

MURAKÖZY BALÁZS

## Miért betegebbek a szegény gyerekek?

Anne Case, Darren Lubotsky és Christina Paxson: Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. *American Economic Review*, vol. 92 no. 5. pp. 1308–1334, 2002

és

Janet Currie és Mark Stabile: Socioeconomic Status and Child Health: Why Is the Relationship Stronger for Older Children? *American Economic Review*, vol. 93 no. 5. pp. 1813–1823, 2003

A legrangosabb közgazdasági folyóiratban megjelent cikkek a gyermek-szegénység és az egészségi állapot összefüggésével foglalkoznak. A kérdés nem csupán önmagáért lényeges, hanem azért is, mert a szegény gyerekek rosszabb egészségi állapota fontos szerepet játszhat a társadalmi egyenlőtlenségek generációk közötti átöröklésében. A rosszabb egészségi állapotú gyermekek felnőtt korukban kevésbé jó állást találnak, és így felnőttként is szegényebbek lesznek. Emellett a közvetlen hatás mellett az is megfigyelhető – mint azt Case és szerzőtársai megmutatják –, hogy a rosszabb egészségi állapotú gyermekek többet hiányoznak az iskolából, és a végzettségük is alacsonyabb lesz, amitől gyengül az oktatás mobilitást segítő szerepe.

A megközelítés elméleti szempontból is érdekes. Miközben régen ismert, hogy a szegényebb emberek egészségi állapota rosszabb, a hatás iránya közel sem egyértelmű. Az alacsony jövedelem várhatóan jelentős hatást gyakorol az egészségre, hiszen ebből például gyengébb minőségű orvosi ellátásra és kevésbé egészséges ételekre telik. A rosszabb egészségi állapot viszont visszahat a jövedelemre, mert a kevésbé egészséges emberek rosszabbul fizetett állást kapnak, és kevesebbet is tudnak dolgozni. Sőt, az is lehet, hogy az alacsonyabb jövedelem és a rosszabb egészségi állapot mögött meghúzódik még valami harmadik ok is, például a genetikai különbségek megléte. Mindezek miatt a jövedelem és az egészségi állapot közötti negatív összefüggésből felnőttek esetében nem lehet az okság irányára vagy a két hatás egymáshoz viszonyított nagyságára következtetni. A gyermekek vizsgálata viszont módot ad erre is: az ő egészségük a fejlett országokban alapvetően nincs hatással a családi jövedelemre, hiszen ők nem dolgoznak. E szerint az érvelés szerint a családi jövedelem és a gyermekek egészsége közötti negatív összefüggés tisztán oksági kapcsolatot jelent: kizárólag azt méri, hogy miként hat a jövedelem az egészségi állapotra.

A szerzők a kérdés megválaszolásához nagyméretű, egyéni lekérdezésen alapuló adatbázisokat használnak. A Case és szerzőtársai által leg többet használt adatbázis az egyesült államokbeli NHIS (National Health Interview Survey), amely közel 230 ezer megfigyelést tartalmaz. Currie és Stabile pedig kanadai NLSCY (National Survey of Children and

## KÖNYVEKRŐL, FOLYÓIRATOKRÓL

Youth) adatbázison végezte el a számításokat. Miközben az utóbbi adatbázis kisebb, nagy előnye, hogy ugyanazoknak a gyermekeknek az adatait ismételten, három alkalommal rögzítették (az ilyen adatbázisokat panel adatbázisoknak nevezzük). Az adatbázis panel jellege lehetőséget ad arra, hogy a szerzők megvizsgálják a gyermekek egészségi állapotának változását is, vagyis hogy milyen mértékben gyógyulnak meg a gyermekek a különböző anyagi helyzetű családokban.

A probléma mértékét jól láthatjuk az 1. ábrán.

1. ábra: A családi jövedelem hatása a gyermekek egészségi állapotára

Case és szerzőtársai (2002), 1311. o.

A vízszintes tengelyen a családi jövedelem logaritmus látható, a függőlegesen pedig a gyermekek egészségi állapota. Az egészségi állapot persze nehezen mérhető. A kutatók által használt mutatót a szülők válaszaiból számították ki, akik öt egészségi kategória egyikébe sorolhatták be gyermeküket, 1 a legjobb, 5 a legrosszabb. Az ábrán látható görbék egy-egy korosztályt jellemeznek.

Az ábrából két rendkívül fontos következtetés vonható le. Egyrészt az alacsonyabb jövedelműek egészségi állapota minden korosztály esetében jelentősen rosszabb, mint a jobb jövedelműeké. Úgy tűnik, ez az összefüggés már a legfiatalabb kortól kezdve fennáll, és nem is nő ki a gyerekek. A másik alapvető következtetés az, hogy a gyermekek idősődésével egyre meredekebbé válik a görbe, vagyis az egyenlőtlenség felerősödik.

