

6. AZ IDŐSÖDÉS MUNKAPIACI ÖSSZEFÜGGÉSEI

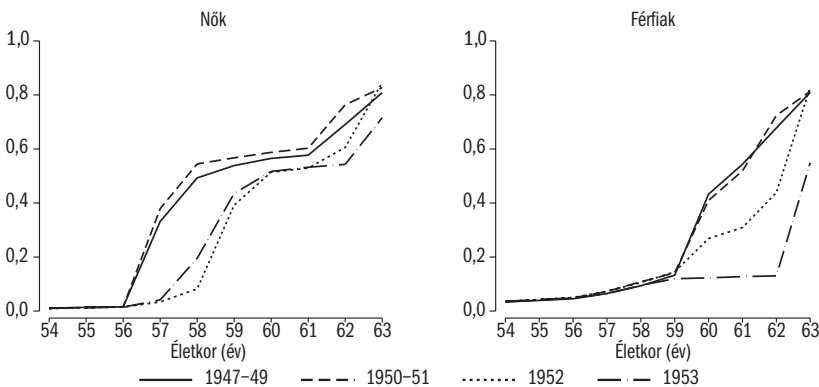
6.1. ÖREGSÉGI NYUGDÍJBA VONULÁS ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

BÍRÓ ANIKÓ & ELEK PÉTER

Magyarországon a következő évtizedekben várhatóan jelentősen nő az idősek (65 éven felüliek) aránya az aktív korú (15–64 év közötti) népességhez képest. Míg 2011-ben ez az arány 0,24 volt, addig a demográfiai előrejelzések alapforgatókönyve szerint 2060-ra 0,6-re növekszik, tehát negyven év múlva várhatóan kevesebb mint két aktív korú jut majd egy idős korúra (Földházi, 2015). A nyugdíjrendszer fenntarthatóságának érdekében tehát szükséges az idős korúak foglalkoztatásának a növelése, aminek legfontosabb eszköze az öregségi nyugdíjkorhatár emelése.

Magyarországon a 2000-es évek közepe óta több jelentősen emelkedett a nyugdíjkorhatár. A nők előrehozott öregségi nyugdíjkorhatára 2009-ben 57-ről 59 évre nőtt, aminek következtében jelentősen csökkent a később (1951 után) született kohorszok körében az 57–58 éves korban a nyugdíjban részesülők aránya. A nyugdíjazási életkor további emelkedése a Nők40 program 2011-es bevezetése miatt megtorpant.¹ Az 1946–1951 között született férfiak előrehozott öregségi nyugdíjkorhatára 60 év volt, amit 2012-től eltöröltek, így a később született férfi kohorszok már csak az általános öregségi nyugdíjkorhatár betöltésekor (amely az 1952-ben születettek esetén 62,5 év volt, azóta évente fél évet emelkedik, és az 1957-ben születettek esetén éri el a 65 évet) tudtak nyugdíjba vonulni. Ez szintén jelentősen csökkentette az 59–62 év közötti nyugdíjasok arányát (6.1.1. ábra).

6.1.1. ábra: Öregségi nyugdíjban részesülők* aránya életkor és születési év szerint



¹ A Nők40 program alapján minden olyan nő, akinek a jogviszonya elérte a 40 évet, az általános korhatár előtt nyugdíjba vonulhat a nyugdíjösszeg csökkenése nélkül (Simonovits-Tir, 2018).

* Beleértve az előrehozott öregségi nyugdíjat.
Forrás: Saját számítás az Admin3 adatbázis alapján.

A fentiek fényében fontos ismernünk, hogy milyen hatása van az egészségi állapotnak a nyugdíjba vonulási döntésre, valamint a nyugdíjba vonulásnak (illetve a nyugdíjkorhatár emelésének) az egészségi állapotra. Az egyik irányú összefüggés szerint a rosszabb (illetve romló) egészségi állapotú foglalkoztatottak kisebb valószínűséggel dolgoznak tovább, és nagyobb valószínűséggel vonulnak nyugdíjba adott életkorban. Ennek oka, hogy rosszabb egészségi állapot mellett a munkavégző képesség (termelékenység) romlik, emellett a munkavégzésből származó „kényelmetlenség” erősödik, ezáltal felértékelődik a szabadidő szerepe.² Az összefüggés másik iránya, hogy a nyugdíjba vonulás is hatással lehet az egészségre. Egyrészt a megnövekedett szabadidő pozitív hatást fejthet ki, másrészt a munkából eredő társadalmi státusz és társadalmi kapcsolatok megszűnése negatív hatású lehet (például a mentális egészségre). Ezenkívül a nyugdíjazás után a csökkenő jövedelem visszafoghatja az egészségügyi ellátások igénybevételét, és egyébként is megszűnik az ösztönzés a munkavégző képesség fenntartására, ezáltal romolhat az egészségi állapot. A nemzetközi empirikus irodalom többsége szerint a nyugdíjba vonulás egészségi hatása összességében pozitív.³

Az egészségi állapot szerepe a továbbdolgozásban

Elemzésünkhöz a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított adminisztratív adatbázis (Admin3) 2009–2017 közötti adatait használjuk, amely tartalmazza a magyar lakosság 50 százalékos véletlen mintájának kapcsolt munkapiaci és egészségügyi adatait.⁴ Elsőként azt vizsgáljuk, hogy milyen összefüggés van az egészségi állapot és az időskori továbbdolgozási valószínűség között. Két korcsoportot elemzünk a nyugdíjkorhatár előtti és utáni továbbdolgozás megkülönböztetésére.

1) Az 54 évesen dolgozók milyen valószínűséggel dolgoznak még négy évvel később is (58 évesen), azaz az öregségi nyugdíjkorhatár betöltése *előtt*? Az adatbázis időperiódusa miatt az 1955–1958 között születetteket vizsgáljuk, ekkor már a nők esetében sem volt érvényes az 57 éves kori, előrehozott öregségi nyugdíjkorhatár.

