

7. EMBERI TŐKE, IV. RÉSZ EGÉSZSÉG ÉS MUNKAPIACI AKTIVITÁS A NŐK KÖRÉBEN

BÍRÓ ANIKÓ, BRANYICZKI RÉKA & ELEK PÉTER

A mentális és fizikális egészség befolyásolja a munkavégzésre való képességet. Ez hozzájárulhat a magyar nők munkapiaci aktivitásának az uniós átlagtól való elmaradásához, különösen az 50 év feletti nők körében. Ugyanakkor a munkapiaci aktivitás is befolyásolja az egészségi állapotot.

Nemzetközi irodalom alapján azt sejtjük, hogy a munkanélküliség negatívan hat a mentális egészségre (*Thomas és szerzőtársai*, 2005, *Schaller–Stevens*, 2015), a fizikális egészségre való hatást tekintve azonban nincs konszenzus az irodalomban. A nyugdíjba vonulás egészségi hatását tekintve is vegyes eredmények születtek (például *van der Heide és szerzőtársai*, 2013, *Inslér*, 2014, *Behncke*, 2012). Ismeretes ugyanakkor, hogy a rosszabb egészségi állapot negatív hatással van a foglalkoztatás valószínűségére (*García-Gómez és szerzőtársai*, 2013, *Riphahn*, 1999), valamint csökkenti a munkanélküli státusból foglalkoztatottá válás esélyét (*Stewart*, 2001).

Magyarországon az egészségi állapotról vonatkozó, egyéni szintű paneladatok hiánya miatt egyelőre kevés az ismeretünk az egészségi állapot és munkapiaci aktivitás közötti oksági összefüggésekről. Az alábbi alfejezetben adminisztratív és kérdőíves adatok alapján áttekintjük a nők egészségi állapota és munkapiaci aktivitása közötti összefüggéseket, rámutatunk az európai mintáktól való eltérésekre és a lehetséges oksági összefüggésekre.

Égészség és munkapiaci aktivitás 50+ nők körében európai összehasonlításban, SHARE-adatok alapján

Leíró jellegű összefüggések

Az ötvenévesnél idősebb nők egészségéről és munkapiaci aktivitásáról részletes adatokkal szolgál a SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) adatbázis.¹ 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, ami lehetővé teszi, hogy összevessük a dolgozó és nem dolgozó nők egészségét.

Magyarország a kutatás negyedik, 2011-es hullámában csatlakozott,² a körülbelül 2000 háztartásból álló mintában 1700 nő szerepel, közel felük aktív korú a 2011-ben érvényes nyugdíjkorhatár szerint (50–62 éves). Mivel a 60 évesnél idősebb nők 93 százaléka nyugdíjas, a fiatalabb középkorúakra koncentrálnak: az 50–59 éves korú nők egészségi állapotát vetjük össze foglalkoztatási helyzetük alapján. Foglalkoztatott az, aki saját megítélése szerint dolgozik (alkal-

1 A SHARE 4. hullámának adatait használjuk (DOI: 10.6103/SHARE.w4.611), módszertani részletekért lásd *Börsch-Supan és szerzőtársai* (2013). A SHARE-adatfelvételt elsősorban az Európai Bizottság finanszírozta az alábbi forrásokból: FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) és FP7 (SHARE-PREP: N° 211909, SHARE-LEAP: N° 227822, SHARE M4: N° 261982). 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-AG-005842, P01-AG08291, P30-AG12815, R21-AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG-BSR06-11, OGH A_04-064, HHSN271201300071C) (lásd share-project.org).

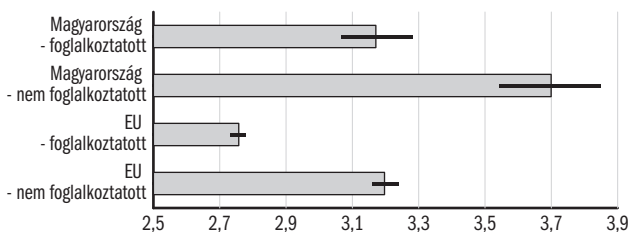
2 A SHARE negyedik hullámában a következő országok szerepelnek: Ausztria, Belgium, Csehország, Dánia, Észtország, Franciaország, Hollandia, Lengyelország, Magyarország, Németország, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovénia. Magyarországon a következő adatfelvétel 2017-ben történt, az adatok várhatóan 2019 tavaszán válnak elérhetővé.

mazott vagy egyéni vállalkozó), a nem foglalkoztatott kategóriába a nyugdíjasok, a munkanélküliek és a háztartásbeliek tartoznak. A tartósan betegetől, rokkantaktól itt eltekintünk, de beszédes adat, hogy Magyarországon arányuk az 50–59 éves női korcsoportban körülbelül 16 százalék, több mint kétszerese a többi európai ország átlagának. Így a betegmintában körülbelül 280 foglalkoztatott és 170 nem foglalkoztatott szerepel. Írásunk második részében külön figyelmet fordítunk a rokkantnyugdíjasok egészségügyi indikátoraira.