A grafikus eredményeket Case és szerzőtársai statisztikai módszerekkel (rangsor probit regresszióval) is ellenőrzik. Ennek során figyelembe veszik azt is, hogy a szülők iskolai végzettsége fontos hatással lehet a gyermekek egészségi állapotára; mindkét szülő iskolai végzettségére kontrollálnak. Az ábrából levont két következtetés statisztikailag is szignifikáns. Ha összehasonlítjuk egy család három évnél fiatalabb gyermekeit egy kétszer akkora jövedelemmel rendelkező család hasonló korú gyermekeivel, akkor a gazdagabb családban felnövő gyermekek 4 százalékkal magasabb valószínűséggel örvendenek nagyon jó vagy kiváló egészséggel, mint szegényebb kortársaik. Ahogy a gyermekek egyre idősebbekké válnak, úgy nő ez a különbség. A 4 és 8 év közötti gyerekeknél

4,9 százalék, a 9 és 12 év közötti gyermekeknél 5,9 százalék, a 12 és 17 év közötti gyerekeknél viszont már 7,2 százalék. A szülők iskolai végzettsége hasonló nagyságrendű hatással van gyermekeik egészségére, a végzettségben jelentkező különbségek hatása azonban nem változik a gyermekek életkorával. Currie és Stabile feltűnően hasonló eredményekre jut a kanadai minta elemzésével, a becsült együtthatók nagysága is meglepően hasonló. Ez a hasonlóság arra utal, hogy az összefüggések viszonylag általánosak, hiszen az Egyesült Államok és Kanada egészségbiztosítási rendszere meglehetősen különbözik. Míg az Egyesült Államokban a magánbiztosítások a meghatározóak, és sok millió embernek egyáltalán nincs egészségbiztosítása, Kanadában alanyi jogon mindenkinek jár egészségbiztosítás.

A jelenség okainak elemzésekor a cikkek leginkább a krónikus betegségekkel foglalkoznak, hiszen a gyermekek egészségi állapotát alapvetően ezek határozzák meg. A krónikus betegségek két módon játszhatnak szerepet az egyenlőtlenség kialakulásában: egyrészt elképzelhető, hogy a szegény gyermekek gyakrabban betegszenek meg, másrészt lehetséges, hogy a beteg szegény gyermekek rosszabb ellátást kapnak. Az adatok megerősítik az első feltevést: a legtöbb krónikus betegség kialakulásának valószínűsége meredeken csökken a jövedelem növekedésével. Ezt mutatja a második ábra három nagyon súlyos betegség, a szívbetegségek, az epilepszia és a szellemi visszamaradottság esetén:

*2. ábra. A jövedelem és néhány nagyon súlyos betegség kialakulásának valószínűsége*

Bal: szívbetegségek, középen: epilepszia, jobb: szellemi visszamaradottság. A vízszintes tengelyen a családi jövedelem logaritmusai, a függőlegesen az adott betegség kialakulásának valószínűsége. (Case és szerzőtársai, 2002, 1317. o.)

A második hipotézis szerint a beteg szegény gyerekek általános egészségi állapota rosszabb, mint a beteg gazdagoké. Case és szerzőtársai eredményei arra utalnak, hogy ez a hipotézis is igaz, sőt ez a második elem fontosabb, mint az első; vagyis a szegény gyermekek gyakoribb megbetegedésénél súlyosabb probléma az, hogy őket rosszabbul tudják ellátni a szülei. Ráadásul az egyenlőtlenség a legsúlyosabb betegségek – az asztma, a cukorbetegség és az epilepszia – esetében a legnagyobb. Az is látható, hogy ez a hatás erősebb az idősebb gyermekek esetében. Currie és Stabile – a kanadai adatbázis panel jellegéből adódóan – azt is meg tudják vizsgálni, hogy egy korábbi (négy évvel azelőtti) megbetegedés milyen hatással van a gyermekek aktuális egészségi állapotára. Az eredmények arra utalnak, hogy a négy évvel korábbi krónikus betegségek

hatással vannak a gyermekek aktuális egészségi állapotára, de a hatás mértéke ugyanakkora a szegényebb és a gazdagabb gyerekek esetében.

