

5.

HALANDÓSÁGI KÜLÖNBSÉGEK

Kovács Katalin–Őri Péter

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- A magyarországi halandóság történeti távlatban is kedvezőtlen volt nyugat- vagy észak-európai összehasonlításban, de ez a hátrány az 1960-as évekig jelentősen csökkent. Ezt követően a lemaradás újra nőtt, a kilencvenes évek elején pedig a rendszerváltás hatására a halandóság különösen nagymértékben romlott.
- A mélypont 1992 és 1994 közé esett, amikor a rendszerváltás gazdasági-társadalmi hatásai a legsúlyosabbak voltak (munkanélküliség, infláció). Az 1990-es évek végétől eleinte gyorsabb, majd lassú javulás tapasztalható.
- Jelenleg mind a férfiak, mind a nők halandósága igen magasnak tekinthető nemzetközi összehasonlításban. Ma már ez nemcsak az észak-, nyugat-, vagy dél-európai országokhoz képest igaz, hanem a kelet-közép-európai régióon belül

is. A férfiak halandósága – a volt Szovjetunió utódállamait leszámítva – Magyarországon a legmagasabb, a nőké a cseh–lengyel és a bolgár–román szint között van. Korcsoportok és nemek tekintetében a középkorú férfiak halandósága a legkedvezőtlenebb.

- Az országban belül különösen az északi, észak-keleti és a dél-dunántúli megyékben kedvezőtlen a halandóság szintje.
- Magyarországon jelentősek az iskolai végzettség szerinti halandósági differenciák, és a rendszerváltás óta tovább mélyültek.
- A legkedvezőtlenebb társadalmi státusú rétegek hátránya az egészségi állapot és a halandóság terén fokozódik. Különösen nagy a leszakadó, marginalizálódó társadalmi csoportok halandósága és hátrányuk a társadalom többi csoportjához képest nő.
- A rendszerváltást követő halandósági krízis elsősorban a férfiakat és főleg az alacsony társadalmi státusú rétegeket sújtotta. Az utóbbiak relatív helyzete azóta tovább romlott. A halandóság társadalmi különbségeinek növekedése a férfiaknál egyébként hosszabb életre számító nőknél még erőteljesebb.
- A halandóság társadalmi helyzet szerinti különbségei különösen a volt szocialista országokban nagyok, Magyarország ezen belül is kirívó esetnek számít.
- A halandóság általános szintjének csökkentése nem lehetséges a társadalmi egyenlőtlenségek következtében kialakult halandósági különbségek mérséklése nélkül.

VISSZAPILLANTÁS ÉS KITEKINTÉS

Magyarországon a fejlett Európához képest történeti távlatban is kedvezőtlenül alakult a halandóság, és relatív helyzetünk sem a várható élettartam, sem az egészségesen várható élettartam tekintetében nem javult. Fontos azonban megjegyezni, hogy hátrányunk az 1960-as évekig jelentősen csökkent. Míg a 20. század elején kb. 7, illetve 9 év volt az élettartam tekintetében az európai átlagtól való elmaradásunk (férfiak és nők halandóságát külön vizsgálva), addig 1960-ra ez a különbség fél-, illetve egy évre zsugorodott. Azt követően viszont – a többi szocialista országhoz hasonlóan – a férfiak halandósága romlani kezdett, a nőké pedig csak igen lassan javult, illetve stagnált. A jelenség hátterében a középkorú férfiak halandóságának példátlan mértékű romlása állt. Magyarországon hosszú ideig nem következett be a Nyugat-Európában a hetvenes évektől megfigyelt halandóság-javulás. Ennek következtében a rendszerváltás körüli években a születéskor várható élettartam Magyarországon az európai átlagtól már 6,4 illetve 4,8 évvel, a szomszédos Ausztriától pedig 7,3 illetve 5,3 évvel maradt el (1. és 2. ábra).

A magyarországi férfiak életkilátásai 1970-ben¹ még nem voltak különösképpen kedvezőtlenek (66,4 év). Bár például az Egyesült Királyságban, Olaszországban vagy Bulgáriában ez az érték már akkor is elérte a 68–69 évet, sok más európai országban a nálunk tapasztalt szinten állt, és csak néhány országban (például a mai Lettországon vagy Oroszországon) volt ennél 1–3 évvel alacsonyabb.

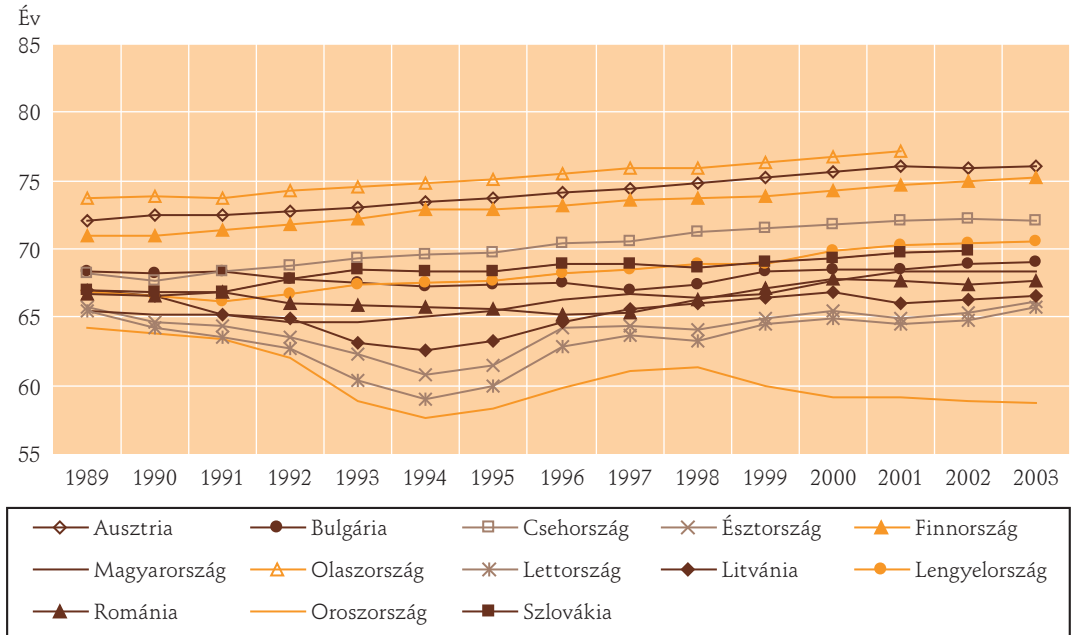
A magyar férfiak várható élettartama az 1970-et követő másfél évtized alatt másfél évvel csökkent. A nyolcvanas évek második felét javuló tendencia (1 évnyi javulás) jellemezte, amelynek eredményeit a kilencvenes évek elején bekövetkezett halálozási válság felemésztette. A magyar férfiak születéskor várható élettartama ekkor 65 év alá süllyedt. A javulás 1994 után indult meg, és azóta lassú, de töretlen. Ma a magyar férfiak 68 év feletti élethosszra számíthatnak.

