

Foglalkoztatottság, egészségi állapot és szubjektív jóllét

Szakmai zárójelentés

A kutatás a Magyarország fejlettségi szintjéhez képest rossz egészségi állapot és alacsony szubjektív jóllét okait két különböző módszertani megközelítésben, a makro-, illetve a mikroelemzés eszközeivel vizsgálta. A makroelemzés az egészségi állapot, a mikroelemzés pedig a szubjektív jóllét kérdését helyezte a középpontba; mindkettőben kitüntetett szerepet kaptak a foglalkoztatottság és az iskolai végzettség különböző formái. A két megközelítés a kutatás közbeni kérdésfeltevésben, a releváns magyarázó változók azonosításában hasznosítani tudta a másik következtetéseit, és az eredményeket tekintve is kiegészítette egymást.

A. Makroelemzések

A magyarországi népesség egészségi állapotának makrovizsgálata két, egymást követő és tartalmában egymásra, valamint a projekt mikroszintű elemzésére is épülő kutatást foglalt magában.

I. A magyarországi rossz egészségi állapot lehetséges magyarázó tényezői. Összehasonlító makroelemzés magyar és osztrák adatok alapján, 1960–2004

Magyarországon a dolgozó korú férfiak egészségi állapota kirívóan rossz mind a fejlett piacgazdaságokkal, mind az átalakuló országokkal való összehasonlításban. Kutatásunk a közeli és közös régmúltú Magyarország és Ausztria lakosainak egészségi állapotát egészségtermelési függvények segítségével makroszinten vizsgálta, és hasonlította össze az 1960–2004-es időszak adatai alapján. Az egészségi állapot közelítő változójának a munkaképes korú felnőttek (15–60 év) halálozási rátáját tekintettük.

Ennek alapján az egészségi állapot a két országban az 1960-as években még azonos szinten állt, ám az 1970-es évek elejétől nagymértékben elszakadt egymástól. A mortalitási ráták eltérései 1995-ben érték el csúcspontjukat, ekkor a magyar mortalitási ráták mind a férfiak, mind nők esetében kétszeresei voltak az osztrák értékeknek.

A munkaképes korú felnőttek halálozási rátájának magyarázó tényezőiként az életmódot jellemző mutatókat (alkohol- és dohányfogyasztás, többletmunka a rejtett gazdaságban), a gazdaság hosszú távú fejlődését (az egy főre jutó GDP alakulása), az egészségügyben rendelkezésre álló forrásokat (orvosok relatív aránya) és a munkaerőpiac állapotát jellemző mutatót (munkanélküliség) vettük figyelembe.

Az egészségtermelési függvények regressziós becslésével mindkét ország esetében sikerült jól közelíteni a valóságban lezajló folyamatokat. Magyarországon a felnőtt férfiak rendkívül rossz egészségi állapota, illetve annak az 1960-as évek vége óta megfigyelt nagyfokú romlása elsősorban életmódbeli sajátosságokkal magyarázható: magas szintű és hosszú időre kiterjedő alkoholfogyasztás, különösen égetettség fogyasztás, nagyfokú dohányzás és az általánosan elterjedt, önkizsákmányoló többletmunka.

A rendszerváltás után 1993-ig a kiterjedt rejtett gazdaság a gyorsan bővülő munkanélküliséggel együtt járult hozzá a felnőtt férfiak további egészségromlásához. Ez utóbbi tényezők túlszárnyalják az elmúlt negyedszázadban fokozatosan csökkenő (regisztrált) alkohol- és dohányfogyasztásból fakadó egészségjavulási tendencia lehetőségét. 1993 után ugyan egyfajta javulás kezdődött, de Magyarországon 2004-ben is még kétszer annyi volt a valószínűsége annak, hogy egy 15 éves fiú nem éri meg a 60. életévét, mint Ausztriában. A számítások szerint Ausztriában az égetettség fogyasztásnak és a többletmunkának makroszinten nem mutatható ki az egészségromboló hatása, mivel ezek az életmódbeli magatartásformák sokkal kevésbé elterjedtek, s a gazdasági fejlettség magasabb foka is hozzájárult a magyarországinál jobb egészségi állapothoz.