2) Azokat az 59 éves férfiakat, illetve 58 éves nőket, akik ebben az életkorban, tehát az öregségi nyugdíjkorhatár előtt dolgoznak, milyen valószínűséggel foglalkoztatják négy évvel később, azaz az öregségi nyugdíjkorhatár után? Az 1950–1951 között született férfiakat és az 1952–1954 között született nőket vizsgáljuk az adatbázis időperiódusa és a nyugdíjkorhatár-változások miatt.

Lineáris valószínűségi modellel (OLS regresszióval) becsüljük meg, hogy milyen összefüggés van a korábbi életkorban mért egészségi állapot és a későbbi életkori foglalkoztatottság között. Az egészségi állapotot az alábbi el-látás-igénybevételi indikátorokkal ragadjuk meg: volt-e az egyén a vizsgált életkor betöltésének negyedévében kórházban, valamint hogy háziiorvosi megjelenéseinek száma, járóbeteg-szakellátási megjelenéseinek száma, illetve vény-

² A nemzetközi empirikus bizonyítékokat illetően lásd például Cai (2010), valamint Disney és szerzőtársai (2006).

³ Van der Heide és szerzőtársai (2013) összefoglaló cikke ezt a mentális egészségre vonatkozóan mutatja ki egyértelműen. A közelmúltbeli irodalmat illetően lásd Grotting–Lillebo (2020), Kolodziej–García-Gómez (2019), Rose (2020) pozitív eredményeit. Speciálisan a nyugdíjkorhatár változásának a hatása nem egyértelmű (például Hagen, 2018).

⁴ Az adatbázis rövid leírását lásd a Közelkép Függelékében és részletesebben Sebők (2019) tanulmányában.

köteles gyógyszerkiadása az adott negyedévben a korcsoportra és nemre jellemző eloszlás felső kvartilisában (negyedében) van-e. Kontrollváltozóként a születési évet, a lakóhely régióját, a korábbi életkori foglalkoztatás egyjegyű FEOR-kódját, negyedéves logaritmizált keresetét és a foglalkoztató vállalat tevékenységi (TEÁOR) főcsoportját használjuk.

Az 6.1.1. táblázat eredményei alapján az egészségügyi ellátások magasabb igénybevétele (és így a feltételezhető rosszabb egészségi állapot) csökkenti a továbbdolgozás esélyét, de ez az összefüggés erősebb és egyértelműbb a nyugdíjkorhatár előtt (a táblázat első két számoszlopa), mint a nyugdíjkorhatár után (utolsó két számoszlop). A felső kvartilisbeli járóbeteg- és gyógyszerkiadás, illetve háziiorvosi igénybevétele külön-külön 1–2 százalékponttal, a kórházi tartózkodás pedig 4–7 százalékponttal csökkenti annak valószínűségét, hogy egy 54 éves dolgozó négy év múlva (még a nyugdíjkorhatár előtt) is dolgozzon. A nyugdíjkorhatár utáni továbbdolgozást elsősorban a magas háziiorvosi esetszám csökkenti (2–4 százalékponttal).

6.1.1. táblázat: Az egészségi állapot hatása a továbbdolgozás valószínűségére

	Továbbdolgozás valószínűsége négy év múlva			
	nyugdíjkorhatár előtt (54 évesen dolgozók között)		nyugdíjkorhatár után (58/59 évesen dolgozók között)	
	férfi	nő	férfi	nő
Kórházi tartózkodás	-0,066*** (0,0080)	-0,042*** (0,0076)	-0,033** (0,015)	-0,015 (0,011)
Járóbeteg-esetszám a felső negyedben	-0,014*** (0,0033)	-0,0055 (0,0036)	0,015* (0,0076)	0,001 (0,0051)
Háziiorvosi esetszám a felső negyedben	-0,020*** (0,0036)	-0,022*** (0,0038)	-0,044*** (0,0080)	-0,021*** (0,0052)
Gyógyszerkiadás a felső negyedben	-0,017*** (0,0030)	-0,023*** (0,0040)	0,018*** (0,0069)	-0,011** (0,0050)
Megfigyelések száma	88 932	103 017	29 768	62 439
Továbbdolgozási arány	0,876	0,751	0,396	0,434

Megjegyzés: Lineáris valószínűségi modellek becslött együtthatói, zárójelben robusztus standard hibák. Negyedéves adatok.

Kontrollváltozók: születési év, lakóhely régiója, a korábbi életkori foglalkoztatás egyjegyű FEOR-kódja, negyedéves logaritmizált kereset és a foglalkoztató vállalat tevékenységi (TEÁOR) főcsoportja.

Minta: az életkort az adott negyedévben éppen betöltött egyének.

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

Forrás: Saját számítás az *Admin3* adatbázis alapján.

A továbbdolgozás/nyugdíjba vonulás hatása az egészségi állapotra

Láttuk, hogy a rosszabb egészségi állapot (amit az egészségügyi ellátások nagyobb mértékű igénybevételével mértünk) csökkenti a továbbdolgozás valószínűségét. Következő lépésként a kétirányú összefüggés másik irányát vizsgáljuk, tehát azt, hogy a továbbdolgozás (illetve, ellentétesen megfogalmazva:

a nyugdíjba vonulás) milyen hatással van az egészségindikátorokra. Ehhez két nyugdíjkorhatár-emelés (a nők előrehozott korhatárának 57-ről 59 évre növelése 2009-ben és a férfiak 60 éves előrehozott korhatárának eltörlése 2012-ben) áll rendelkezésünkre, amelyek „exogén sokként” használhatók a nyugdíjba vonulás egészségi indikátorokra kifejtett oksági hatásának becsléséhez. Mint a 6.1.1. ábra már bemutatta, egymáshoz nagyon közeli (és ezért nagyon hasonló) kohorszok markánsan eltérő effektív nyugdíjkorhatárral szembeültek, és ezért eltérő ütemben vonultak nyugdíjba. A különböző kohorszok egészségindikátorainak összehasonlításával megbecsülhetjük a nyugdíjba vonulás tiszta oksági hatását rövid és középtávon.