A várható élettartam átmeneti csökkenése számos országban bekövetkezett, bár nem egyforma mértékben és időpontban. A hazaihoz hasonló utat járt be a lett, valamint a litván férfiak jóval magasabb szintről induló várható élettartama. 1993–94-ben különösen súlyos halálozási krízis következett be a három balti országban: a férfiak várható élettartama 60 és 63 év körüli értékre zuhant. Esetükben azonban a mélypontot dinamikus fejlődés követte, és ma már a férfiak várható élettartama mindhárom ország esetében 65 év fölött van. A halálozási válság különösen súlyos volt azonban Oroszország esetében. Romániában a férfiak várható élettartama 1970 és 1990 között – ezen belül elsősorban a nyolcvanas évek során – szintén csökkent, a mélypont 1996–97-ben volt, amelyet lassú javulás követett.

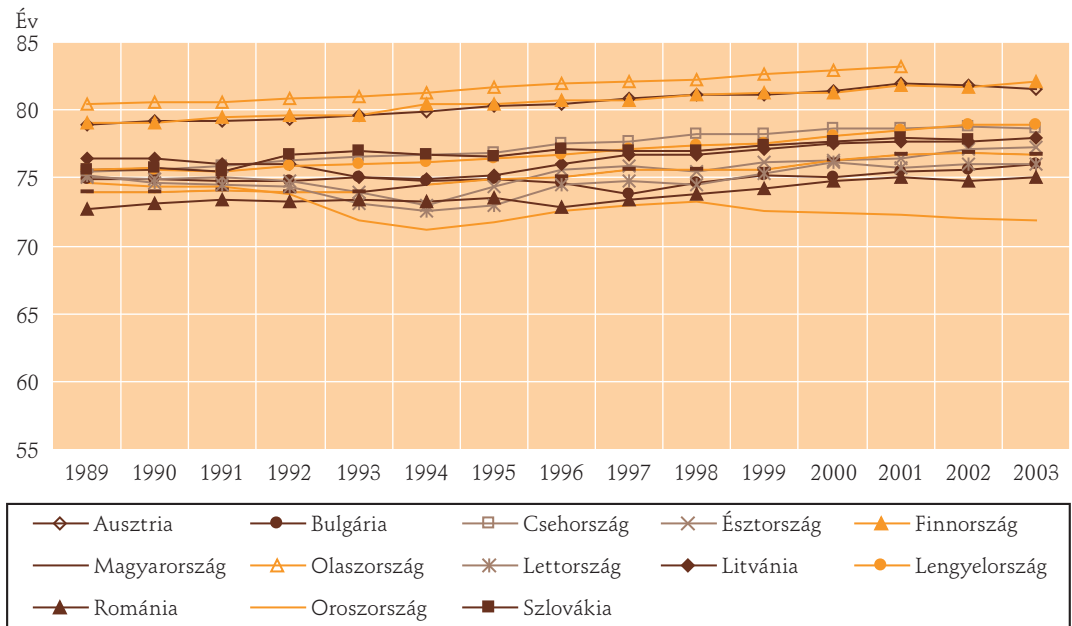
Csehországban és Lengyelországban nem esett vissza a férfiak születéskor várható élettartama az 1970-es és 1980-as években, 67 év körül stagnált, és az 1990-es évek elején sem történt számottevő romlás. 1991-től a férfiak életkilátásai mindkét országban javultak, Csehországban jóval dinamikusabban, megközelítve a 74 évet, míg a lengyel érték 71 év körül alakult. Szlovákiában a lengyelországihoz hasonló volt a fejlődés, bár 1990 környékén kisebb mortalitási válság következett be: a várható élettartam közel egy évvel csökkent.

¹ 1970 az első olyan év, amelyre nézve részletes, összehasonlítható nemzetközi adatokkal rendelkezünk.

1. ábra. A férfiak születéskor várható élettartamának alakulása néhány európai országban, 1989–2003

Forrás: <http://data.euro.who.int/hfad/>

2. ábra. A nők születéskor várható élettartamának alakulása néhány európai országban, 1989–2003

Forrás: <http://data.euro.who.int/hfad/>

Európa nyugati, déli és északi országaiban a férfiak várható élettartama 1970 óta megszakítás nélkül és országonként eltérő ütemben, de dinamikusan nő, a 2000-es évek közepén 76 és 78 év között alakult (1. ábra).

