

## 6. AZ IDŐSÖDÉS MUNKAPIACI ÖSSZEFÜGGÉSEI

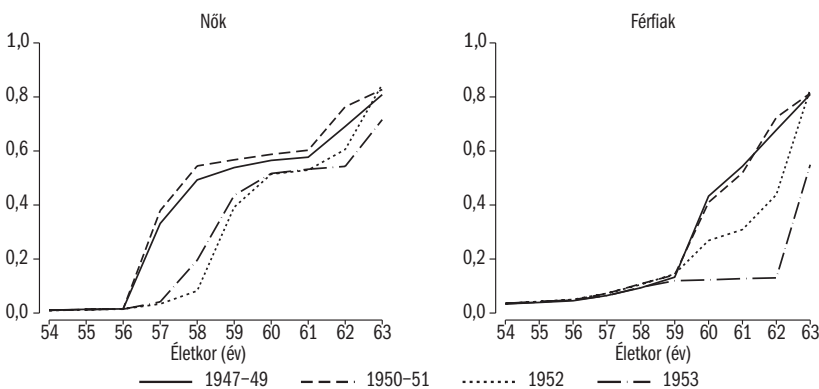
### 6.1. ÖREGSÉGI NYUGDÍJBA VONULÁS ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

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.<sup>1</sup> 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



<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

### 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.<sup>4</sup> 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 háziorvosi megjelenéseinek száma, járóbeteg-szakellátási megjelenéseinek száma, illetve vény-

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

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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 kvartilisében (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 háziorvosi igénybevétel 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 háziorvosi 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)
Háziorvosi 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.<sup>5</sup>

**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

<sup>5</sup> 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 vénék 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-  
vek; C – Kardiovaszkuláris rendszer; J – Szisztémás fertőzés elleni szerek; L – Da-  
ganatellenes szerek és immunmodulátorok; M – Váz- és izomrendszer; N – Ideg-  
rendszer; R – Légzőrendszer.

A10 – Antidiabetikumok; C02–09 – Vérnyomáscsökkentők; N05 – Pszicholeptiku-  
mok (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 gyógyszer adatokban 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 Népességtudományi 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>.