Vagyis mindkét cikk igazolja azt a hipotézist, hogy a krónikus betegségek fontos szerepet játszanak a gyermekek egészségi állapotának egyenlőtlenségében. Arra is következtethetünk, hogy a szegényebb gyermekek nagyobb valószínűséggel betegednek meg. Case és szerzőtársai eredményei arra utalnak, hogy egy-egy betegség a kialakulásakor jobban megviseli a szegény gyermekeket, de a kanadai adatok alapján pár év alatt a szegény gyerekek állapota ugyanolyan jó lesz, mint az ugyanabban a betegségben megbetegedett gazdagabb sorstársaiké.

Csupán abból, hogy a családi jövedelem és a gyermekek egészsége közötti kapcsolat pozitív, nem következik az, hogy maga a jövedelem hat az egészségi állapotra. Elképzelhető, hogy valamilyen harmadik ok húzódik meg az összefüggés mögött, amely mindkét változóra hat. Ezért Case és szerzőtársai gondosan megvizsgálják a lehetséges további mögöttes okokat. A fő következtetés az, hogy ezek a faktorok is hatással vannak a gyermekek egészségi állapotára, de figyelembevételük esetén is megmarad a szignifikáns kapcsolat. Az egyik „harmadik tényező” az lehet, hogy a szegényebb családok gyermekei már a születésükkor kevésbé egészségesek (például mert a szegényebb anyák gyakrabban dohányoznak, vagy mert a szülés előtt gyengébb ellátást kapnak), és ezt a hátrányukat viszik tovább későbbiekben is. A szerzők által felhasznált adatbázisban vannak olyan változók, amelyek a gyermekek születéskori egészségét jellemzik, ilyen például a születési súly. A születési súly mint kiindulópont nem változtatja meg a jövedelemmel kapcsolatos eredményeket. A szerzők hasonló eredményre jutnak a szülők egészségi állapota, a család egészségbiztosítása és az anya munkavállalása, sőt, a genetikai tényezők kapcsán is.

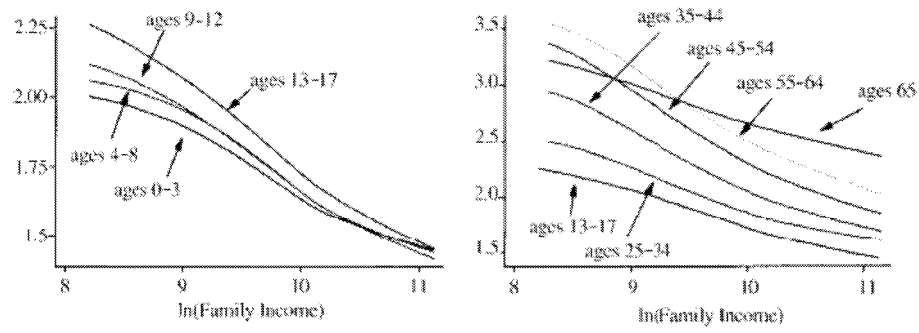
Az ismertetett cikkek a korábbi szakirodalomnál sokkal részletesebben és – a rendkívül gazdag adatbázisnak és a precíz elemzésnek köszönhetően – pontosabban jellemzik a társadalmi egyenlőtlenségek átöröklődésének egy eddig keveset elemzett csatornáját. A szerzők eredményei (és az általuk generált további kutatás) nem csupán elméleti szempontból fontosak. A pontos mechanizmus ismerete sokat segíthet azoknak a pontoknak a megtalálásában, ahol a szociálpolitika hatékonyan tud beavatkozni a szegény gyermekek egészségének védelmében. A legfontosabb üzenet a beavatkozás szükségessége a szegény gyermekek egészsége védelmében. Az elemzés ugyanakkor kiemel egy konkrétumot is: ez a krónikus betegségek kialakulása elleni küzdelem.

A cikk számos kérdést hagy megválaszolatlanul, és sok új kérdést vet fel. Egyáltalán nem világos az a mechanizmus, amely a megfigyelt kapcsolat mögött áll. A szerzők számos potenciális változóra kontrolláltak (szülők egészségi állapota, iskolai végzettsége és egészségbiztosítása), és a jövedelem-egészség kapcsolat mindig megmaradt. Nem tudjuk azt sem, hogy mi a helyzet más országokban – könnyen lehet, hogy Magyarországon eltérő alakú vagy mértékű az összefüggés, vagy más magyarázatok húzódnak meg mögötte, mint az Egyesült Államokban. Ezért más országokban is fontos lenne, hogy minél részletesebb vizsgálatokat végezzenek ezeknek az összefüggéseknek feltárására. Ennek előfeltétele a

*Muraközy: Miért betegbbek a szegény gyerekek?*

lehető legjobb adatbázisok előállítása – igaz nem reménykedhetünk abban, hogy belátható időn belül mi is olyan minőségű adatokkal fogunk rendelkezni, mint az ismertett cikk szerzői.

1. ábra



2. ábra