Formálisan, olyan fix hatású instrumentális panelregressziós modelleket becsülünk, amelyben a függő változó az egyén egészségindikátora, a fő magyarázó változó az a bináris változó, hogy a személy az adott időpontban öregségi nyugdíjban van-e, ezenkívül kontrollálunk életkorra, naptári évre és egyéni fix hatásokra. Az egészségi állapot és a nyugdíjba vonulás közötti kétirányú kapcsolat miatt a nyugdíjváltozó endogén, ezért instrumentális változóként azt a bináris változót használjuk, hogy az egyén az adott időpontban éppen a rá vonatkozó (előrehozott) öregségi nyugdíjkorhatár felett van-e.⁵

6.1.2. táblázat: Az öregségi nyugdíjba vonulás hatása az éves egészségügyi kiadásokra, nők

Függő változó	Járóbeteg-kiadás pozitív kiadás		Fekvőbeteg-kiadás pozitív kiadás		Gyógyszerkiadás pozitív kiadás	
	aránya	logaritmus	aránya	logaritmus	aránya	logaritmus
Öregségi nyugdíj hatása	-0,030*** (0,006)	-0,027 (0,026)	-0,014** (0,007)	-0,074 (0,094)	-0,013** (0,006)	-0,035* (0,019)
Megfigyelések száma	186 296	157 637	186 296	8 789	186 296	159 248

Megjegyzés: Zárójelben az egyéni szinten klaszterezett robusztus standard hibák.

Instrumentális változó: az egyén a nyugdíjkorhatár felett van-e.

Kontrollváltozók: egyéni fix hatások, életkor és annak négyzete, naptáriév-hatások.

Minta: 1949–1953 között született, 56–59 éves nők, akik 54 éves korukban foglalkoztatottak voltak.

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

Forrás: *Bíró–Elek* (2018), a 2003–2011 közötti időszakra vonatkozó *Admin2* adatbázis alapján.

Korábbi cikkünkben (*Bíró–Elek*, 2018) a nők 2009. évi nyugdíjkorhatár-emelésének vizsgálatához a KRTK Adatbankja által összeállított, 2003–2011. évre vonatkozó *Admin2* adatbázist használtuk, amely a részletes munkapiaci jellemzőkön túl az éves járóbeteg-, fekvőbeteg- és vényre felírt gyógyszerkiadásokra vonatkozóan tartalmaz egyéni szintű adatokat a magyar lakosság 50 százalékos véletlen mintájára. A 6.1.2. táblázat mutatja, hogy a nyugdíjba vonulás 1,3–3,0 százalékponttal csökkentti annak valószínűségét, hogy az egyén az adott évben igénybe veszi-e a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátórendszert, illetve a gyógyszerkasszáját. Mindeközben a nyugdíjba vonulásnak

⁵ Bővebben lásd *Bíró–Elek* (2018).

jellemzően nincs szignifikáns hatása a (pozitív) kiadások nagyságára az ellátórendszer igénybevétele esetén. A cikkben közölt heterogenitási vizsgálatok azt is megmutatták, hogy a hatások erősebbek a relatíve egészségesekek esetén, valamint azok között, akik korábban táppénzen voltak, illetve az alacsonyabb képzettségű körében.

6.1.3. táblázat: Az öregségi nyugdíjba vonulás hatása a negyedéves egészségindikátorokra, férfiak

	Járóbeteg-esetszám	Háziorvos-esetszám	Fekvőbeteg napok száma	A kiváltott vénnyelések száma
Öregségi nyugdíj	-0,177*** (0,038)	-0,343*** (0,018)	0,036 (0,037)	-0,130*** (0,045)
Függő változó átlaga	1,98	1,95	0,567	6,03
Adott ATC gyógyszerkategória fogyasztásának valószínűsége				
	A	B	C	J
Öregségi nyugdíj	0,00096 (0,00276)	0,00201 (0,00245)	0,00122 (0,00280)	-0,00560* (0,00298)
Függő változó átlaga	0,259	0,176	0,551	0,104
	L	M	N	R
Öregségi nyugdíj	0,00121* (0,000682)	-0,0168*** (0,00285)	-0,00337* (0,00191)	-0,00459** (0,00203)
Függő változó átlaga	0,008	0,159	0,080	0,072
	antidiabetikumok	vérnyomáscsökkentők	pszicholeptikumok	pszichoanaleptikumok
Öregségi nyugdíj	0,00132 (0,00150)	-0,00179 (0,00274)	-0,00080 (0,00088)	-0,00277** (0,00119)
Függő változó átlaga	0,127	0,516	0,018	0,032

Megjegyzés: Egyéni szinten klaszterezett robusztus standard hibák zárójelben.

Instrumentális változó: az egyén a nyugdíjkorhatár felett van-e.

Kontrollváltozók: egyéni fix hatások, életkor és annak négyzete, naptári év hatások.

Minta: 1950–1954 között született, 59–63 éves férfiak, akik 58 éves korukban foglalkoztatottak voltak. Időszak: 2009–2016.

Megfigyelések száma: 1 664 234, egyének száma: 92 973.

ATC gyógyszerkategóriák: A – Tápcsatorna és anyagcsere; B – Vér és vércépzőszer; C – Kardiovaszkuláris rendszer; J – Szisztémás fertőzés elleni szerek; L – Daganatellenes szerek és immunmodulátorok; M – Váz- és izomrendszer; N – Idegrendszer; R – Légzőrendszer.

A10 – Antidiabetikumok; C02–09 – Vérnyomáscsökkentők; N05 – Pszicholeptikumok (köztük nyugtatók); N06 – Pszichoanaleptikumok (köztük antidepresszánsok).

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

Forrás: Saját számítás az *Admin3* adatbázis alapján.

A 2009–2017-re vonatkozóan részletesebb egészségindikátorokat tartalmazó *Admin3*-adatok alapján a férfiak nyugdíjkorhatár-emelését felhasználva pontosabb információt kapunk arról, hogy miért csökken az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele a nyugdíjba vonulás után. A 6.1.3. táblázat mutatja negyedéves adatok alapján az öregségi nyugdíjba vonulás hatását a részletesebb eset-, illetve vénszintű adatokra a férfiak esetében. A járóbeteg-szakellátási,

házi orvosi és gyógyszeradatokban itt is látszik a nyugdíjba vonulás csökkentő hatása (a kórházi tartózkodásra a hatás itt nem szignifikáns). Részletesebben megvizsgálva a különböző ATC kategóriájú gyógyszerek fogyasztását, a szisztémás fertőzés elleni szerek (beleértve az antibiotikumokat), valamint a váz- és izomrendszerre, a légzőrendszerre és az idegrendszerre ható szerek (ezen belül is az antidepresszánsok) fogyasztóinak arányát szignifikánsan csökkenti a nyugdíjba vonulás.

