogyasztásának eltérő dinamikája – összhangban az irodalommal – arra utal, hogy a munkanélküliség több csatornán keresztül, akár eltérő irányokba is befolyásolhatja az egészségügyi ellátórendszer igénybevételét és az egészségi állapotot. A pszicholeptikumok és pszichoanaleptikumok növekvő fogyasztása például a munkanélküliség mentális egészségre gyakorolt negatív hatását tükrözheti.

Elemzésünkben ugyanakkor nem feltétlenül az állásvesztés egészségre kifejtett tiszta oksági hatását mértük, hiszen lehetséges, hogy a fenti módon definiált „állásvesztők” egy része – a csoportosan leépítettekől eltérően – egészségügyi okokból került ki a foglalkoztatásból. Előnye viszont a most használt megközelítésünknek, hogy az állásvesztők egészségi alapon történő esetleges szelekcióját is vizsgálni tudtuk egészségindikátoraik állásvesztés előtti elemzésével. A háziorvosi látogatások, a táppénz és a mentális betegségek gyógyszereinek a munkanélküliséget megelőző emelkedése mögött több ok is húzódhat. Egyrészt elképzelhető, hogy az állás elvesztése nem váratlan, az elbocsátástól

való félelem pedig rossz hatást gyakorol – elsősorban a mentális – egészségre. A táppénz növekedését emellett magyarázhatja az a szabályozás, amely szerint a táppénzen lévő munkatárs felmondási ideje a táppénz lejáratát követően, de legkésőbb a 15 nap betegszabadság végétől számított egy év múlva kezdődik. Emellett az is lehetséges, hogy a betegeskedő, gyakran táppénzen lévő munkatársaktól nagyobb valószínűséggel válnak meg a munkaadók.

## Hivatkozások

- 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. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08839-7>.
- BÍRÓ ANIKÓ–ELEK PÉTER (2020): Job loss, disability insurance and health expenditure. *Labour Economics*, Vol. 65. No. 101856. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2020.101856>.
- BROWNING, M.–HEINESEN, E. (2012): Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *Journal of Health Economics*, Vol. 31. No. 4. 599–616. o. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.03.001>
- CASE, A.–DEATON, A. (2020): *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton University Press.
- FOUNTOULAKIS, K. N.–GONDA XÉNIS–DÖME PÉTER–THEODORAKIS, P. N.–RIHMER ZOLTÁN (2014): Possible delayed effect of unemployment on suicidal rates: the case of Hungary. *Annals of General Psychiatry* Vol. 13. No. 12. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-13-12>.
- KUHN, A.–LALIVE, R.–ZWEIMÜLLER, J. (2009): The public health costs of job loss. *Journal of Health Economics*, Vol. 28. No. 6. 1099–1115. o. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.09.004>.
- PARMAR, D.–STAVROPOULOU, C.–IOANNIDIS, J. P. A. (2016): Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *British Medical Journal*, Vol. 354. i4588. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4588>.
- RIUMALLO-HERL, C.–BASU, S.–STUCKLER, D.–COURTIN, E.–AVENDANO, M. (2014): Job loss, wealth and depression during the Great Recession in the USA and Europe. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 43. No. 5. 1508–1517. o. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu048>
- RUHM, C. J. (2016): Health effects of economic crises. *Health Economics*, Vol. 25. 6–24. o. <https://doi.org/10.1002/hec.3373>.
- SCHALLER, J.–STEVENS, A. H. (2015) Short-run effects of job loss on health conditions, health insurance, and health care utilization. *Journal of Health Economics*, Vol. 43. 190–203. o. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.07.003>
- SCHWANDT, H.–VON WACHTER, T. M. (2020) *Socioeconomic decline and death: midlife impacts of graduating in a recession*. NBER Working Paper, No. 26638.
- SEBŐK ANNA (2019): A KRTK Adatbank Kapcsolt Államigazgatási Panneladatbázisa. *Közgazdasági Szemle*, 66. évf. 11. sz. 1230–1236. o. <https://doi.org/10.18414/KSZ.2019.11.1230>.
- STEVENS, A. H.–MILLER, D. L.–PAGE, M. E.–FILIPSKI, M. (2015): The best of times, the worst of times: Understanding pro-cyclical mortality. *American Economic Journal: Economic Policy* Vol. 7. No. 4. 279–311. o. <https://doi.org/10.1257/pol.20130057>.
- STUCKLER, D.–BASU, S.–SUHRCKE, M.–COUTTS, A.–MCKEE, M. (2009): The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet*, Vol. 374. 315–23. o. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)