Magyarországon – a férfiak köztudottan magas halálzásának problémája mellett – indokolatlanul kevés figyelem irányult a női halálzásra. 1970-ben a nők születéskor várható élettartama egymáshoz közel, 73 és 75 év között járt az európai országokban. Az ábrán bemutatott országok között mindössze két kivétel akad, a magyar nők

72 éves, illetve a román nők 70 éves várható élettartama. A nyolcvanas évek során az igen rövid női élettartamú országokhoz csatlakozott Oroszország is.

A kilencvenes évek elején a balti országokban és Oroszországban a halálzás válság a nők körében is nagymértékben csökkentette az életkilátásokat. Később Bulgáriában is visszaesés következett be a női élettartamot tekintve. Oroszország kivételével a volt szocialista országok mindegyikében megindult a női életkilátások javulása, elérve a 76–78 évet Romániában, Bulgáriában, Lettország-

1. táblázat. A főbb halálzás mutatók alakulása Magyarországon 1990 és 2008 között

	Férfiak			Nők			Együtt		
	Halálzások száma	Nyers halálzásási ráta (1000 főre)	Várható élettartam	Halálzások száma	Nyers halálzásási ráta (1000 főre)	Várható élettartam	Nyers halálzásási ráta	Standardizált halálzásási ráta (a)	Standardizált halálzásási ráta (b)
1990	76 936	15,5	65,13	68 724	12,8	73,71	14,1	14,0	12,6
1991	76 762	15,5	65,02	68 051	12,6	73,83	14,0	13,9	..
1992	79 633	16,1	64,55	69 148	12,9	73,73	14,4	14,2	..
1993	80 498	16,3	64,53	69 746	13,0	73,81	14,6	14,3	..
1994	78 654	16,0	64,84	68 235	12,8	73,23	14,3	13,8	..
1995	77 344	15,8	65,25	68 087	12,8	74,50	14,2	13,6	..
1996	74 827	15,4	66,06	68 303	12,8	74,70	14,0	13,3	..
1997	73 278	15,1	66,35	66 156	12,5	75,08	13,7	13,0	..
1998	74 300	15,4	66,14	66 570	12,6	75,18	13,9	13,1	..
1999	74 641	15,5	66,32	68 569	13,0	75,13	14,2	13,2	..
2000	70 475	14,5	67,11	65 126	12,2	75,59	13,5	12,4	10,7
2001	68 389	14,1	68,15	63 794	11,9	76,46	13,0	11,4	10,4
2002	68 837	14,3	68,26	63 996	12,0	76,56	13,1	11,4	10,3
2003	70 016	14,6	68,29	65 807	12,4	76,53	13,4	11,6	10,5
2004	68 381	14,3	68,59	64 111	12,1	76,91	13,1	11,2	10,1
2005	69 781	14,6	68,56	65 951	12,4	76,93	13,5	11,2	10,2
2006	67 851	14,2	69,03	63 752	12,1	77,35	13,1	10,7	9,7
2007	68 241	14,3	69,19	64 697	12,2	77,34	13,2	10,7	9,6
2008	66 269	13,9	69,79	63 758	12,1	77,76	13,0	10,3	9,3

(a) Az 1990. évi magyar népesség kormegoszlására standardizált halálzásási ráta

(b) Az európai népesség kormegoszlására standardizált halálzásási ráta

ban, Litvániában, Észtországban, Magyarországon és Szlovákiában, illetve a 79 éves Lengyelországban és Csehországban. Ezzel szemben a nyugati országokban, ahol a női várható élettartam alakulásában nem voltak visszaesések, a 2000-es évek közepén 82–84 évre nőtt ez az érték (2. ábra).

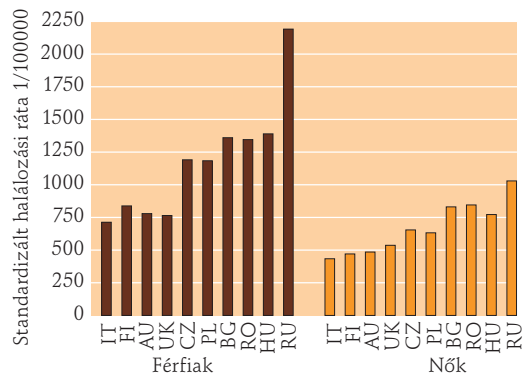
A magyarországi tendenciákat részletebben vizsgálva, a rendszerváltás óta a várható élettartam 1992 és 1995 között 65 év alá csökkent, 1997-re érve csak el az 1989-es év szintjét, azóta pedig lassú javulás jellemzi. Hasonló tendenciát mutat a halálozási viszonyok várható élettartam mellett másik használatos mutatószáma, a *standardizált halálozási ráta*^F alakulása is. A népesség gyors ütemű öregedése miatt a nyers halálozási ráták nem tükrözik megfelelően a halandósági viszonyok alakulását (1. táblázat). A standardizált ráták azonban – a várható élettartam alakulásával összhangban – 2000 és 2008 között a halandóság jelentős javulását jelzik. A különböző standardizációs technikák nyújtotta eredmény kismértékben eltérő – a javulás ténye azonban vitathatatlan, mértéke pedig 10 és 15% közöttire tehető ebben az időszakban.

A jelentős javulás ellenére a magyarországi mortalitás a legutóbbi években is magas maradt, nem csak európai, hanem régiós összehasonlításban is (3. ábra).

Helyzetünk legutóbbi években való alakulását tekintve, a 2005–07-es években szűkebb régióinkban a magyar férfi halandóság a legmagasabbnak bizonyul, bár csak kismértékben különbözik a bolgár és a román férfi halandóságától. A Csehországban és a Lengyelországban élő férfiak mortalitása mintegy 10%-kal alacsonyabb. A magyar, bolgár és román férfiak halandósága közel kétszer olyan magas, mint a nyugat-európai, illetve dél-európai országokban élő férfiaké, igaz, jóval alacsonyabb, mint az orosz férfiaké.