Az egészségről több mutató is a rendelkezésünkre áll a SHARE-adatbázisban: a válaszadó általános egészségi állapota saját megítélése szerint, a krónikus betegségek, illetve tünetek száma, a mindennapi tevékenységeket (ADL: „activities of daily living”) akadályozó egészségi problémák száma, különböző betegségek előfordulása, a testtömegindex (BMI, amely a testtömeget a magassággal veti össze) és depresszió a Euro-D skála alapján.³ Továbbá egy szorítóteszt eredménye is ismert, amely a marokerőt, a kézszorítás erejét méri, ami összefügg az idősek általános fizikai állapotával.

A 7.1–7.6. ábra a fenti mutatók átlagos értékét mutatja az aktív korú nők körében Magyarországon és a minta többi európai országában, a foglalkoztatási helyzet szerinti bontásban. Mind az európai, mind a magyar nők körében azt látjuk, hogy átlagosan egészségesebbek azok, akik dolgoznak. Az is szembeötlő, hogy a magyar nők egészségi állapota jellemzően rosszabb az európai átlagnál, különösen a nem foglalkoztatott csoporté.

7.1. ábra: Szubjektív egészségi állapot foglalkoztatási helyzet szerint



Megjegyzés: Átlagos szubjektív egészségi állapot saját megítélés szerint 1-től (kitűnő) 5-ig (gyenge) terjedő skálán, az 50–59 éves nők körében. Az átlag 95 százalékos konfidenciaintervalluma látható.

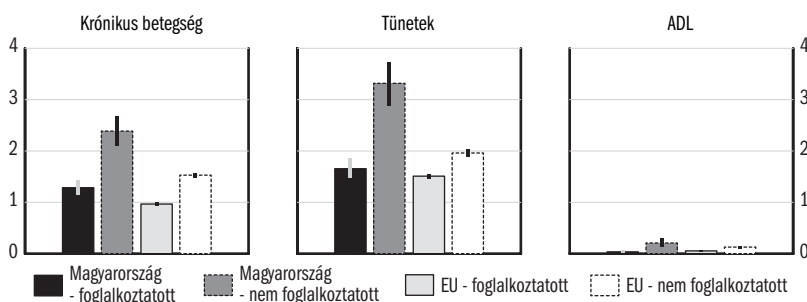
Forrás: Saját szerkesztés SHARE-adatok alapján.

Saját megítélésük szerint a magyar foglalkoztatott nők egészsége átlagosan jó, a nem dolgozó társaiké csak a jó és az elfogadható kategória között áll, az európai átlagértékek mind a két csoportban körülbelül fél kategóriával jobbak (7.1. ábra). A nem foglalkoztatottak átlagosan több mint két krónikus betegségben szenvednek, és tüneteik száma meghaladja a kettő és felet, míg a dolgozók majdnem eggyel kevesebb betegséget és tünetet említettek Magyarországon (7.2. ábra). Mindkét mutató esetén nagyobb a nem foglalkoztatottak lemaradása az európai átlagtól. A mindennapi tevékenységeket akadályozó egészségi problémák átlagos száma a vizsgált csoportokban elenyésző.

³ Euro-D a depresszió tüneteit méri és összegzi egy 12 elemű skálán (Prince és szerzőtársai, 1999).

A nem dolgozó magyar nők közel felének, a dolgozók több mint harmadának magas a vérnyomása (a vonatkozó európai átlagérték 32 százalék és 22 százalék), bár a két csoport közötti különbség nem szignifikáns. A szívroham, a cukorbetegség és a krónikus tüdőbetegség előfordulása esetén számottevő a különbség a foglalkoztatott és nem foglalkoztatott csoportok közt (7.3. ábra). Bár az 50–59 éves korcsoport nemcsak Magyarországon, de Európában is túlsúlyosnak minősül (25 feletti BMI-átlag), a túlsúly valószínűsége szintén magasabb a nem foglalkoztatottak között (7.4. ábra). A szorítóteszt azt mutatja, hogy gyengébb a marokereje a nem foglalkoztatottaknak (7.5. ábra).