Következtetések

Jelen alfejezetben egyrészt megállapítottuk, hogy az 54 éves korban magas egészségügyi kiadással jellemzett munkavállalók, számos egyéb tényezővel való kontrollálás után, lényegesen kisebb valószínűséggel dolgoznak négy év múlva – még továbbra is a nyugdíjkorhatár előtt –, mint alacsonyabb egészségügyi kiadású társaik. Másik irányú, a nyugdíjba vonulás egészségi hatását vizsgáló eredményeink nagyrészt összhangban vannak a nemzetközi szakirodalom azon megállapításával, hogy az öregségi nyugdíjba vonulás csökkenti az egészségügyi ellátórendszer igénybevételét. Ennek részben intézményi okai vannak: amíg az egyén foglalkoztatott, a táppénz igénybevétele érdekében el kell mennie a házi orvoshoz, és ez további orvoslátogatásokat és gyógyszereszedést (például antibiotikumok) generálhat. A váz- és izomrendszerre ható gyógyszerek fogyasztásának nyugdíjazás utáni csökkenése arra utal, hogy a foglalkoztatottság megszűnése után az egyének kevésbé érdekeltek a – korábban a munkaképességhez szükséges – egészségi állapot fenntartásában, míg a pszichoanaleptikumok (benne az antidepresszánsok) fogyasztásának csökkenése a mentális egészség javulására utal. Mindezeket túl eredményeink – az adminisztratív adatok korlátai miatt – a nyugdíjba vonulás tiszta egészségi hatásával kapcsolatban kevés bizonyítékot szolgáltatnak Magyarországon.

Hivatkozások

- BÍRÓ ANIKÓ–ELEK PÉTER (2018): How does retirement affect healthcare expenditures? Evidence from a change in the retirement age. *Health Economics*, Vol. 27. No. 5. 803–818. o. <https://doi.org/10.1002/hec.3639>.
- CAI, L. (2010): The relationship between health and labour force participation: Evidence from a panel data simultaneous equation model. *Labour Economics*, Vol. 17. No. 1. 77–90. o.
- DISNEY, R.–EMMERSON, C.–WAKEFIELD, M. (2006). Ill health and retirement in Britain: A panel data-based analysis. *Journal of Health Economics*, Vol. 25. No. 4. 621–649. o.
- FÖLDHÁZI ERZSÉBET (2015): *A népesség szerkezete és jövője*. Megjelent: *Monostori Judit–Óri Péter–Spéder Zsolt* (szerk.): *Demográfiai portré, 2015*. KSH Népegyetudományi Kutatóintézet, Budapest, 213–226. o.
- GRÖTTING, M. W.–LILLEBØ, O. S. (2020): Health effects of retirement: evidence from survey and register data. *Journal of Population Economics*, Vol. 33. No. 2. 671–704. o.
- HAGEN, J. (2018): The effects of increasing the normal retirement age on health care utilization and mortality. *Journal of Population Economics*, Vol. 31. No. 1. 193–234. o. <https://doi.org/10.1007/s00148-017-0664-x>.

- KOŁODZIEJ, I. W.–GARCÍA-GÓMEZ, P. (2019): Saved by retirement: Beyond the mean effect on mental health. *Social Science & Medicine*, Vol. 225, 85–97. o. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.003>.
- ROSE, L. (2020). Retirement and Health: Evidence from England. *Journal of Health Economics*, Vol. 73. No. 102352.
- 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>.
- SIMONOVITS ANDRÁS–TIR MELINDA (2018): *A Nők40 program dilemmái*. Megjelent: *Fazekas Károly–Szabó-Morvai Ágnes* (szerk.): *Munkaerőpiaci Tükör*, 2017, MTA KRTK KTI, Budapest, 197–201. o.
- VAN DER HEIDE, I.–VAN RIJN, R. M.–ROBROEK, S. J. et al. (2013): Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, Vol. 13. 1180. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1180>.

6.2. A PALLIATÍV ELLÁTÁS IRÁNTI NÖVEKVŐ KERESLET MUNKAPIACI ÖSSZEFÜGGÉSEI*

FAZEKAS KÁROLY & TIR MELINDA

A súlyos szenvedéssel járó betegségekben (SHS) szenvedők arányának és számának növekedése

Magyarországon 1900 és 2000 között a születéskor várható életkor 42 évről 76 évre növekedett, és ezzel párhuzamosan átalakult a halálhoz vezető leggyakoribb betegségek szerkezete. Az utóbbi évtizedekben a várható életkor növekedést már nem a csecsemőkori gyermekhalandóság csökkenése, hanem a 65 év feletti népesség várható élettartamának növekedése okozza. Mindez hozzájárul az időskorú népesség számának és arányának emelkedéséhez. 1900 és 2011 között a 60 év feletti aránya a népességben 7,5 százalékról 23,5 százalékra növekedett. A 65 év feletti aránya 2018-ban 20 százalék volt, ami az előrejelzések szerint 2050-re 30–35 százalékra fog növekedni.

Ma már jellemző módon nem fertőző betegségekben, nem balesetekben, hanem krónikus betegségekben, például daganatos, szív és érrendszeri, légzőszervi betegségekben, agyi érkatasztrófákban, demenciában, neuroorganikus betegségekben halunk meg. A krónikus betegségek által okozott halálesetek számának és arányának növekedése közismert. Kevésbé ismert viszont az a tény, hogy ezzel a folyamattal párhuzamosan megnövekedett a súlyos (fizikai és lelki) szenvedéssel járó betegségek (*serious health related suffering, SHS*)¹ miatt bekövetkező halálozások száma és aránya. Ez együtt járt a *palliatív*, azaz már nem a betegséget gyógyító, hanem a szenvedéseket enyhítő kezelésre, ápolásra szoruló *számának*, és az életvégi palliatív/hospice ápolás *időtartamának* növekedésével. A halálhoz vezető betegségek életvégi szakaszában már nincs mód a betegség leküzdésére. A cél a szenvedés megszüntetése, enyhítése és a beteg támogatása az élet végéhez kapcsolódó célok elérésében (*Hegedűs, 2006*). 1900-ban az életvégi szakaszban töltött idő átlagos időtartama egy-két hét volt. Alig több mint 100 év alatt ez az időszak átlagosan két és fél évre növekedett.