A nők halandósága tekintetében a helyzet a legutóbbi években valamivel kedvezőbbnek tűnik, bár a magyar nők halandósága is magasabb, mint a régió kedvezőbb helyzetű országaiban (Csehország, Lengyelország) lakó asszonyoké. A magyar nők halandósága a lengyel–cseh, illetve a román–bolgár értékek között helyezkedik el, amely az olasz nőknél közel 80%-kal, az osztrák nőkre jellemzőnél pedig közel 60%-kal magasabb mortalitási szintet jelent.

3. ábra. Standardizált halálozási ráta néhány európai országban, 2005–2007



IT	Olaszország	PL	Lengyelország
FI	Finnország	BG	Bulgária
AU	Ausztria	RO	Románia
UK	Egyesült Királyság	HU	Magyarország
CZ	Csehország	RU	Oroszország

KOR-SPECIFIKUS HALANDÓSÁG

A halandóság életkor szerinti szintjeit nem a várható élettartam, hanem a mortalitás másik mutatószáma, a halálozások 100 000 (hasonló életkorú) főre jutó száma alapján mutatjuk be. Ezek a kor-specifikus halálozási arányszámok, vagy ráták (2. táblázat).

A táblázatból kitűnik, hogy az uniós országok közötti kedvezőtlen helyzetünk mindkét nemre és minden vizsgált korcsoportra vonatkozik. A csecsemőhalandóságot

tekintve helyzetünk rosszabb nemcsak a nyugat- vagy dél-európai országokénál, hanem Csehországnál is. Itt Lengyelországgal állunk egy szinten, jóval megelőzve a dél-kelet-európai poszt-szocialista országokat, vagy Lettországot. Ugyanakkor nem lehet elfeledkezni arról, hogy a csecsemőhalandóság javulása valódi sikertörténet volt a 20. század folyamán. Napjainkig ez az egyetlen korcsoport, ahol a halandóság folyamatosan csökkent, az 1980-as és 1990-es években például a korábbi érték közel felére.

A gyermekek és a fiatal felnőttek (1–44 évesek) halandósága terén relatív helyzetünk kedvezőtlenebb, de nem rosszabb Bulgáriáénál vagy Romániáénál (és a férfiak esetében Lengyelországnál). A 45–64 éves korcsoportban változik a kép: mind a férfiak, mind a nők halandósága magasabb nemcsak a lengyel, hanem a bolgár vagy a román szintnél is. Jól látható, hogy a regionálisan is kedvezőtlen halandósági szintünk elsősorban a középkorúak igen magas halandóságának tulajdonítható, és ez nemcsak a férfiakra, hanem a nőkre is jellemző.

A 65 éven felüli nők relatív helyzete kicsit kedvezőbb, halálózási rátájuk alacsonyabb, mint a román vagy bolgár megfelelő korcsoportoké, a férfiaké viszont ebben a korcsoportban is igen magas: csak az orosz és bolgár szintnél alacsonyabb.

REGIONÁLIS HALANDÓSÁGI KÜLÖNBSÉGEK MAGYARORSZÁGON

Miközben Magyarország átlagos halandósági viszonyait tekintve egyre inkább leszakad a nyugat-európai, illetve a jobban teljesítő régiós országoktól, az országon belül növekednek a halandósági különbségek. Míg a férfiakat és a nőket együtt tekintve 1990-ben a legjobb és legrosszabb halandóságú megye között 2,8 év, addig 2005-ben már 3,8 év különbség mutatkozott a várható élettartamban, Budapest népessége – a városon belüli jelentős egyenlőtlenségek ellenére – hosszú ideje jóval kedvezőbb életkilátásokkal rendelke-

2. táblázat. Kor-specifikus mortalitási ráták néhány európai országban, 2005 és 2007 között

	1 éven aluliak		1–44 évesek		45–64 évesek		65+	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
	100 000 megfelelő korú és nemű lakosra jutó halálozás, fő							
Olaszország	410	324	65	44	526	273	4459	2820
Finnország	309	229	99	42	795	341	4894	3009
Ausztria	403	323	70	30	664	330	4618	3099
Egyesült Királyság	545	442	76	40	595	381	4604	4690
Csehország	387	265	90	40	1012	437	6145	4168
Lengyelország	679	539	137	46	1383	519	6478	4007
Bulgária*	1458	1233	146	68	1499	605	8093	6004
Románia	1351	1060	141	61	1460	599	6975	5089
Magyarország	724	548	142	63	1803	685	7470	4876
Oroszország	1847	1369	1530	940	1667	940	1814	1325

* 2002.

3. táblázat. A születéskor várható élettartam megyénként és település-típusonként

	Születéskor várható élettartam		
	1990	2000	2005
<i>Megyék</i>			
Borsod-Abaúj-Zemplén	68,1	70,2	70,2
Szabolcs-Szatmár	68,3	70,0	71,3
Nógrád	69,4	70,7	72,2
Somogy	69,2	70,7	72,0
Komárom-Esztergom	68,4	70,7	72,0
Heves	70,2	71,4	72,2
Jász-Nagykun-Szolnok	69,4	71,2	72,0
Hajdú-Bihar	69,7	71,3	72,6
Bács-Kiskun	68,7	70,8	72,3
Baranya	69,2	71,2	72,8
Békés	70,1	71,4	72,4
Pest*	68,6	71,0	73,1
Vas	70,0	71,9	73,1
Csongrád	70,1	71,5	73,0
Tolna	69,6	71,0	73,1
Fejér	69,5	72,2	73,0
Veszprém	70,6	71,9	73,3
Zala	70,2	71,9	73,4
Győr-Sopron	70,9	72,6	74,0
<i>Településtípusok</i>			
Budapest	70,1	72,3	74,1
Város	69,9	71,7	73,0
Község	68,6	70,5	71,6

* Budapesttel együtt.