### 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 tevékenységen 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 álláskereső 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 kettővel 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.

## 5.2. A GAZDASÁGI ÁTMENET HOSSZÚ TÁVÚ EGÉSZSÉGI KÖVETKEZMÉNYEI

BÍRÓ ANIKÓ & BRANYICZKI RÉKA

Ebben az alfejezetben a BMC Public Health folyóiratban megjelent tanulmányunk (*Bíró–Branyiczki, 2020*) alapján, a Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) adatait felhasználva vizsgáljuk a kelet-közép-európai gazdasági átmenet és a népesség két-három évtizeddel későbbi egészségi állapota közötti összefüggéseket. Kelet-Közép-Európában a lakosság egészségi állapota átlagosan elmarad az európai uniós átlagtól. Kutatásunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk, hogy a gazdasági átmenet éve körül megélt pszichoszociális sokkok hozzájárultak-e a későbbi rosszabb idős kori egészségi állapothoz.

A SHARE egy ingyenesen használható, nemzetközileg harmonizált, multidiszciplináris panel-adatfelvétel, amely kétévenként gyűjt információt az ötvenévesnél idősebb népesség egészségéről, munkaerőpiaci helyzetéről és társadalmi-gazdasági jellemzőiről.<sup>1</sup> A SHARE részeként 2009-ben és 2017-ben visszatekintő adatfelvételt végeztek, amelynek keretében adatokat gyűjtöttek a válaszadók munkapiaci történetéről, megélt nehézségeiről és fiatalkori egészségi állapotukról. Az adatok alapján látjuk, hogy egy válaszadó 1987–1993 között, tehát a rendszerváltás éve körül küzdött-e stresszsel, pénzügyi nehézségekkel, vagy elvesztette-e állását. Ezen nehézségindikátorok összefüggését vizsgáltuk szubjektív és objektív egészségmutatókkal, amelyeket 2017-ben mértek. Az összefüggéseket három kelet-közép-európai országcsoporthoz (visegrádi négyek, balti államok, dél-kelet-európai országok) és nyugat-európai országok között is összehasonlítottuk. Megvizsgáltuk továbbá, hogy a rendszerváltás éve körül elszenvedett nehézségek egészségi következményei eltérnek-e a korábban vagy később megélt nehézségek következményeitől.

Azt találtuk, hogy a rendszerváltás idején átélt stresszes időszakok, pénzügyi nehézségek és állásvesztés negatív összefüggésben áll a két-három évtizeddel később mért egészségi állapottal mindhárom kelet-közép-európai országcsoporthoz. Az összefüggés fennáll akkor is, ha kiszűrjük a gyermekkori egészség és a demográfiai jellemzők hatásait. A háromtípusú nehézség hasonló mértékben függ össze az idős kori egészséggel (*5.2.1. táblázat*). Eredményeink azt mutatják, hogy a rendszerváltás körül megélt nehézségek hatásai a későbbi életpálya során kumulálódtak, és összességében rosszabb egészségi állapothoz vezettek idősebb korban. Kiragadva például a szubjektív egészség indikátorát, azt találtuk, hogy akik valamilyen nehézséget éltek át a rendszerváltás éve körül, azok 50–100 százalékkal nagyobb *oddszal* mondták 2017-

<sup>1</sup> A SHARE 1–7. hullámának adatait használjuk, módszertani részletekért lásd *Bergmann és szerzőtársai* (2019) és *Börsch-Supan és szerzőtársai* (2013). A SHARE-adatfelvételt elsősorban az Európai Bizottság finanszírozta az alábbi forrásokból: FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-13: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CITS-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) és FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982, Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GAN°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, OGHA\_04-064, HHSN271201300071C) (lásd [www.share-project.org](http://www.share-project.org)).

ben azt, hogy egészségi állapotuk csupán elfogadható vagy gyenge (kitűnő, nagyon jó vagy jó helyett).