A palliatív ellátás iránti kereslet növekedéséhez meghatározó módon hozzájárult az életvégi periódushoz kapcsolódó köz- és szakpolitikai gondolkodás átalakulása. A múlt század hatvanas éveiben megindult modern hospice mozgalom világméretben megváltoztatta a betegek és az egészségügyben, az idősgondozásban dolgozók mind nagyobb részének az élet utolsó szakaszával kapcsolatos elvárásait és lehetőségeit (lásd például *LAHPC, 2019*).

A palliatív ellátás iránti igények felmérésében, azok kielégítésére irányuló cselekvési programok kidolgozásában fontos mérföldkövet jelentett a 2018-ban a publikált Lancet-jelentés (*Knaul és szerzőtársai, 2018*). 2017-ben a Harvard Egyetemen működő „Harvard Equity Initiative” elnevezésű projekt² ál-

* Köszönetet mondunk *Ruzsa Ágnesnek* (Magyar Hospice-Palliatív Egyesület) a fejezet készítéséhez nyújtott szakmai segítségéért.

¹ Lásd: pallipedia.org.

² Lásd: [Harvard Equity Initiative](http://HarvardEquityInitiative).

tal szervezett „Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Control”³ nevű munkacsoport kidolgozott egy módszert, amellyel megbecsülték a világ országaiban SHS-betegségekben évente meghaltak számát és – több száz szakorvos tapasztalata alapján – az életvégi periódusban jellemző módon előforduló ápolási feladatok átlagos időtartamát az egyes betegcsoportokban. A kutatók ezekre alapozva egészségügyi közgazdászok segítségével előzetes esettanulmányokat készítettek, amelyekben megbecsülték, hogy a különböző régiókból kiválasztott alacsony és közepes jövedelmű országokban milyen költségei lennének annak, ha a nyugat-európai standardoknak megfelelő palliatív ellátást beillesztenék az egészségügyi alapellátás rendszerébe. A Lancet-jelentés becslése szerint 2015-ben-ban 56,2 millió haláleset történt a világban. Az elhunytak közel felének hosszabb-rövidebb ideig tartó és végül halálhoz vezető SHS-betegsége volt.⁴ A jelentés szerint különösen a betegségekkel járó fájdalmak csillapításában hatalmas a szakadék a magas és az alacsony jövedelmű országok között. Ugyanakkor a becslések azt mutatták, hogy a mindenki számára elérhető palliatív alapellátási csomag költsége kiválasztott országokban (Ruanda, Vietnam és Mexikó) a nemzeti jövedelem mindössze 0,03–0,25 százalékából finanszírozható lenne (*Knaul és szerzőtársai*, 2018, 1421. o.).

Magyarország a palliatív ellátás színvonalára vonatkozó mutatók alapján az európai középmezőny alsó részében helyezkedik el. Annak ellenére, hogy az utóbbi években is jelentős fejlődés tapasztalható az intézményi és jogszabályi feltételekben (*Csikós és szerzőtársai 2018, Benyó–Lukács*, 2017) a nemzetközi rangsorokban egyre romló pozíciókkal rendelkezünk. Ennek oka, hogy jó néhány ország, köztük a kelet-közép-európai országok egy része e téren jóval gyorsabban fejlődött, mint Magyarország. Különösen aggasztó, hogy – hasonlóan a kelet-közép-európai országok többségéhez – azon országok csoportjába tartozunk, ahol a következő évtizedekben a növekvő palliatív ellátási igényhez alacsony ellátási kapacitások párosulnak (EIU 2015, 52. o.).

A palliatív ellátás színvonalát sokkal inkább a palliatív szemlélet hiánya vagy térnyerése, semmint a nemzeti jövedelem nagysága határozza meg. A palliatív ellátással kapcsolatos magyarországi szemlélet alakításában jelentős szerepe van a magyarországi⁵ és az európai⁶ hospice/palliatív egyesületek, alapítványok, egyetemek felméréseinek és állásfoglalásainak (*Hegedűs–Farkas* 2019, *Hege-dűs–Munk* 2018, *Arias-Casais és szerzőtársai*, 2019). A 2019-es és a korábbi felmérésekből kirajzolódó európai trendeket legutóbb *Arias-Casais és szerzőtársai* (2020) foglalta össze. A feldolgozott adatok szerint Magyarország azon országok csoportjába tartozik, amely az elért növekedés ellenére mindhárom ellátási formában elmarad a WHO által kitűzött céloktól.

Annak érdekében, hogy pontosabban lássuk a magyar társadalom előtt álló kihívásokat a harvardi kutatók módszertanát felhasználva, a KSH halálozási adatbázisának⁷ segítségével megbecsültük a palliatív ellátás iránti kereslet ala-

³ Lásd: [Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Control](#).

⁴ Az International Association for Hospice & Palliative Care a projekt eredményeiből [interaktív honlapot](#) hozott létre, amelyen a becslések adatai országonkénti bontásban is elérhetők. Global Data Platform to Calculate SHS and Palliative Care Need.

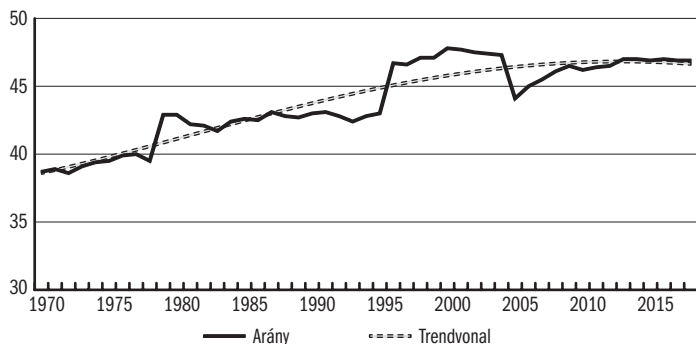
⁵ [Magyar Hospice-Palliatív Egyesület](#).