Forrás: Klinger A.: „A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI század elején”, *Demográfia*, 2007/2–3.

zik, mint az ország más városaiban élők, különösképpen pedig a falvaiban élők. A többi városhoz képest az 1990. évi 0,2 évről 2005-re 1,1 évre nőtt a főváros előnye, a falvakhoz viszonyítva pedig 1,5 évről 2,5 évre (3. táblázat).

A rendszerváltozás óta minden területi egységben emelkedtek a születéskor várható

élettartamok. Az egyes megyék relatív helyzetében azonban sok a változás. Jól körülhatárolható a „vesztesek”, illetve a „nyertesek” tábora. Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár, Nógrád, Somogy, Komárom-Esztergom, Heves és Jász-Nagykun-Szolnok megyében a halandóság szintje ma magasabb az országos átlagnál. Többnyire a relatív helyzet romlása áll e mögött, esetleg stagnálás, mint Somogy esetében, vagy a relatív helyzet javulása, mint Komárom-Esztergom megyében. Budapest halandósági helyzete, mint már említettük, messze jobb az országos átlagnál. Jelentős Pest, Csongrád és Bács-Kiskun megyék helyzetének javulása, és a dunántúli megyék többségének is fennmaradt viszonylag kedvező helyzete. A területi differenciák mögött a halandóság társadalmi különbségei állnak, tehát a regionális különbségek az egyes megyék népességének összetételében, a lokális munkalehetőségekben, az életszínvonalban, az infrastrukturális és egészségügyi intézményi ellátottságban fennálló különbségeket, illetve az ezekhez társuló halandósági különbségeket tükrözik.

TÁRSADALMI KÜLÖNBSÉGEK A HALÁLOZÁSBAN ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTBAN

A társadalmi helyzet egyik legfontosabb meghatározója – különösen az utóbbi évtizedek Magyarországon – az iskolai végzettség. Az iskolai végzettség szerinti különbségek a halálkozásban, valamint az egészségi állapotban egyrésztől közvetlenül az iskolai végzettséghez kapcsolódnak. A tudás ugyanis magában foglalhatja az egészséggel, a betegségek korai felismerésével és menedzselésével és az egészségügyi rendszerben való eligazodással kapcsolatos

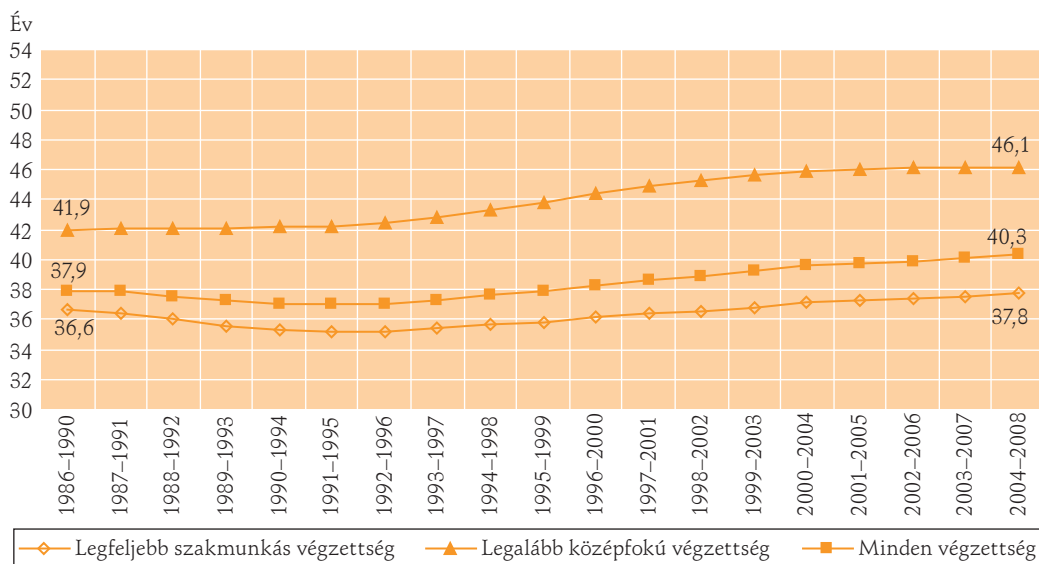
ismereteket is. Az iskolai végzettség más részről közvetetten – például a magasabb iskolai végzettséghez nagyobb eséllyel kapcsolódó magasabb jövedelmen, illetve a könnyebb, egészségre kevésbé káros munkavégzésen keresztül – hat az egészségre.

Magyarországon a rendszerváltozás környékén a legalább középfokú végzettségű, azaz érettségivel rendelkező férfiak 30 éves korban várható élettartama 5,5 évvel volt hosszabb az ennél alacsonyabb végzettséggel rendelkezőkénél. A rendszerváltozást követő halálozási válság idején a magasabb végzettségű férfiak életkilátásai stagnáltak, az alacsonyabb végzettségűeké viszont romlottak, így a köztük lévő különbség növekedett, a kilencvenes évek során elérte a 8,5 évet. A kilencvenes évek második felében az életkilátások minden iskolai végzettség szerinti csoportban növekedni kezdtek, a különbségek azonban fennmaradtak. A magasabb iskolai végzettségűek életkilátásai a 2000-es évek során inkább