**5.2.1. táblázat: Egészségindikátorok összefüggése az 1987–1993 között megélt nehézségekkel Közép-Kelet-Európában (logit esélyhányadosok)**

Országcsoport	Elfogadható vagy gyenge egészség	Krónikus betegség jelenléte
Stressz × Visegrádi négyek	1,728*** (1,502–1,988)	2,610*** (2,243–3,037)
Stressz × Dél-Kelet-Európa	2,042*** (1,607–2,596)	2,236*** (2,052–2,438)
Stressz × Baltikum	1,592** (1,112–2,280)	1,724*** (1,222–2,434)
Megfigyelések száma	17 452	17 452
Wald-teszt <i>p</i> -értéke	0,425	0,034
Pénzügyi nehézség × Visegrádi négyek	1,923*** (1,211–3,054)	2,112*** (1,676–2,663)
Pénzügyi nehézség × Dél-Kelet-Európa	1,771*** (1,263–2,484)	1,549*** (1,111–2,159)
Pénzügyi nehézség × Baltikum	1,175*** (1,111–1,243)	1,522*** (1,208–1,917)
Megfigyelések száma	20 503	20 503
Wald-teszt <i>p</i> -értéke	0,007	0,121
Állásvesztés × Visegrádi négyek	1,502*** (1,355–1,665)	1,419*** (1,331–1,514)
Állásvesztés × Dél-Kelet-Európa	1,599*** (1,430–1,788)	1,343*** (1,222–1,476)
Állásvesztés × Baltikum	1,967*** (1,585–2,442)	1,707*** (1,502–1,940)
Megfigyelések száma	20 524	20 525
Wald-teszt <i>p</i> -értéke	0,081	0,008

Megjegyzés: Egyéni jellemzőkre és ország hatásokra kontrolláltunk. Logit esélyhányadosokat mutatunk 95 százalékos konfidenciaintervallummal. A Wald-teszt az interakciós tagok becsült együtthatóinak egyenlőségét teszteli.

