

### 3. A FOGLALKOZTATOTTAK EGÉSZSÉGE

#### 3.1. MUNKAJÖVEDELEM, EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK

BÍRÓ ANIKÓ & PRINZ DÁNIEL

##### Bevezetés

Magyarországon, más fejlett országokhoz hasonlóan, a társadalombiztosítás elvileg jövedelemtől függetlenül mindenkinek egyforma hozzáférést biztosít a számára szükséges egészségügyi ellátásokhoz és gyógyszerekhez. A betegek térítésmentesen vehetik igénybe a kórházi és járóbeteg-ellátást, míg a gyógyszerek megvásárlását különböző mértékben támogatja a társadalombiztosítás. Ugyanakkor a téma magyarországi irodalma szerint jelentősek a hozzáférési korlátok (*Lucevic és szerzőtársai*, 2019) és a regionális eltérések a társadalombiztosítási kiadásokban (*Orosz*, 1990, *Nagy*, 2010; *Fadgyas-Freyler–Korponai*, 2016, valamint lásd a 2.1. alfejezetet). Ebben az alfejezetben a jövedelmeket és az egészségügyi indikátorokat egyaránt tartalmazó egyéni szintű adminisztratív adatok, a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított Admin3-adatbázis alapján mutatjuk be a földrajzi és a jövedelem szerinti egyenlőtlenségeket, illetve a kéttípusú egyenlőtlenség összefüggéseit.<sup>1</sup>

Az adatbázisban havi szinten megtalálhatók a magyar lakosság véletlenszerűen kiválasztott 50 százalékos almintájának foglalkoztatottsági és jövedelmi adatai a 2003–2017-es és egészségügyi kiadási adatai a 2009–2017-es időszakra vonatkozóan.<sup>2</sup> Mintánkat a 18–60 éves, egész évben teljes állásban dolgozó munkavállalók adják. A  $t$ -edik év jövedelmét kapcsoljuk a  $t + 1$ -edik év egészségügyi kiadásaihoz (illetve a  $t + 1$ -edik évben mért hároméves halálozási valószínűséghez) annak érdekében, hogy eredményeink ne az egészségnak a jövedelemre való hatását ragadják meg. Az egészségügyi indikátorokból és mortalitásból kiszűrjük a kor-, nem- és évhátásokat. Kimenetként vizsgáljuk a halálozási valószínűséget, a fekvőbeteg-ellátási, a járóbeteg-szakellátási és a vényköteles gyógyszerkiadásokat. Utóbbi kategóriánál a társadalombiztosítás és a beteg által fizetett kiadás összegét használjuk.

Az egészségügyi kiadások egyenlőtlenségét régiós bontásban vizsgáljuk,<sup>3</sup> munkajövedelemmel való összefüggését pedig a munkajövedelmeket húsz egyenlő méretű csoportra osztva elemezzük.

Négy mintázatot írunk le: 1) az ország különböző részein jelentősen eltérnek az egy foglalkoztatottra fordított kiadások; 2) pozitív összefüggés van a kiadások és a munkajövedelem között; 3) a kiadások és a munkajövedelem között fennálló pozitív összefüggés erőssége különbözik az ország különböző területein; 4) negatív összefüggés van a mortalitás és a jövedelem között. Ezek

<sup>1</sup> Az adatbázis rövid leírását lásd a Közelkép Függelékében és részletesebben *Sebők* (2019) tanulmányában.

<sup>2</sup> 2003–2011 közötti adatok (az adminisztratív adatbázis egy korábbi verziója) alapján vizsgálta az egészségügyi kiadások egyenlőtlenségeit *Bíró–Prinz* (2020).

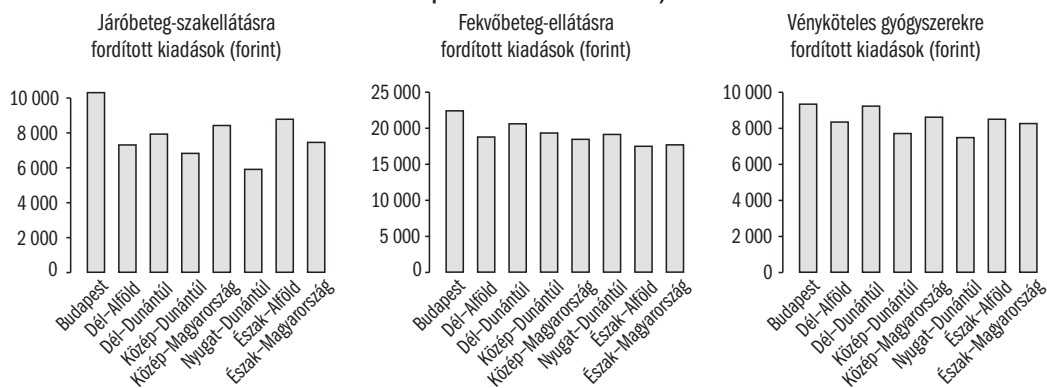
<sup>3</sup> Budapest, Közép-Magyarország Budapestén kívül, Közép-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl, Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Alföld.

alapján azt az összefoglaló következtetést tesszük, hogy Magyarországon a magasabb jövedelmű dolgozók egészségesebbek, mint az alacsonyabb jövedelmű dolgozók, és magasabbak a társadalombiztosítás rájuk fordított kiadásai, mint az alacsonyabb jövedelmű dolgozókra fordított kiadások.