II. A magyarországi dolgozó korú népesség mortalitása: makroelemzés időben és térben

Makroelemzés térben: keresztmetszeti összehasonlítás 2011-ben

A 2. részben 46 hosszabb ideje kapitalista, posztoszocialista, valamint poszt-szovjet köztársaságbeli gazdaság mintája segítségével átfogóbb nemzetközi összehasonlítást is végeztünk. A dolgozó korú férfiak és nők 2011-ben mért mortalitási rátáiban még mindig óriási

különbségek találhatók Nyugat-Európa, Kelet-Európa, valamint a volt szovjet köztársaságok országai között.

E különbségek vizsgálata során többek között az alábbi tényezőket elemeztük:

1. A gazdaság szerkezete, árai és kultúrája a múltban és a jelenben.
 - 1.1. Túlzott iparosítás, nagy arányú nehézipar, alacsony arányú és színvonalú szolgáltatások mortalitást növelő közvetlen hatása Kelet- és Közép-Európában és a poszt-szovjet köztársaságokban.

Torzított árak a szocializmusban és a poszt-szocializmusban: az egészségre káros termékek relatív árainak alacsony volta szinte ösztönözte a káros termékek fogyasztását.
 - 1.2. Életmód a szocializmusban és a poszt-szocialista rendszerben: túlzott alkohol- és dohányfogyasztás, fokozott önkizsákmányoló munka a rejtett gazdaságban, mind a szocialista, mind a poszt-szocialista korszakban.
 - 1.3. Gazdasági fejlettség alakulása a jelenben (egy főre jutó GDP): a lemaradás még mindig igen tekintélyes, ami különböző közvetítőkön (képzettség, technológiai fejlettség a szolgáltatásokban általában és az egészségügyben különösen) keresztül mortalitást növelő hatású.
2. Az egészségügyi kiadások aránya a GDP-hez viszonyítva a jelenben. E gazdaságpolitikai eszközben való különbözőség is hat a mortalitási rátákra: Kelet- és Közép-Európában, valamint a poszt-szovjet köztársaságokban relatíve kisebb ez az arány, mint Nyugat-Európában.

Makroelemzés időben: magyarországi mortalitási ráták az 1978 és 2010 közötti időszakban

Magyarország esetében újra-definiáltuk, és időben meghosszabbítottuk az I. részben ismertetett egészségtermelési függvényünket. Az új változatban figyelembe vettük a képzettség közvetlen hatását is a férfiak és nők mortalitási rátájának alakulására.

A számítások eredményei alátámasztották a projekt mikroszintű eredményeit, miszerint a képzettség (az egyetemre belépők arányának) növekedése csökkentette a férfiak és nők mortalitási rátáját, miközben az egészséget meghatározó életmód-változók (alkohol-, és dohány-fogyasztás) továbbra is jelentős befolyással bírnak.

Az új változatban az alkohol és dohány-fogyasztás hatását közvetve, a javak relatív árain, illetve azok időbeli változásán keresztül vettük figyelembe. Alapvető közgazdasági összefüggés ugyanis, hogy bizonyos fogyasztási javak alacsony relatív ára ösztönöz azok fogyasztására. Az alkohol- és dohány-termékek esetében ez mind a szocialista rendszerben, mind pedig a poszt-szocialista korszakban tapasztalható Magyarországon. Ezeknek az egészségre káros javaknak a relatív árai 1960-tól egészen 1995-ig folyamatosan, összesen 30 százalékponttal csökkentek és a trendforduló után még 2010-re sem érték el az 1960-ban mért szintet.

A szocialista rendszer torz árai tehát nemcsak azzal okoztak nagy károkat, hogy dezorientálták a termelőket, hanem az egészségre káros termékek alacsony relatív árai által nagyban hozzájárultak ahhoz a mortalitási többletnek, amelyet ma az irodalom kelet-európai mortalitási paradoxonnak nevez.

Az egészségtermelési függvényben továbbra is szerepet kapott a rejtett gazdaság hatása is a mortalitási rátákra: a kiterjedt rejtett gazdaság, ceteris paribus, növeli a mortalitási rátát, különösen a 15-60 éves férfiak esetében. A rendszerváltás óta a munkanélküliség maga is hozzájárult a mortalitási ráták alakulásához. Az egészségügy ráfordításainak figyelembe vételekor természetes mutatóval dolgoztunk (az egy főre jutó orvosok száma).