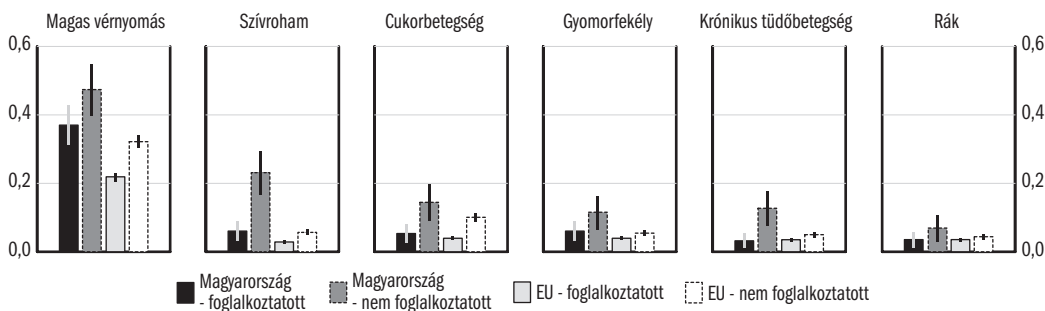
7.2. ábra: Krónikus betegségek, tünetek száma foglalkoztatási helyzet szerint



Megjegyzés: A krónikus betegségek, az egészségügyi tünetek (például hátfájás, szívpanasz, fulladás, makacs köhögés stb.) és a mindennapi tevékenységeket (ADL) akadályozó egészségi problémák átlagos száma az 50–59 éves nők körében. Az átlag 95 százalékos konfidenciaintervalluma látható.

Forrás: Saját szerkesztés SHARE-adatok alapján.

7.3. ábra: Betegségek előfordulása foglalkoztatási helyzet szerint

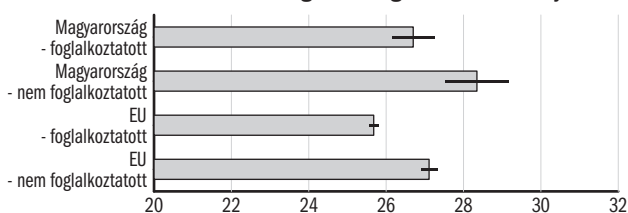


Megjegyzés: Különböző betegségek előfordulásának átlagos aránya az 50–59 éves nők körében. Az átlag 95 százalékos konfidenciaintervalluma látható.

Forrás: Saját szerkesztés SHARE-adatok alapján.

A mentális egészség jobb a foglalkoztatott nők körében (7.6. ábra). A magyar és az európai átlagok a nem dolgozók esetén jelentősen eltérnek, a magyar érték magasabb négyenél, amely már klinikailag szignifikáns depressziósnak minősül.

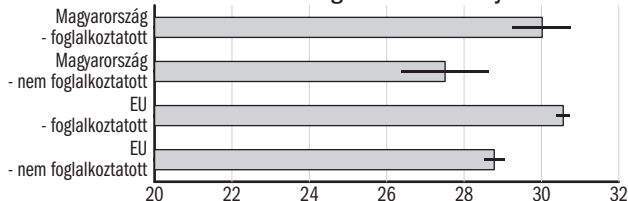
7.4. ábra: BMI testtömegindex foglalkoztatási helyzet szerint



Megjegyzés: A BMI testtömegindex átlagos értéke az 50–59 éves nők körében. Az átlag 95 százalékos konfidenciaintervalluma látható.

Forrás: Saját szerkesztés SHARE-adatok alapján.

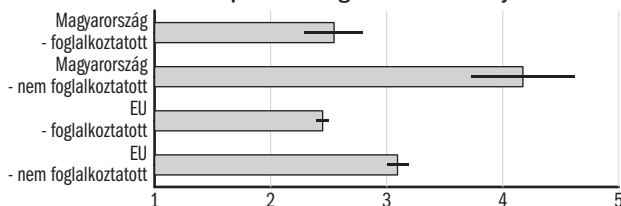
7.5. ábra: Marokerő foglalkoztatási helyzet szerint



Megjegyzés: Az átlagos szorítóerő (kilogramm) az 50–59 éves nők körében. Az átlag 95 százalékos konfidenciaintervalluma látható.

Forrás: Saját szerkesztés SHARE-adatok alapján.

7.6. ábra: Depresszió foglalkoztatási helyzet szerint



Megjegyzés: A depresszió átlagos mértéke az Euro-D skálán az 50–59 éves nők körében. Az átlag 95 százalékos konfidenciaintervalluma látható.

Forrás: Saját szerkesztés SHARE-adatok alapján.