### A foglalkoztatottakra jutó egészségügyi kiadások földrajzi egyenlőtlenségei

Az 3.1.1. ábra mutatja, hogyan alakul a fekvőbeteg- és járóbeteg-szakellátásra, valamint a gyógyszerekre fordított kiadás régióként. A korábbi irodalommal összhangban látható, hogy jelentős egyenlőtlenségek vannak a régiók között, amelyeket nem magyaráznak a demográfiai különbségek (például a korösszetétel). A legnagyobb különbségeket a járóbeteg-szakellátásra és a gyógyszerekre fordított kiadások között látjuk. A járóbeteg-szakellátás esetében Budapesten a legmagasabbak a kiadások: 74 százalékkal magasabbak, mint Nyugat-Dunántúlon (ahol a legalacsonyabbak). A gyógyszerekre fordított kiadások esetében is Budapesten találjuk a legmagasabb összeget: 28 százalékkal magasabbat, mint Észak-Alföldön (ahol a legalacsonyabbak). A fekvőbeteg-ellátási kiadásokban valamelyest kisebbek az eltérések, a Budapesten a legmagasabbak ezek a kiadások: 25 százalékkal több, mint Nyugat-Dunántúlon (ahol a legalacsonyabbak).

3.1.1. ábra: Régiós eltérések a foglalkoztatottak éves szintű egészségügyi indikátoraiban (korra, nemre és naptári évre szűrt értékek)



Forrás: Saját számítás 2009–2017 közötti *Admin3* adatok alapján.

### Az egészségügyi kiadások és a munkajövedelem összefüggése

A 3.1.2. ábra a munkajövedelem és az egészségügyi ellátások igénybevételének összefüggését mutatja be. Látható, hogy mindhárom kategória kiadása pozitív összefüggést mutat a munkajövedelemmel. A legfelső jövedelmi huszadban (a legmagasabb munkajövedelemmel rendelkező 5 százalék, évenként számítva) 42 százalékkal magasabb a járóbeteg-ellátással kapcsolatos kiadás,

70 százalékkal magasabb a gyógyszerkiadás, és több mint kétszer magasabb a fekvőbeteg-kiadás, mint a legelső jövedelmi huszadban (a legkevesebb munkajövedelemmel rendelkező 5 százalék).

**3.1.2. ábra: Éves szintű indikátorok munkajövedelem-huszadok szerint (korra, nemre és naptári évre szűrt értékek)**



Forrás: Saját számítás 2009–2017 közötti *Admin3* adatok alapján.

A 3.1.3. ábrán gyógyszercsoportonként (*Anatomical Therapeutic Category, ATC*) vizsgáljuk meg a munkajövedelem szerinti egyenlőtlenségeket. Azt látjuk, hogy minden gyógyszerkategóriára többet költenek a magasabb keresetűek, de az összefüggés erőssége eltérő. Abszolút és relatív értelemben is a legnagyobbak az egyenlőtlenségek a szisztémás fertőzések elleni szerek (ATC J, például antibiotikumok) és a daganatellenes szerek és immunmodulátorok (ATC L) esetén. A tápcsatornára és anyagcserére (ATC A, többségében a cukorbetegség gyógyszerei) és a kardiovaszkuláris rendszerre ható szerek (ATC C, legnagyobb részét vérnyomáscsökkentők és koleszterinszint-csökkentők) esetén is jelentősek az egyenlőtlenségek, míg mérsékelt abszolút és relatív egyenlőtlenségeket látunk a váz- és izomrendszer (ATC M), idegrendszer (ATC N, benne antidepresszánsok és nyugtatók) és légzőrendszer (ATC R) gyógyszereinél. A vér és vérbérvőszerek gyógyszereire (ATC B) költött kiadások viszonylag alacsonyak, de a relatív különbség több mint kétszeres a legalsó és legfelső jövedelemhuszad között.

További számításaink azt mutatják, hogy jövedelemegyenlőtlenségek nemcsak a gyógyszerkiadások mértékében vannak jelen, hanem a gyógyszeresedés valószínűségében is, azonban ez az egyenlőtlenség szintén eltér a gyógyszercsoportok között. A gyógyszeresedés valószínűségének becslésekor azt vizsgáljuk, hogy az adott jövedelemhuszadba tartozók szedtek-e az adott gyógyszercsoportba tartozó gyógyszert (igen/nem). Például a kardiovaszkuláris gyógyszerek esetén csak 3 százalékos (0,1 százalékpontos) az eltérés a szedési arányban a legalacsonyabb és a legfelső jövedelemhuszad között, míg a tápcsatorna és anyagcsere gyógyszerei esetében ez a különbség már 18 százalékos (2,6 százalékpontos), a légzőrendszer gyógyszereinél pedig 60 százalékos (6,2 százalékpontos). Tehát összességében a gyógyszeresedés va-