A fentiekben felsorolt tényezők együttes hatását a mortalitási rátákra a magyarországi dolgozó korú férfiak és nők esetében is többváltozós regressziós számítások segítségével igazoltuk. Az eredmények szerint mindkét nem esetében a képzettség bizonyult a leghatásosabb mortalitást csökkentő tényezőnek. A nők mortalitását a képzettség nagyobb súllyal befolyásolta, mint a férfiakét. A nők mortalitási rátáit ezenkívül sokkal kisebb súllyal befolyásolja a munkanélküliség és a rejtett gazdaság, mint a férfiakét. Ugyanez vonatkozik az alkohol- és dohánytermékek együttes relatív árára is, amelynek mindkét nem esetében kvadratikusan negatív hatása bizonyult szignifikánsnak.

B. Mikroelemzések. Miért elégedetlenek annyira a magyarok az életükkel?

A nemzetközi összevetések egyértelműen azt mutatják, hogy a magyarok különösen elégedetlenek az életükkel. Az élettel való elégedettség a fejlettségi szinthez képest minden poszt-szocialista országban alacsony, de Magyarország helyzete a térség többi országához képest is rosszabb, és az elmúlt években tovább romlott.

Az elégedettség kinyilvánítása részben kultúrafüggő jelenség, ezért választottuk összehasonlítási alapként Ausztriát, amellyel számos kulturális és történelmi hasonlóság köt minket össze, miközben Ausztria minden elégedettségi rangsor élmezőnyében található. A két ország 2006. évi EU-SILC háztartási adatfelvételeinek egyesített állományán alapuló összehasonlítás képezte a kutatás ezen részének gerincét. Háztartásokra klaszterezett, rendezett logit becsléssel vizsgáltuk, hogy a két országban miként különbözik az elégedettséget befolyásoló tényezők szerepe.

Kétféle becslési stratégiát alkalmaztunk. Az egyik esetben minden magyarázó változó interakcióban szerepelt a kétértékű ország változóval, így tesztelni tudtuk a két országra becsült együtthatók egyenlőségét vagy különbözőségét. A másik esetben nem alkalmaztunk interakciót, minden változó egységes. Ekkor az *ország* változó marginális hatása azt mutatja, hogy mennyit *nem* tudunk az egységes modellel megmagyarázni a két ország szubjektív jóllétének eltéréséből. Modellünkkel a különbségek több mint felét tudtuk magyarázni.

A modell-számítások során nem csak az élettel való elégedettséget, hanem a szubjektív, önbesorolási egészségi állapotot meghatározó tényezőket is becsültük. Az irodalomból ismert, hogy az önbesorolási egészségi állapot szoros statisztikai kapcsolatban van a mortalitással.

Legfontosabb eredményeink a következők:

1. A magyar és osztrák szubjektív jóllét különbségének legfontosabb magyarázó tényezője a sokkal rosszabb magyar egészségi állapot. A rosszabb magyar egészségi állapot okainak egy részét a fentiekben ismertetett makroelemzés azonosította, ezeknek a tényezőknek a hatását a megfelelő adatok hiánya miatt mikro-módszerekkel nem tudtuk vizsgálni.
2. A megfelelő minőségű lakásban és nem szegénységben élő fiatalok körében a magyar és az osztrák szubjektív egészségi állapot alig különbözik. Magyarországon azonban az életkorral sokkal gyorsabb ütemben romlik az egészségi állapot. Magasabb iskolai végzettség esetén

mindkét országban jobb az egészségi állapot, de Ausztriában a szakmunkás végzettségnek erősebb a pozitív hatása, mint Magyarországon. A rossz lakásviszonyok és megélhetési körülmények nagyobb súlyuknál fogva Magyarországon jobban rontják az egészségi állapotot.