Egészséget és munkapiaci aktivitást befolyásoló tényezők kiszűrése

Azt látjuk, hogy a foglalkoztatott nők jellemzően fizikálisan és mentálisan is egészségesebbek, mint a nem foglalkoztatottak. A jelenség mögött több összefüggés is állhat: lehet, hogy a munka aktívabb, egészségesebb életmóddal jár együtt, de az is előfordulhat, hogy a nem dolgozó nők rosszabb mentális és fizikai egészségi állapotuk miatt szorulnak vagy lépnek ki a munkaerőpiacról. Bár oksági kapcsolatokat a keresztmetszeti SHARE-adatokon nem tudunk kimutatni, érdemes megnézni, hogy a foglalkoztatottak akkor is egészségesebbek-e, ha azonos életkorú, iskolai végzettségű, családi állapotú és azonos típusú településen élő egyéneket vetünk össze Magyarországon.

A 7.1. táblázat három lineáris regresszió eredményeit mutatja, ahol a függő változó sorban a szubjektív egészség (1: kitűnő – 5: gyenge), a krónikus

betegségek száma és a marokerő (kilogramm). Mindhárom mérőszám szerint – a demográfiai jellemzőkre kontrollálva is – egészségesebbek a dolgozó nők.

7.1. táblázat: Az egészségi állapot mutatóinak átlagos eltérései foglalkoztatás szerint, a demográfiai és társadalmi-ökonómiai tényezők kiszűrésével, Magyarországon az 50–59 éves nők körében

	Szubjektív egészség (1)	Krónikus betegségek száma (2)	Marokerő (3)
Foglalkoztatott	-0,364*** (0,123)	-0,707*** (0,208)	1,908** (0,932)
Kontrollváltozók	igen	igen	igen
A megfigyelések száma	334	334	326
R^2	0,167	0,188	0,095

Megjegyzés: Robusztus standard hibák zárójelben.

Kontrollváltozók: *életkorváltozók* (korévben és kor négyzete), *iskolai végzettség* (5 ISCED kategória), *családi állapot* (házas vagy élettársi, egyedülálló, özvegy), a *település típusa* (öt kategória a nagyvárositól a vidéki, falusi környezetig).

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

Forrás: Saját számítás SHARE-adatok alapján.

Szintén a SHARE-adatbázis alapján *Kézdi–Divényi* (2012) azt találta, hogy a legjobb egészségű és kognitív képességű 50–59 éves egyének foglalkoztatási esélye Magyarországon egyenlő az európai átlaggal, míg az egyre rosszabb állapotúak esélye egyre távolabb áll az európai átlagtól. Azt is kimutatták, hogy a német és magyar foglalkoztatási arány közötti különbség csökken, ha a demográfiai mutatókon túl a kognitív készségekre és az egészségi állapot eloszlására is kontrollálunk. Részben reprodukálva ezeket a lineáris modelleket (ahol a függő változó ismét az egyén foglalkoztatottsága), azt kapjuk eredményül, hogy az 50–59 éves magyar nők foglalkoztatásának 20 százalékpontos lemaradása a német nőktől 12 százalékpontonra csökkenne, ha a demográfiai összetételen túl a népesség egészségi állapota is megegyezne a német átlaggal (7.2. táblázat).

7.2. táblázat: Az országok közötti foglalkoztatási arányok eltérése életkor, iskolai végzettség, településtípus és egészségi állapot eloszlására kontrollálva, az 50–59 éves nők körében

	Foglalkoztatás (1)	Foglalkoztatás (2)	Foglalkoztatás (3)
Magyarország	-0,200*** (0,0503)	-0,162*** [0,0511]	-0,122** (0,0512)
Országindikátorok (referencia: Németország)	igen	igen	igen
Életkorváltozók	igen	igen	igen
A település típusa	igen	igen	igen
Iskolai végzettség	-	igen	igen
Az egészségi állapot változói	-	-	igen
A megfigyelések száma	5 614	5 542	5 326
R^2	0,130	0,181	0,211

Megjegyzés: Robusztus standard hibák zárójelben.

Kontrollváltozók: *életkorváltozók* (korévben és kor négyzete), *iskolai végzettség*

(ISCED alapján), *település típusa* (öt kategória a nagyvárositól a vidéki, falusi környezetig), *egészségi állapot* (krónikus betegségek száma, marokerő, szubjektív egészség).