⁶ [European Association of Palliative Care](#).

⁷ Lásd [KSH](#).

kulását Magyarországon 1970 és 2018 között. A becslés alapján ez idő alatt a palliatív ellátást igénylő betegségekben elhunytak aránya az éves halálozásokban 38,7 százalékról 46,9 százalékra növekedett (6.2.1. ábra). A vizsgált időszakban az éves halálozások száma 9 százalékkal, a palliatív ellátást igénylő betegségekben meghaltak száma 32,3 százalékkal emelkedett.

6.2.1. ábra: A palliatív ellátást igénylők becsült arányának alakulása az adott évben Magyarországon meghaltak között, 1970–2018



Megjegyzés: 1976-ban, 1995-ben és 2004-ben változás következett be a betegségek nemzetközi osztályozási rendszerében (BNO), amelynek hatását az átkódolások során nem tudtuk teljesen kiküszöbölni.

Forrás: KRTK Adatbank, KSH halálozási adatbázis, saját számítás.

A halálhoz vezető leggyakoribb betegségek szerkezetének átalakulását érzékelteti az 6.2.1. táblázat, amely a tíz leggyakoribb SHS-betegségcsoportot mutatja 1970-ben és 2018-ban.

6.2.1. táblázat: A halál okaként meghatározott tíz leggyakoribb SHS-betegségcsoport Magyarországon

1970	2018
1. Rosszindulatú daganatok	1. Rosszindulatú daganatok
2. Agyi érrendszeri betegségek	2. Kardiomiopátia és szívelégtelenség
3. Kardiomiopátia és szívelégtelenség	3. Agyi érrendszeri betegségek
4. Érelmeszesedés	4. Légzőszervi betegségek
5. Légzőszervi betegségek	5. Demencia ^
6. Sérülés, mérgezés v	6. Májbetegségek ^
7. Tuberkulózis v	7. Krónikus isémiás szívbetegség
8. Veleszületett rendellenességek v	8. Érelmeszesedés
9. Krónikus isémiás szívbetegség	9. Leukémia
10. Leukémia	10. Neuroorganikus betegségek ^

Megjegyzés: Dőlten szedtük azokat a betegségcsoportokat, amelyek 1970-ről 2018-ra ki-, illetve bekerültek a tíz leggyakoribb SHS-betegségcsoportból/betegségcsoportba.

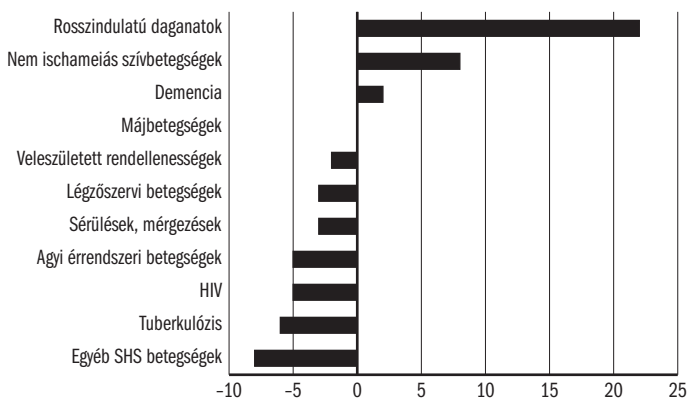
Forrás: KSH halálozási adatbázis, saját számítás.

Látható, hogy az első három helyen mindkét időpontban a rosszindulatú daganatok és a szív és érrendszeri betegségek álltak. 2018-ra kikerültek a ve-

zető halálokok közül a sérülések és mérgezések, a tuberkulózis, és a születési rendellenességek. Viszont bekerültek a felsorolásba az időskorúaknál gyakoribb neuroorganikus betegségek (például demencia, Parkinson-kór, Alzheimer-kór) és – jelentős részben az egyre túlzottabb alkoholfogyasztás miatt – a májbetegségek.

A palliatív ápolásra szorultak arányára vonatkozó magyarországi adatok nem térnek el lényegesen a Lancet-jelentésben vizsgált országok átlagáról. 2016-ban a palliatív ápolást igénylő betegségekben elhunytak becsült aránya Magyarországon 47 százalék, a Lancet-jelentés országaiban 45 százalék volt. Jelentős viszont az eltérés a palliatív ápolásra szorultak halálát okozó betegségek összetételében. Magyarországon a Lancet-jelentésben vizsgált országok átlagánál magasabb a palliatív ápolást igénylő rosszindulatú daganatos betegségekben, krónikus szívbetegségekben és demenciában meghaltak aránya (6.2.2. ábra).

6.2.2. ábra: Magyarországon és a Lancet-jelentés országaiban SHS-betegségekben meghaltak arányának különbsége, 2016 (százalékpont)



⁸ A kumulált palliatív ellátási idő hossza nem a palliatív ellátás valós ideje, hanem a különböző ellátási formák becsült idejének összege. Mivel egyes ellátásokat gyakran egymással párhuzamosan kell elvégezni, ez a mutató hosszabb a palliatív ápolási igény valós hosszánál. Használatát az indokolja, hogy érzékelteti az ellátási rendszerre háruló feladat nagyságának alakulását. A maximum palliatív ellátási idő a leghosszabb palliatív ellátási forma időtartama és az adott betegségben meghaltak szorzata. Ez valamivel jobban közelíti a valós ellátási idő hosszát, de annál alacsonyabb (Knaul és szerzőtársai, 2018).

Forrás: KRTK Adatbank, KSH halálozási adatbázis adatai, valamint Knaul és szerzőtársai (2018) alapján, saját számítás.