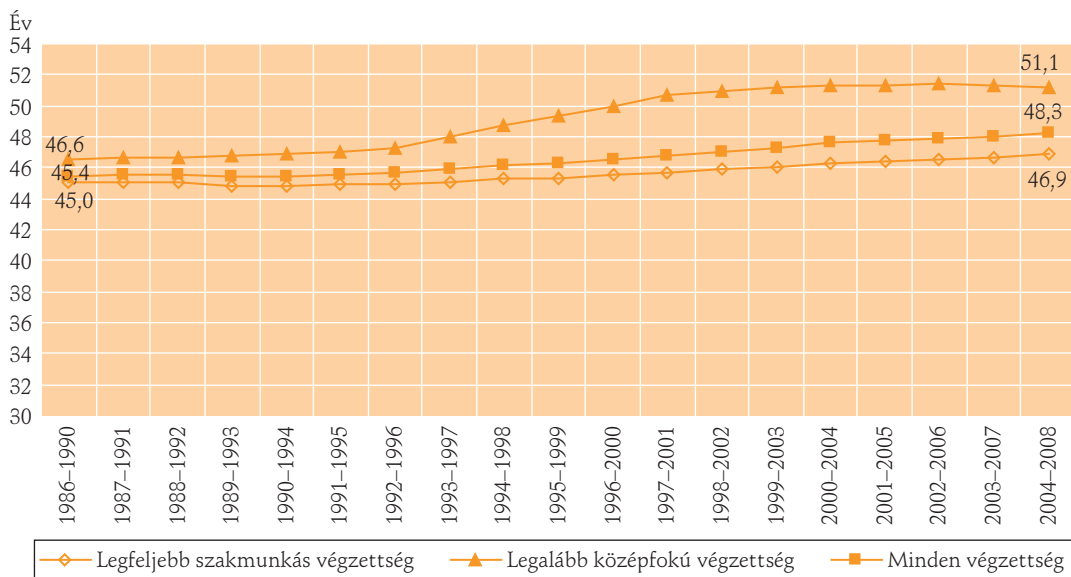
stagnálni látszanak, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek között lassan növekednek. Az életkilátásokban mutatkozó különbségek a 2000-es évek közepén így 8 évet tesznek ki (4. ábra).

A nők várható élettartamában a rendszerváltás körül 2 évnyi különbség mutatkozott a magasabb és az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportok között. A halálozási krízis során az alacsonyabb iskolai végzettségű nők halandósága nem javult, míg a magasabb végzettségűeké mérséklődött. A kilencvenes évek második felében megindult ugyan a várható élettartam javulása az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportban is, de jóval lassabban, mint a magasabb végzettségűek körében. A 30 éves korban várható élettartam tekintetében 5 évre emelkedett közöttük a különbség. A 2000-es években a magasabb iskolai végzettségűek csoportjában a javulás megállt, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében folytatódott. A különbségek így 4,2 évre mérséklődtek (5. ábra).

4. ábra. A férfiak 30 éves korban várható élettartama iskolai végzettség szerint, 1986–2008 (négyéves mozgóátlagok)



5. ábra. A nők 30 éves korban várható élettartama iskolai végzettség szerint, 1986–2008 (négyéves mozgóátlagok)



Forrás: Habcsek-Kovács, 2007

4. táblázat. Standardizált halálózási hányadosok társadalmi-foglalkozási csoportok szerint, %

	Foglalkozási csoport				
	Mezőgazdasági fizikai	Nem mezőgazdasági fizikai	Szellemi	Teljes férfi illetve női népesség	Fizikai a szellemi %-ában
	Standardizált halálózási hányados				
	Férfiak				
1989/90	103	104	83	100	125
2000/01	110	106	69	100	157
2004/05	164	107	59	100	196
	Nők				
1989/90	98	102	94	100	107
2000/01	105	103	79	100	132
2004/05	158	104	68	100	159

Forrás: Klinger, 2007

A 2000-es évek során a 30 évesnél idősebb férfiak és nők között létszámát és népességbeli arányát tekintve egyaránt nőtt a magasabb iskolai végzettségűek csoportja, amely ezáltal kevésbé szelektált társadalmi csoporttá vált. Várható élettartamuk stagnálását elsősorban ezzel magyarázhatjuk.

Az iskolai végzettség szerint mutakozó halandósági különbségek azonban továbbra is nagyok, és nemzetközi összehasonlításban is kimagaslónak tekinthetők.

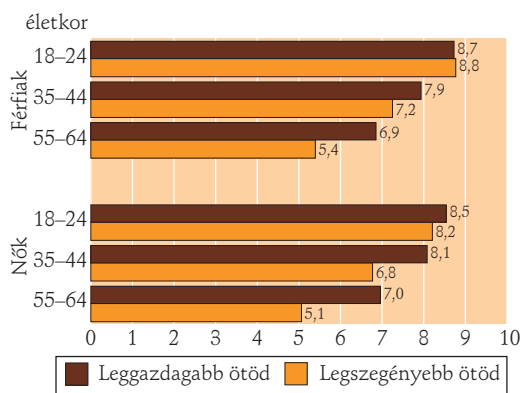
A társadalmi helyzet másik fontos dimenziója a foglalkozás. A foglalkozás szerinti társadalmi különbségeket a standardizált

halálozási ráták^F országos átlaghoz viszonyított nagyságával (*standardizált halálozási hányados*^F) mutatjuk be. A mezőgazdasági fizikai, az egyéb fizikai, illetve a szellemi munkát végzők csoportját megkülönböztetve látható, hogy 1990 környékén a fizikai foglalkozásuk halálozása csupán 25 százalékkal volt magasabb, mint a szellemi foglalkozásuké, ám 2005-ben már közel 100 százalékkal. A halandósági különbségek növekedése mellett a mezőgazdasági fizikaiak helyzetének alakulása arra is felhívja a figyelmet, hogy egyes – különösen a kis és csökkenő létszámú, marginalizálódó csoportok – egészségi állapotukat, életkilátásaikat tekintve is „marginalizálódnak”. A mezőgazdasági fizikai dolgozók halálozása 2004/05-ben mind a férfiak, mind a nők körében már mintegy 50 százalékkal haladta meg a többi fizikai dolgozó egyébként is magas halálozási szintjét.