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

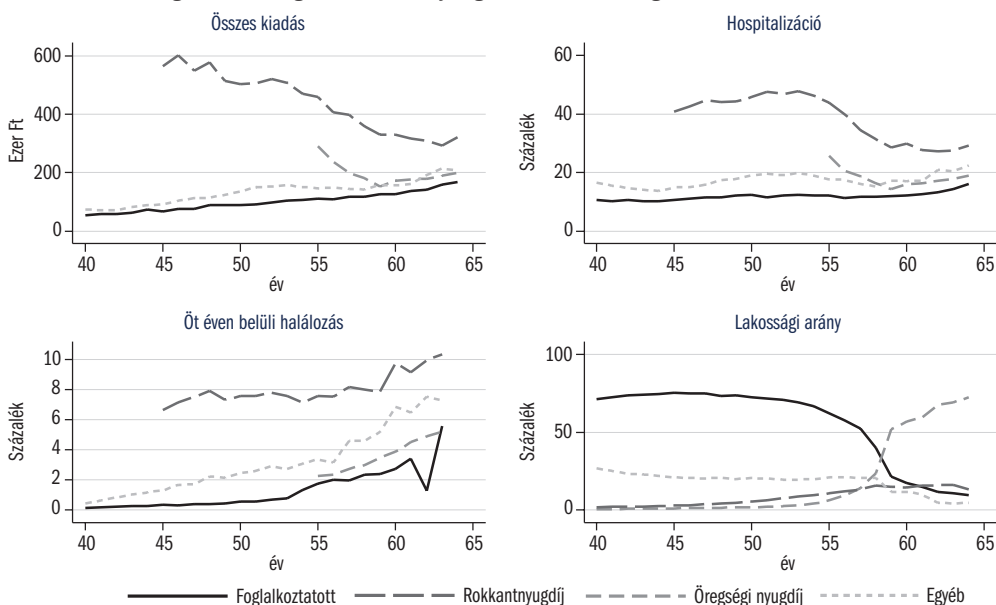
Forrás: Saját szerkesztés SHARE-adatok alapján.

Munkapiaci státus, egészségügyi kiadások és halálozás összefüggései

Egészségügyi kiadások és halálozás munkapiaci státus szerint

Az MTA KRTK Közgazdaság-tudományi Intézet Adatbankjában rendelkezésre álló egyéni szintű, a lakosság véletlenszerűen kiválasztott 50 százaléka kiterjedő, 2003–2011 közötti időszakra vonatkozó adminisztratív paneladatbázis közvetlen betegséginformációkat nem, viszont az egészségügyi ellátás igénybevételére és a halálózásra vonatkozó adatokat, valamint munkapiaci információkat tartalmaz, és ezekből következtetni lehet az egészségi állapot és munkapiaci státus összefüggésére. Így ezekkel az adatokkal ki tudjuk egészíteni a SHARE-adatok alapján gyűjtött ismereteinket.

7.7. ábra: Egy főre jutó egészségügyi kiadás, a kórházi tartózkodás aránya, öt éves halálozási valószínűség és lakossági létszámarány foglalkoztatási kategória szerint, 40–64 éves nők



Megjegyzés: Az adatok 2011-re vonatkoznak, kivéve az öt éves halálozási valószínűségeket, amelyek 2006-ra.

Forrás: Saját számítás MTA KRTK KTI adminisztratív adatbázisa alapján.

A 7.7. ábra mutatja a 2011. évi átlagos egészségügyi kiadást (a járóbeteg-ellátási, fekvőbeteg-ellátási és vényre felírt gyógyszerkiadások összegét), a kórházi tartózkodás valószínűségét, valamint a 2006. évtől számított öt éves halálozási

valószínűséget az életkor függvényében a foglalkoztatott, a rokkantnyugdíjban és öregségi nyugdíjban részesülő, valamint a fenti három kategória egyikebe sem tartozó nőkre. A különböző foglalkoztatási kategóriák 2011-es lakosságbeli arányát az ábra jobb alsó panelje tartalmazza.⁴

Látható, hogy a 45–54 éves korosztályban egy rokkantnyugdíjban részesülő nőre 4–8-szor több egészségügyi kiadás jut, mint egy foglalkoztatottra. Az ábrán nem mutatjuk, de a kategórián belül az eltérés hasonló (4–10-szeres) a fekvő- és gyógyszerkiadás esetén, de csak háromszoros a járóbeteg-kiadások esetén. Ebben a korosztályban az éves kórházi tartózkodási valószínűség 10–12 százalék a foglalkoztatott nők, és annak többszöröse, 41–46 százalék a rokkantnyugdíjas nők esetében. Mindezek a rokkantnyugdíjasok drasztikusan rosszabb egészségi állapotára utalnak, amit a 7.7. ábra bal alsó panelje is megerősít, amely az öt éven belüli halálzási valószínűséget mutatja életkor és foglalkoztatási kategória szerint. A 45–54 éves korosztályban a rokkantnyugdíjas nők 7 százalékos valószínűséggel halnak meg öt éven belül, míg a foglalkoztatottak 1 százaléknál sokkal kisebb valószínűséggel.