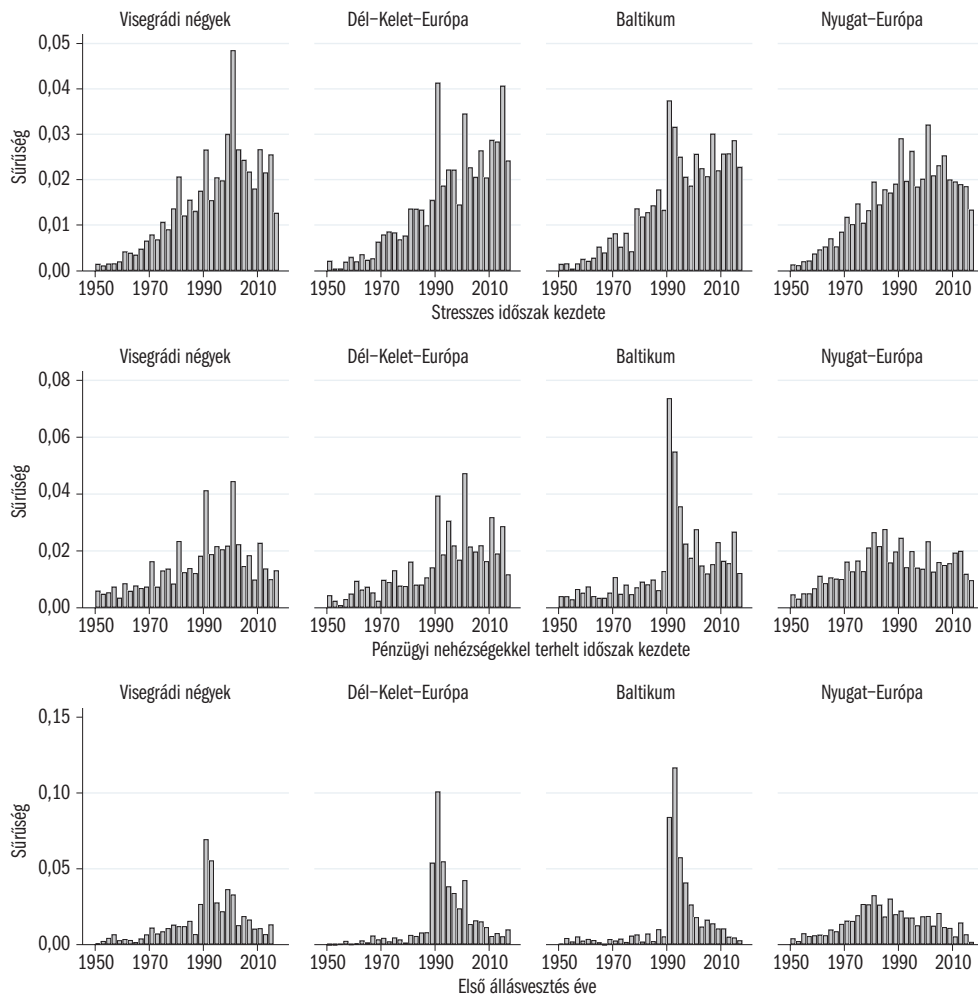
\*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$

Forrás: *Bíró–Branyiczki* (2020).

A SHARE felmérése is azt mutatja, hogy Közép-Kelet-Európában az idős népesség egészségi állapota rosszabb, például gyakoribbak a krónikus betegségek és az elhízás. Azt is látjuk, hogy a nyugati országokhoz képest ebben a régióban jellemzőbb volt, hogy a népesség nehézségekkel küzdött a rendszerváltás éve körül (5.2.1. ábra). Ennek ellenére, amikor megvizsgáltuk a hasonló típusú nehézségek egészségi állapottal való összefüggéseit Nyugat-Európában, hasonló összefüggéseket találtunk. A más időszakban, a rendszerváltás éve előtt vagy után megélt nehézségek és az időskori egészségi állapot közötti összefüggések szintén hasonlóak. Arra következtethetünk tehát, hogy a rendszerváltás körüli nehézségek egészségi állapotbeli következményei nem specifikusak, más, a rendszerváltástól független sokkok is hasonló összefüggésben

állnak a későbbi egészségi állapottal. Nem a rendszerváltás körüli nehézségek speciális jellemzői járulhattak hozzá a kelet-közép-európai országok lakosságának rosszabb egészségi állapotához, hanem az, hogy itt a társadalom széles körét érintették a nehézségek.

### 5.2.1. ábra: Nehézségek kezdete régiók és a nehézség típusa szerint



Forrás: Bíró–Branyiczki (2020).

Heterogenitási vizsgálatunk azt mutatták, hogy a férfiak, valamint a rendszerváltást fiatalabb korban átélők körében erősebb a nehézségek negatív hatása a későbbi egészségi állapotra.

Összességében azt találtuk, hogy a kelet-közép-európai lakosság egészségi állapotbeli lemaradását növelte, hogy a lakosság nagy aránya küzdött stresszel, pénzügyi nehézséggel vagy állásvesztéssel a rendszerváltás éve körül. Eredm-

nyeink rámutatnak, hogy a felnőttkorban elszenvedett pszichoszociális sokkok hosszú távon is negatív hatással lehetnek az egészségi állapotra.

### 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 (2020): Transition shocks during adulthood and health a few decades later in post-socialist Central and Eastern Europe. *BMC Public Health*, Vol. 20, 698. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08839-7>.
- 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.