A társadalmi pozíció más fontos dimenziói szerint nem rendelkezünk halálozási adatokkal, a szubjektív egészségértékelésben mutatkozó különbségek azonban kérdőíves adatfelvételek alapján jól ismertek. Az *egészségi állapot*^F iskolai végzettség és jövedelem szerint hasonló társadalmi különbségeket mutat, mint a halandóság. Ha jövedelmi különbségek szerint vizsgáljuk az egészségi állapot alakulását, azt találjuk, hogy a szegényebbek lényegesen rosszabbnak értékelik egészségi állapotukat, mint a jólétben élők. Ugyanakkor az is szembeötlő, hogy ezek a különbségek az életút során fokozatosan alakulnak ki. A felnőttek körében az egészségi állapot értékelésében mutatkozó jövedelem szerinti különbségek jelentéktelenek. A 35–44 éves nők esetében – az egészséget 11 fokú skálán értékelve – 0,7 pont, a férfiak között pedig 1,3 pont a különbség a népesség legszegényebb és leggazdagabb ötöde között.

Ez a távolság az 55–64 évesek esetében 1,5 illetve közel 2 pont (6. ábra). Idősebb korban a különbségek valamelyest kisebbek, de mindvégig fennmaradnak. A különbségek alakulása nyilvánvalóan kapcsolatban áll a szegénység okozta egészségi ártalmak összegződésével, hiszen a felmérésünk időpontjában szegények nagyobb eséllyel (bár nem feltétlenül) szegények voltak életük korábbi szakaszaiban is. Összességében azonban a középkorúak között a népesség legszegényebb ötöde – egészségi állapotát tekintve – mintegy húsz évvel „idősebb”, mint a népesség legjobb anyagi körülmények között élő ötöde.

6. ábra. Az egészségi állapot értékelése jövedelem szerint, 2001 (0–10-es skálán)

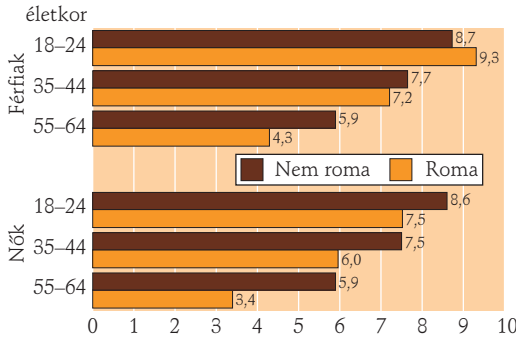


Forrás: NKI Életünk fordulópontjai demográfiai adatfelvétel, 2001. Saját számítás.

A roma népesség iskolai végzettségbeli, munkaerő-piaci és jövedelmi hátrányai az egészségi állapot értékelésében is megjelennek. A 18–24 éves roma férfiak még jobbnak értékelik egészségi állapotukat, mint a nem romák (7. ábra). A 35–44 éves férfiak között már megjelenik a romák hátránya, de ez viszonylag kicsi. Az idősebb – itt az 55–64 éves – korcsoport esetében azonban igen jelentős az egyenlőtlenség.

A roma nők már a fiatal korosztályokban is kedvezőtlenebbnek látják egészségi állapotukat: a 18–24 évesek egészségértékelése több mint egy ponttal alacsonyabb, mint nem roma kortársaiké. Az 55–64 éves korosztályban pedig ez a különbség 2,5 pontra nő.

7. ábra. Az egészségi állapot értékelése etnikai hovatartozás szerint, 2001 (0–10-es skálán)

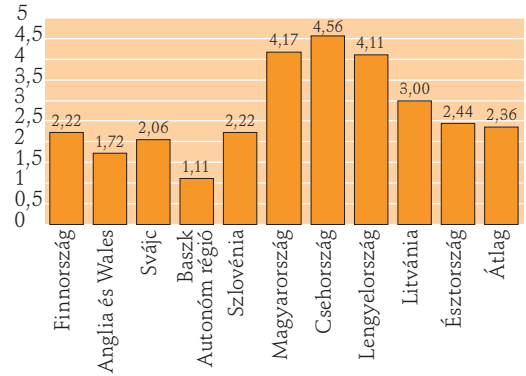


Forrás: NKI Életünk fordulópontjai demográfiai adatfelvétel, 2001. Saját számítás.

AZ ÉLETESÉLYEK TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGE NEMZETKÖZI ÖSSZEHOSONLÍTÁSBAN

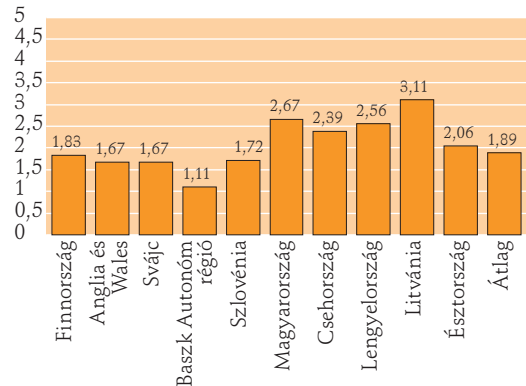
A halandósági egyenlőtlenségek nemzetközi vizsgálata számos nehézségbe ütközik. Az egyes társadalmi csoportok helyzete leginkább az iskolai végzettség dimenziója szerint hasonlítható össze. A magasabb és az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportok egymáshoz viszonyított létszámának országokénti eltérései miatt – a különböző csoportokhoz tartozó halandósági szintek mellett – az összehasonlítás során ezt figyelembe vevő indexet kell alkalmaznunk. A legutóbbi átfogó európai vizsgálat a legalább érettségizettek és az ennél alacsonyabb végzettségűek halandósága közötti különbségeket hasonlította össze az ún. *relatív egyenlőtlenségi index*^F alapján (8. és 9. ábra).