Az ábrák kisebb különbséget mutatnak az öregségi nyugdíjban részesülők és a nyugdíjkorhatár után tovább foglalkoztatottak egészségügyi adatai között. 2011-ben az előrehozott öregségi nyugdíjkorhatár 59 év volt, és ekkor ment nyugdíjba az ötvenes éveikben foglalkoztatottak többsége. Ezen életkor felett az öregségi nyugdíjasok egészségügyi kiadása és halálzási valószínűsége csak kismértékben haladta meg a tovább foglalkoztatottakét. Ez arra utal, hogy ugyan az öregségi nyugdíj esetében is érvényesül az, hogy a viszonylag egészségesebbek nagyobb arányban dolgoznak tovább, de az egészségi állapotnak itt kevesebb szerepe van, mint a korábbi életkorokban a rokkantnyugdíjba vonulás esetén. Természetesen elméletileg az is lehet, hogy az öregségi nyugdíjasok és a tovább dolgozók egészségügyi kiadásai önmagában a nyugdíjba vonulás miatt különböznek. Azonban mint *Bíró-Elek* (2018) kimutatta, a nyugdíjba vonulás rövid távon éppenséggel csökkenti a szakellátás keretében orvoshoz fordulás és gyógyszerfogyasztás valószínűségét, ez a mechanizmus tehát nem magyarázza az öregségi nyugdíjasok foglalkoztatottakhoz képest némileg magasabb egészségügyi kiadásait.

Végezetül az „egyéb” kategóriába tartozó – nem dolgozó és nyugellátást sem kapó – nők halálzási valószínűsége a foglalkoztatottakhoz képest jelentősen nagyobb, de a rokkantnyugdíjasokhoz képest kisebb, egészségügyi kiadásuk pedig csak némiképp nagyobbak a foglalkoztatottakénál.

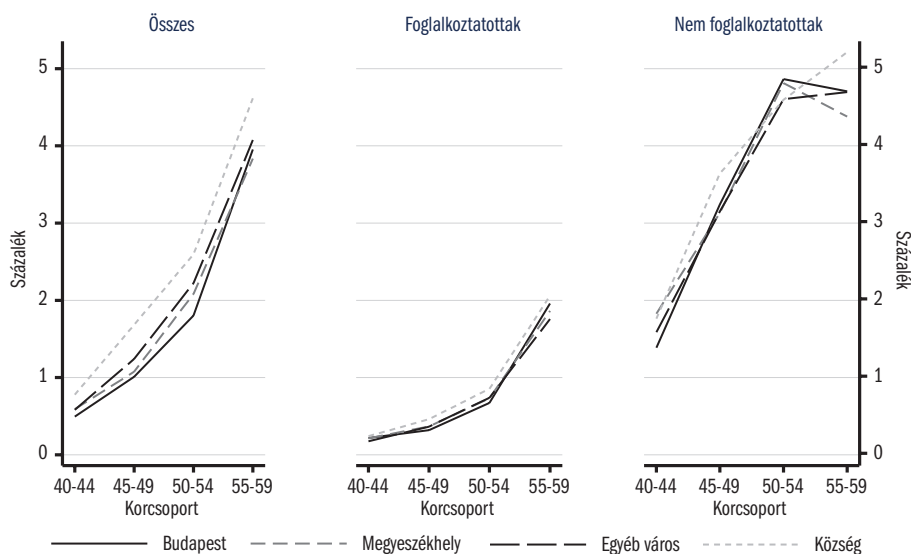
Összefüggések a településtípussal

A fenti eredmények minimális módosulással akkor is megmaradnak, ha regressziós keretben kontrollálunk a helyi kínálati és keresleti tényezőkre a lakóhely megyéjével és településtípusával. Vizsgáljuk meg közelebbről az ötéves halálzási valószínűségek alakulását településtípusok szerint! A 7.8. ábra bal

⁴ A kiadási adatok éves szintűek, így éves szinten végezzük az elemzést. Foglalkoztatottnak azt tekintjük, aki az év során legalább hat hónapot dolgozott, öregségi, illetve rokkantnyugdíjasnak pedig azt a nem foglalkoztatottat, aki az év során legalább hat hónapig részesült az adott ellátásban. A 7.7. ábrán csak ott szerepeltetjük az adatokat, ahol az adott kategória korcsoporton belüli aránya 2011-ben elért egy minimális küszöbértéket.