A Lancet-jelentés módszertanát felhasználva becsülni tudtuk az adott évben elhunytak kívánatos palliatív ellátásának ápolási napokban mért hosszát. A becsült ellátási igény a vizsgált időszakban közel 50 százalékkal növekedett annak következtében, hogy növekedett a hosszabb palliatív ellátást igénylő betegségek aránya a halálokok között. Az SHS-betegségekben elhunytak száma 132 százalékkal, a kumulált palliatív ellátási igény becsült hossza 147 százalékkal, a maximum palliatív ápolási idő 153 százalékkal növekedett.⁸

A halálhoz vezető betegségek szerkezetében végbement változások hatásával voltak a palliatív ápolási feladatok szerkezetére is. Magyarországon a vizsgált időszakban leginkább a fájdalomcsillapításhoz, a légzési nehézségekhez és a kóros fizikai, szellemi fáradtságához kapcsolódó ápolási feladatok mértéke növekedett.

Ezek a változások a halálhoz vezető betegségek szerkezetének átalakulásából következő tendenciákat mutatják. A palliatív ellátási igény növekedésének döntő része azonban nem ebből, hanem a palliatív ellátás fejlődéséből és a palliatív ellátáshoz való jog felismeréséből és elismeréséből származik. Aból a felismerésből, hogy az egészségügyi rendszernek nem csupán a gyógyítás a feladata, hanem az életvégi szakaszban lévő betegek támogatása a méltó halál, az életvégi célok elérésében. A társadalom nem tűrheti, hogy a betegek és családtagjaik testi és lelki szenvedések között, magukra hagyva éljék meg saját vagy hozzátartozójuk életének utolsó szakaszát. Másrészt annak tudatosításából, hogy a társadalom képes megteremteni annak intézményi, emberi, anyagi feltételeit, hogy erre ne is legyenek rákényszerülve.

A palliatív ellátás iránti kereslet növekedésének munkaerőpiaci összefüggései

A palliatív ápolás térnyerése feltételezi annak elfogadását, hogy a betegség életvégi szakaszában a hangsúly a betegség gyógyításáról áttevéődik a palliatív célok elérésére. Ez a váltás nem csupán a beteg életminőségét javítja, de a felmérések szerint növeli a várható élettartamot, és csökkenti az ápolás költségeit (*Higginson és szerzőtársai*, 2003, *Gardiner és szerzőtársai*, 2016). Az otthon, hospice házban történő palliatív ápolás terjedése éppen a legköltségesebb és munkaerőigényes kórházi ellátások területén tehermentesíti az egészségügyi rendszert (*Dózsa és szerzőtársai*, 2013). E folyamatnak ezúttal két olyan elemét emeljük ki, amelyek különösképpen fontosak a munkapiaci kereslet és kínálat összehangolása szempontjából.

A palliatív ellátásban dolgozók kulcskompetenciáinak fejlesztése

A palliatív ellátás kulcskompetenciáinak elsajátítása és gyakorlása olyan nem kognitív készségeket is igényel, amelyek elengedhetetlenek a palliatív ellátás céljainak eléréséhez. Ilyenek például a lelkiismeretesség, barátságosság, kiegyensúlyozottság, nyitottság, extrovertáltság (*Roberts és szerzőtársai*, 2015). Ezek egy része velünk született, de folyamatosan fejleszthető készség. Más részük a szülői és az iskolai nevelés során szilárdul meg bennünk. Ezért a közoktatásnak nem csupán abban van szerepe, hogy tudatosítsa a fiatalokban a palliatív ellátási szemlélet fontosságát, de erősítenie tudja azokat a nem kognitív készségeket, amelyek szükséges feltételei a palliatív ellátás eredményességének.

A palliatív ellátás fejlesztése a palliatív szemlélet megismertetésével és elfogadtatásával kezdődik. A palliatív szemlélethez tartozó fontos alapértékek például az autonómia, a méltóság, az empátia, az életminőség, az élet és a halál holisztikus szemlélete. A WHO, a nemzetközi és az európai palliatív szövetségek az elmúlt években igen részletesen kidolgozott elemzésekben, útmutatókban foglalták össze azokat a kulcskompetenciákat, amelyekkel a palliatív ellátás különböző területein dolgozóknak rendelkezniük kell (*Ryan és*

szerzőtársai, 2014). E kulcskompetenciák közül a csapatmunkához szükséges kooperációs és kommunikációs készségeket emeljük ki.

A palliatív ápolás komplex, multiprofessionális feladat, amely szoros együttműködést tételez fel az ápolásban részt vevő családtagok, az ellátásban részt vevő különböző foglalkozású szakemberek és a paciens között. Számos elemzés támasztja alá, hogy különböző szakmákhoz tartozó palliatív ápolási csoportok összehangolt munkája sokkal hatékonyabb, mint a hagyományos elkülönült szolgáltatókra építő ápolás (*Higginson és szerzőtársai*, 2003). A WHO az elmúlt években részletes kézikönyveket állított össze, amelyek célja a palliatív kulcskompetenciák fejlesztésének beillesztése az országok képzési rendszerében (*Radbruch és szerzőtársai*, 2010).

A palliatív ellátás igényeihez alkalmazkodó decentralizált intézményrendszer kiépítése

A palliatív ellátás intézményrendszerének fejlesztésével kapcsolatban a palliatív ellátás elérhetőségére vonatkozó követelményeket emeljük ki. Olyan intézményrendszer képes a palliatív ellátás alapvető céljait kielégíteni, amely a legtöbb elemében területileg decentralizált. Az emberek életük életvégi időszakát – ha lehetséges – családjuk körében vagy hospice házban szeretnék eltölteni (*Arnold és szerzőtársai*, 2013). Ezzel szemben ma jellemző módon a betegek életvégi időszakuk nagy részét kórházban töltik. Ennek oka egyrészt az, hogy a palliatív ellátásra szorulóok között magas az idősotthonokban és egyedül élők aránya, másrészt a családtagok többnyire nem rendelkeznek a palliatív ellátáshoz szükséges készségekkel, ismeretekkel, és nem jutnak hozzá a szükséges szakmai, anyagi támogatásokhoz. Azokban az országokban, ahol magas azok aránya, akik életvégi periódust családjuk körében töltik, nagyon gondosan tervezett decentralizált intézményhálózat támogatja a családokat ennek a feladatnak az ellátásában. Ez a támogatás azt is lehetővé teszi, hogy a palliatív ápolásban részt vevő családtagok teljes vagy részmunkaidőben munkát vállaljanak (*Guerrierea1 és szerzőtársai*, 2015).