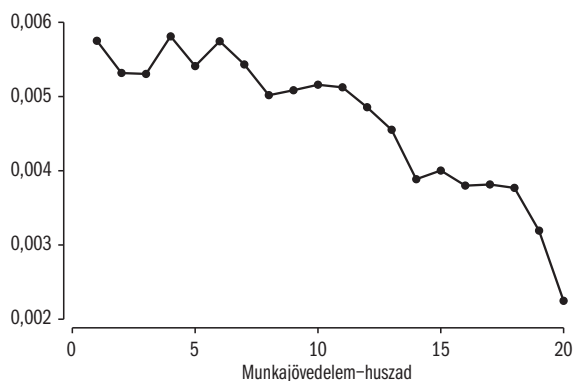


országos szinten 42 százalékos az eltérés a legalacsonyabb és legmagasabb jövedelmi huszad között, a leegyenlőbb Budapesten belül (16 százalékos különbség), míg az ebben a kategóriában leegyenlőtlenebb Dél-Dunántúlon (60 százalékos különbség). A gyógyszerkiadásoknál országos szinten 70 százalékos az eltérés, az ebben a kategóriában leegyenlőbb Közép-Magyarországon (36 százalékos különbség), a leegyenlőtlenebb Észak-Alföldön (107 százalékos különbség). A fekvőbeteg-kiadás országosan 244 százalékkal magasabb a legfelső huszadban, mint a legalsóban, ugyanakkor ez a különbség Budapesten kétszeres, míg a leegyenlőtlenebb Közép-Dunántúlon háromszoros.

### Az egészségi állapot és a munkajövedelem összefüggése

Az általunk használt adminisztratív adatokból nehéz a dolgozó népesség valós egészségi állapotára következtetni. A legegyszerűbben vizsgálható és talán legmegbízhatóbb változó a mortalitás. A 3.1.5. ábra a három éven belüli halálozási valószínűséget mutatja a munkajövedelmi huszad szerint. Látható, hogy összességében a magasabb jövedelműeknek kisebb a halálozási valószínűsége, vagyis feltételezhetően jobb az egészségi állapotuk – a legmagasabb és legalacsonyabb jövedelmi huszad közötti eltérés majdnem háromszoros.

3.1.5. ábra: Három éven belüli halálozás valószínűsége munkajövedelem-huszadok szerint



Forrás: Saját számítás 2009–2017 közötti Admin3 adatok alapján.

### Következtetések

Elemzésünkben összességében megállapítható, hogy bár Magyarországon a társadalombiztosítás által biztosított ellátásokhoz elvileg lakhelytől és jövedelemtől függetlenül mindenki egyformán hozzáfér, jelentősek a különbségek a társadalombiztosítási ellátások igénybevételében az egyes földrajzi régiók és a különböző jövedelmi csoportok között. A dolgozó népesség körében a magasabb munkajövedelműek csoportjai több ellátást vesznek igénybe: nagyobbak a rájuk fordított fekvőbeteg-kiadások, a szakorvosi ellátásukra jutó kiadások

és a gyógyszerkiadások is. Ez a jövedelem szerinti egyenlőtlenség különböző mértékű az ország különböző régióiban. Szintén megállapítható, hogy miközben a magasabb jövedelműek több ellátást vesznek igénybe, egészségesebbek is, például alacsonyabb a mortalitásuk. Ebben az alfejezetben nem vizsgáltuk közvetlenül az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, azonban feltételezhető, hogy az ellátás igénybevételének eltérései a hozzáférés egyenlőtlenségeire vezethetők vissza, amint arra a Közelkép mortalitási és morbiditási egyenlőtlenségekről szóló *2.1. alfejezete* is utal.

### Hivatkozások

- BÍRÓ ANIKÓ–PRINZ DÁNIEL (2020): Healthcare spending inequality: Evidence from Hungarian administrative data. *Health Policy*, Vol. 124. No. 3. 282–290. o.
- FADGYAS-FREYLER PETRA–KORPONAI GYULA (2016): Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár beteghez köthető természetbeni kiadásai a 2015. év során. *IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 15. évf. 99. sz. 6–12. o.
- LUCEVIC, A.–PÉNTEK MÁRTA–KRINGOS, D.–KLAZINGA, N.–GULÁCSI LÁSZLÓ–FERNANDES, Ó. B.–BONCZ IMRE–BAJI PETRA (2019): Unmet medical needs in ambulatory care in Hungary: forgone visits and medications from a representative population survey. *The European Journal of Health Economics*, Vol. 20. No. 1. 71–78.o.
- NAGY BALÁZS (2010): Egy hiányzó láncszem? Forráselosztás a magyar egészségügyben. *Közgazdasági Szemle*, 57. évf. 4. sz. 337–353. o.
- OROSZ ÉVA (1990): Regional inequalities in the Hungarian health system. *Geoforum*, Vol. 21. No. 2. 245–59. o.
- 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>.