oldali paneljén látszik, hogy a 40–54 éves női korosztályban a községekben a nyers halálzási mutató mintegy másfélszerese a fővárosi mutatónak (a megyeszékhelyeken és az egyéb városokban a két érték között van a valószínűség, az 55–59 éves korosztályban pedig kicsit kiegyenlítettébbek az adatok).⁵ Ugyanakkor a középső és a jobb oldali panel szerint külön-külön a foglalkoztatottakon és a nem foglalkoztatottakon belül lényegében nincs különbség a halálzásban településtípus szerint, vagy másképpen fogalmazva: minden településtípusban körülbelül ugyanakkora a dolgozók és nem dolgozók halálzási valószínűségének eltérése. Tehát a településtípusok jelentős nyers halálzási eltérése azzal függ össze, hogy a községekben jóval kisebb a foglalkoztatás, mint a fővárosban. Ez adalék az egészségyenlőtlenségek magyarországi irodalmához, amely több, foglalkoztatáson kívüli változó függvényében vizsgálja a halálzás és egyéb egészségi indikátorok alakulását (lásd például *Orosz–Kollányi* (2016)).

7.8. ábra: Öt éves halálzási valószínűségek településtípus és foglalkoztatottság szerint 2006-ban, 40–59 éves nők



Forrás: Saját számítás MTA KRTK KTI adminisztratív adatbázisa alapján.

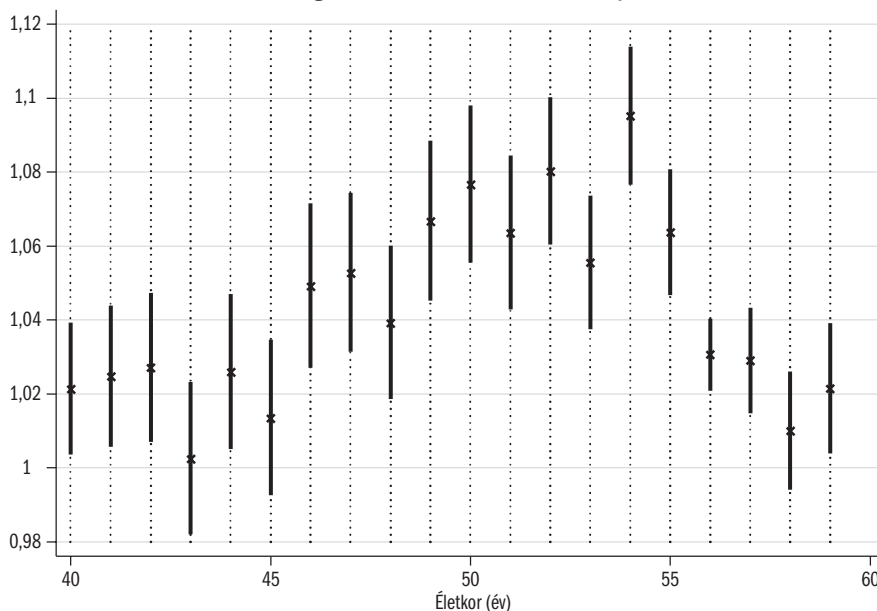
Egészségügyi kiadások előre jelzik a foglalkoztatásból való kilépést

A fentiek alapján a nem foglalkoztatottak lényegesen rosszabb egészségi állapotban vannak (rosszabb a halálzási mutatójuk), mint a foglalkoztatottak, és ezzel összefüggésben jóval több a rájuk fordított, elsősorban fekvőbeteg- és gyógyszerkiadás. A következőkben azt bizonyítjuk, hogy az egészségi állapot (egészségügyi kiadásokkal mérve) a foglalkoztatásból való kilépés valószínűségére is hatással van, akár több év késleltetéssel.

⁵ A 7.2. ábrán öt éves korcsoportokat ábrázolunk a 40–59 éves életkorokban, mert a kis halálzási valószínűségek településtípus és foglalkoztatási státus szerint ennél részletesebben csak nagy hibával mérhető.

Logit modellel becsüljük annak valószínűségét, hogy egy adott évben foglalkoztatott személy tartósan kilép a foglalkoztatásból (amit úgy definiálunk, hogy a következő két év egyikében sem lesz foglalkoztatott). Fő magyarázó változónk az egyén k évvel korábbi egészségügyi kiadásainak nagysága, amelyet az adott életkorú nők kiadási eloszlásának percentiliseként mérünk. Az egészségügyi keresleti és kínálati tényezőkre az egyén életkorával és becsült iskolai végzettségével,⁶ a lakóhely megyéjével és településtípusával, valamint a naptári évvel kontrollálunk.

7.9. ábra: Egy évvel korábbi egészségügyi kiadási decilis hatása a foglalkoztatásból való tartós kilépésre



Megjegyzés: Logit modellel becsült esélyhányadosok és 95 százalékos konfidencia-intervallumaik.