3. Számos kutatás kimutatta, hogy a szubjektív jóllét és az egészségi állapot között kétirányú a kapcsolat, az étellel való elégedetlenség is negatívan hat az egészségi állapotra. A problémát az EU-SILC 2006-2007. évi magyar panel állományán mi is vizsgáltuk. (Eredeti szándékunk az volt, hogy 4-éves panelt használunk, de a KSH időközben elhagyta a kérdőívből az étellel való elégedettségre vonatkozó kérdést.) Vektoriális autoregressziós modellel becsültük a két változó egymásra való hatását, és azt kaptuk, hogy a két éves időtávon belül csak az egészségi állapot → szubjektív jóllét hatásirány érvényesül. Hosszabb távon bizonyosan volna ellenkező irányú hatás is, de adatok hiányában ezt nem tudjuk ellenőrizni. Annak igazolására azonban elegendő, hogy a keresztmetszeti becslésben nem követünk el jelentős hibát, ha eltekintünk az egészségi állapot endogenitásától.
4. Az egészségi állapot mellett a magyar szubjektív jóllétet leginkább javítani képes tényező a tanulás. A tanulók mindkét országban a legelégedettebbek közé tartoznak és a magasabb iskolai végzettség is növeli az elégedettséget.
5. Ausztriában a magasabb iskolai végzettség már a szakmunkások esetében elégedettség növekedéssel jár, Magyarországon azonban a szakmunkás végzettségűek szubjektív jólléte – az egyéb tényezőkre való kontrollálás esetén – nem különbözik az általános iskolai végzettségűekétől. Ez minden bizonnyal összefügg azzal, hogy – Ausztriával szemben – alacsonyabb a szakmunkások társadalmi megbecsültsége.
6. Míg Ausztriában a középfokú végzettség is elégedettség-növelő tényező és a felsőfok ehhez már nem ad hozzá, addig Magyarországon csak a felsőfokú végzettség esetén tapasztalhatunk nagyobb elégedettséget. Eredményeinkből levonható az a következtetés, hogy a felsőfokú végzettségűek arányának növelése fontos elégedettség-növelő tényező lehetne hazánkban.
7. Az intenzívebb társadalmi kapcsolatok, valamint az önkéntes munkavégzés javítják az étellel való elégedettséget. A társadalmi kapcsolatok intenzitása függ az iskolai végzettségtől, ami közvetve növeli a szubjektív jóllétet.

8. Aktivitás szerint vizsgálva a kérdést azt tapasztaljuk, hogy a munkanélküliség az okozott megélhetési problémákon túl is rontja az élettel való elégedettséget. Magyarországon azonban – szemben Ausztriával – ez a hatás továbbterjed a munkanélküliek családtagjaira is. A családtagok elégedetlenségét a lakásfenntartással kapcsolatos terhek, a lakhatás biztonságának veszélybe kerülése váltja ki. Ausztriában a sokkal nagyobb bérlakás-szektor következtében nincs ilyen hatás. A nem magán bérlakásban élők ott viszonylag elégedettebbek az életükkel.
9. Működőképes bérlakás-szektor kialakítása Magyarországon növelné a szubjektív jóllétet, szemben azzal a hiedelemmel, miszerint a lakás-tulajdonlásnak van ilyen hatása.
10. Sokan feltételezik, hogy az alacsony végzettségűek számára előnyös, hogy feketén dolgoznak és mellette még segínyt is kapnak. Elemzéseink bizonyították, hogy a segélyezették szubjektív jólléte alacsonyabb annál, mint amit jövedelmi szintjük indokolna. Ez a státusz számukra nem hasznosság-optimalizáló döntés, hanem kényszer eredménye. Kimutatható, hogy az alacsony iskolai végzettségűek esetében nem nagyobb az informális jövedelem aránya a jövedelmen belül, mint a magasabb végzettségűeknél.
11. A vonatkozó sztereotípiáktól eltérően Ausztriában sokkal erősebb a társadalmi kapcsolatok elégedettség növelő hatása, mint Magyarországon. Ez egyaránt igaz a párkapcsolatokra, a rokoni és a baráti kapcsolatokra.
12. Az elégedettség szempontjából egyik országban sincs különbség az együtt élő házaspárok és az élettársak között, nem a státusz, hanem a párkapcsolat megléte számít.
13. Magyarországon a rokoni és baráti kapcsolatok intenzív ápolása sokkal inkább a megélhetés biztonságát javító tényezőként, nem pedig önértékük folytán növelik az élettel való elégedettséget. Eredményeink a vendégszerető magyarokról alkotott pozitív önképünket is megkérdőjelezi.
14. Más szerzők korábbi vonatkozó megállapításait pontosítva arra a következtetésre jutottunk, hogy a magyar vállalkozók átlagosnál nagyobb elégedettsége az eltitkolt jövedelem következménye.
15. A jómódúakkal szembeni ellenérzések csökkentik a szubjektív jóllétet.