A palliatív ellátás intézményrendszerének fejlesztését ezért összhangba kell hozni a kereslet területi, elérhetőségi jellemzőivel. A palliatív ellátási rendszernek úgy kell felépülnie, hogy a paciens betegségéhez, családi helyzetéhez igazodva támogassa az otthoni palliatív ellátást vagy speciális hospice intézményben való elhelyezését. Ehhez szükség van arra, hogy ismerjük a palliatív ellátásra szorulóok területi eloszlását, ismerjük az egyes régiók közlekedési viszonyait, és meg tudjuk határozni az általános és speciális palliatív ellátási intézmények megfelelő területi eloszlását annak érdekében, hogy ahol lehetséges, biztosítva legyenek az otthoni palliatív ellátás feltételei.⁹

Az Európai Hospice-Palliatív Egyesületnek a palliatív ellátások standardjait tartalmazó kétkötetes fehér könyve ajánlásokat fogalmaz meg az európai országok számára a különböző szintű palliatív szolgáltatások (palliatív ellátási

⁹ A KRTK Közgazdaságtudományi Intézetében 2020-ban indult „A palliatív ellátáshoz való hozzáférés esélyei Magyarországon” című kutatás célja a palliatív ellátásra szoruló betegek területi, társadalmi jellemzőinek feltárása.

osztályok, hospice osztályok/házak, kórházai palliatív mobil munkacsoportok, otthoni palliatív ápolási csoportok) lakónépességhez viszonyított számával, létszámával, időbeli és térbeli elérhetőségével kapcsolatban (*Radbruch és szerzőtársai*, 2010). Az elmúlt évek fejlesztéseinek ellenére a magyarországi palliatív ellátó intézmények még nem képesek teljesíteni ezeket az ajánlásokat (*Hegedűs–Farkas*, 2019).

Hivatkozások

- ARIAS-CASAS, N.–GARRALDA, E.–RHEE, J. Y.–DE LIMA, L.–PONS, J. J.–CLARK, D.–HASSELAAR, J.–LING, J.–MOSIOU, D.–CENTENO, C. (2019): *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. EAPC Press.
- ARIAS-CASAS, N.–GARRALDA, E.–RHEE, J. Y.–DE LIMA, L.–PONS, J. J.–CLARK, D.–HASSELAAR, J.–LING, J.–MOSIOU, D.–CENTENO, C. (2020) Trends analysis of specialized palliative care services in 51 countries of the WHO European region in the last 14 years. *Palliative Medicine*. Vol. 34. No. 8. 1044–1054. o. <https://doi.org/10.1177/0269216320931341>.
- ARNOLD, E.–FINUCANE, A. M.–OXENHAM, D.–ARIAS-CASAS, N. (2013): Preferred place of death for patients referred to a specialist palliative care service. *BMJ Support Palliative Care*. Vol. 5. No. 3. 294–296. o. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000338>.
- BENYÓ GÁBOR–LUKÁCS MIKLÓS–BUSA CSILLA–MANGEL LÁSZLÓ–CSIKÓS ÁGNES (2017): *A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai*. *Magyar Onkológia*, 61. évf. 3. sz. 292–299. o.
- CSIKÓS ÁGNES–BUSA CSILLA–MUSZBEK KATALIN (2018): Hospice Palliative Care Development in Hungary. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 55. No. 2. S30–S35. o. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.034>.
- DÓZSA CSABA–KRENYÁZC ÉVA–CSIKÓS ÁGNES (2013): *A hospice-palliatív ellátás egészség-gazdaságtani megközelítésben*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 51. évf. 2. sz. 22–30. o.
- EIU (2015): *The 2015 Quality of Death Index: Ranking of Palliative Care Across the World*. Economic Intelligence Unit, London.
- GARDINER, C.–INGLETON, C.–RYAN, T.–WARD, S.–GOTT, M. (2016): What cost components are relevant for economic evaluations of palliative care, and what approaches are used to measure these costs? A systematic review. *Palliative Medicine*, 31. No. 4. o. 323–337. o. <https://doi.org/10.1177/0269216316670287>.
- GUERRIEREA, D.–KENNEDY, J. B.–COYTE, P. C. (2015): Preparing for the Aging Population: Family Caregiving and Labor Force Matters. *Journal of Palliative Care Medicine*. Vol. 5. No. 3. <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000e131>.
- HEGEDŰS KATALIN (2006): *A palliatív ellátás alapjai*. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió. Budapest, 196 o.
- HEGEDŰS KATALIN–FARKAS ATTILA (2019): *Hospice betegellátás 2018 a Nemzeti Egészségbiztosítási Adatkezelő (NEAK) és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület felmérése alapján*. Magyar Hospice Palliatív Egyesület. Budapest.
- HEGEDŰS KATALIN–MUNK KATALIN (2018): *Hospice Magyarországon 2017*. Kharon – Thanatológiai Szemle, 2. sz. 1–8. o.
- HIGGINSON, I. J.–FINLAY, I. G.–GOODWIN, D. M.–HOOD, K.–EDWARDS, A. G. K.–COOK, A.–DOUGLAS, H.–R.–NORMAND, C. E. (2003): Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 25. No. 2. 150–168. o. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00599-7](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00599-7).
- IAHPC (2019): *International Association of Hospice and Palliative Care*. 2020–2024 Strategic Plan. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).
- KNAUL, F. M. és szerzőtársai (2018): Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, Vol. 391. No. 10121. 1391–1454. o. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
- RADBRUCH, L. és szerzőtársai (2010): *Fehér Könyv az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról*. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai, 1–2. rész. Kharon.
- ROBERTS, R. D.–MARTIN, J. E.–OLARU, G. (2015): *A Rosetta Stone for Noncognitive Skills*. Understanding, Assessing, and Enhancing Noncognitive Skills in Primary and Secondary Education. Asia Society.
- RYAN, K. és szerzőtársai (2014): *Palliative Care Competence Framework*. Health Service Executive, Dublin.