Magyarázó változó: egy évvel késleltetett egészségügyi kiadás decilise (percentilise-nek 10-szerese), interaktálva az életkorral.

Kontrollváltozók: lásd a szövegben. Adatok a 2008–2009-es évekre vonatkoznak.

Forrás: Saját számítás MTA KRTK KTI adminisztratív adatbázisa alapján.

⁶ Az iskolai végzettséget az egyén foglalkoztatási viszonyának FEOR-kódja alapján közelítjük, a KSH Munkaerő-felmérésében az adott FEOR-kódhoz tartozó iskolai végzettségek mediánjával.

⁷ Megjegyzés: a foglalkoztatásból való tartós kilépés éves valószínűsége 5 százalék körüli a 40–54 éves korosztályban, utána az öregségi nyugdíjba vonuláskor jelentősen, 20 százalék fölé emelkedik.

Becslési eredményeink szerint, ha az egyén egy évvel korábbi egészségügyi kiadása egy decilissel (tíz percentilissel) nagyobb volt, akkor a foglalkoztatásból való tartós kilépés oddsa 1,041-szeresére emelkedik (a becsült esélyhányados standard hibája 0,002).⁷ Sőt még az öt évvel korábbi egészségügyi kiadás is szignifikánsan pozitív hatással van a tartós kilépés valószínűségére (az esélyhányados 1,013 körüli, standard hiba 0,002). A 7.9. ábra mutatja az előző évi kiadási decilis életkorspecifikus hatását a tartós kilépésre. Látható, hogy a korábbi egészségügyi kiadás a 46–55 év közöttiek kilépésére van leg-erősebb hatással.

Összegzés

Kérdőíves (SHARE) és adminisztratív adatok alapján egyaránt azt figyeltük meg, hogy az aktív korú nők között jobb egészségi állapotban vannak a foglalkoztatottak a nem dolgozó nőkhöz képest, mind fizikális, mind mentális egészséget tekintve. Az aktív korú nők körében a rokkantnyugdíjban részesülők egészségügyi kiadása és halálozási rátája többszörösen meghaladják a foglalkoztatottak egészségügyi kiadását és halálozási rátáját.

A gyenge magyar egészségi mutatók részben magyarázzák a középkorú nők alacsony foglalkoztatottságát európai összehasonlításban. Az egészségi állapot erőteljes magyarázó tényezője a jövőbeli (1–5 évvel későbbi) munkapiac státusnak.

Mindezek alapján az egészségi állapot javulása jelentősen hozzájárulhatna a középkorú nők munkapiac aktivitásának növeléséhez.

Hivatkozások

- BEHNCKE, S. (2012): Does retirement trigger ill health? *Health Economics*, Vol. 21. No. 3. 282–300. o.
- 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.
- BÖRSCH-SUPAN, A. (2018): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4. Release version: 6.1.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w4.610
- 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*. DOI: 10.1093/ije/dyt088.
- GARCÍA-GÓMEZ, P.–VAN KIPPERSLUIS, H.–O'DONNELL, O.–VAN DOORSLAER, E. (2013): Long-term and spillover effects of health shocks on employment and income. *Journal of Human Resources*, Vol. 48. No. 4. 873–909. o.
- INSLER, M. (2014): The health consequences of retirement. *Journal of Human Resources*, Vol. 49. No. 1. 195–233. o.
- KÉZDI GÁBOR–DIVÉNYI JÁNOS (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. Társadalmi Riport 2012. Társadalmi Riport, Budapest, 190–208. o.
- OROSZ ÉVA–KOLLÁNYI ZSÓFIA (2016): Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. Megjelent *Kolosi Tamás–Tóth István György* (szerk.): Társadalmi Riport 2016. Társadalmi Riport 2016. Társadalmi Riport, Budapest, 332–355. o.
- PRINCE, M. J.–REISCHIES, F.–BEEKMAN, A. T.–FUHRER, R.–JONKER, C.–KIVELA, S. L.–VAN OYEN, H. (1999): Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 174. No. 4. 330–338. o.
- RIPHAHN, R. T. (1999): Income and employment effects of health shocks A test case for the German welfare state. *Journal of Population Economics*, Vol. 12. No. 3. 363–389. o.
- 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.
- STEWART, J. M. (2001): The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status. *Journal of Health Economics*, Vol. 20. No. 5. 781–796. o.
- THOMAS, C.–BENZEVAL, M.–STANSFELD, S. A. (2005): Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 59. No. 3. 243–249. o.
- VAN DER HEIDE, I.–VAN RIJN, R. M.–ROBROEK, S. J.–BURDORF, A.–PROPER, K. I. (2013): Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, Vol. 13. No. 1. 1180.