8. ábra. A férfiak relatív egyenlőtlenségi indexe európai népességekben, 2000 körül



Forrás: http://survey.erasmusmc.nl/eurothine_final_report_complete.zip

9. ábra. A nők relatív egyenlőtlenségi indexe európai népességekben, 2000 körül



Forrás: http://survey.erasmusmc.nl/eurothine_final_report_complete.zip

Mind a férfiak, mind pedig a nők esetében a nagy halandósági különbségek, akárcsak a magas halandóság, „rendszer-specifikusnak” bizonyultak: Európában a volt szocialista országokra jellemzőek. Magyarország ezen az ország-csoporton belül is átlag feletti egyenlőtlenségeket mutat. A rendkívül kedvezőtlen magyarországi halandóság tehát csak a halandósági különbségek csökkentésével, vagy más megközelítésben a társadalmi különbségek mérséklésével javítható.

EPIDEMIOLOGIAI ÁTMENET

Az emberiség modernkori történetének egyik legjelentősebb vonása a megbetegedési (morbiditási) és halandósági (mortalitási) minták jelentős átalakulása.

A születéskor várható átlagos élettartam^F a 19. század közepe előtt általában 25–30 év volt. A 20. század elején ez az érték Európában 40 és 55 év között mozgott, 1960 körül pedig 60 és 70 év között a férfiak, 65 és 75 év között pedig a nők esetében. Jelenleg számos nyugat-európai országban a férfiak átlagos élethossza meghaladja a 75 évet, a nőké pedig a 80 évet. A folyamat háttérben a – főleg a fiatal korosztályokat pusztító – fertőző betegségek háttérbe szorulása, illetve a halálózások zömének az idősebb életkorokra terelődése állt. Ezt a folyamatot, amely régióként különböző korszakokban és változó időtartam alatt zajlott le, *epidemiológiai átmenetnek* nevezzük.

Ennek a döntő jelentőségű átalakulásnak a háttérben korszakonként különböző okok álltak. A 20. század előtt a halandóság lassú javulása elsősorban egyes kórokozók (pl. a himlő) virulenciájának csökkenésével, a közegészségügyi viszonyok javulásával, illetve az élelmiszerellá-

tás kiegyensúlyozottabbá válásával magyarázható. A 20. század során a fejlett országokban az életszínvonal javulása mellett egyre nagyobb szerepet kapott az orvostudomány fejlődése (a védőoltások bevezetése, az antibiotikumok elterjedése), ami a halandóság igen gyors javulását eredményezte, hozzávetőleg az 1960-as évekig. A modern orvostudomány vívmányai a fejlődő országokban is elterjedtek, az epidemiológiai átmenet globális jelenségévé vált.

A fejlett országokban a halált okozó fertőző betegségek szerepe alig észrevehetővé korlátozódott. A legfontosabb halálókká az ún. degeneratív vagy „ember által okozott” megbetegedések (elsősorban a keringési rendszer betegségei és a daganatok) váltak. Ezzel együtt az 1960-as évektől Európában a halandóság javulása lelassult, vagy stagnálni kezdett. Az 1970-es évektől a legfejlettebb országokban az epidemiológiai átmenet újabb szakasza kezdődött, amelynek során a degeneratív megbetegedések magasabb életkorban jelentkeznek, javul az időskori halandóság, szaporodnak az *egészségesen eltöltött életevek*^F. Itt az orvostudomány fejlődése mellett ki kell emelnünk az egészségre kedvezően ható életmódminták terjedésének szerepét is.

FOGALMAK

Egészségi állapot: Kérdőíves felvételek során a megkérdezettek maguk értékelik egészségi állapotukat, általában ötfokú, ritkábban 10, 11 vagy 100 fokú skálán. A tapasztalatok szerint a szubjektív egészségi állapot megbízható mutató, mivel jól tükrözi a későbbi halálózás kockázatát.

Nyers halálózási arányszám: Az összes haláleset száma osztva a teljes népesség átlagos számával, leggyakrabban ezrelékben kifejezve.

Relatív egyenlőtlenségi index: A halandóság társadalmi csoportok közötti különbségeinek olyan indikátora, amely mind a különböző iskolai végzettségű csoportok halálózásának nagyságát, mind pedig a csoportok számosságát figyelembe veszi.

Standardizált halálózási hányados: A tényleges és a várt halálózások számának hányadosa. A várt értéket úgy kapjuk meg, hogy a referencia népességben tapasztalt, kor szerinti halálózási arányszámokat megszorozzuk a tényleges népesség megfelelő életkori csoportjának létszámával. Ha egynél (vagy 100 százaléknál) nagyobb a hányados értéke, a vizsgált népesség halandósága a referencianépesség mortalitásánál magasabb, ellenkező esetben alacsonyabb.

Standardizált halálózási ráta: A vizsgált népesség kor szerinti arányszámainak valamilyen külső, standard népesség (referencianépesség) megfelelő kor szerinti létszámaival súlyozott átlaga (szükség szerint ezrelékben vagy százezrelékben kifejezve). A nemzetközi gyakorlatban néhány ilyen, gyakran használatos

referencia-népesség van (a standardizálás annál jobban tükrözi a valóságot, minél közelebb áll a referencia-népesség korstruktúrája a halálozás szempontjából összehasonlítható kívánt népességek korstruktúrájához). A tanulmányunkban csak az ún. standard (rég) európai népességet használjuk viszonyítási alapként, amely az európai népességek halandóságának összehasonlítása során az Egészségügyi Világszervezet gyakorlata.

Születéskor várható átlagos élettartam: A halandóság szintetikus mutatója, amelyet egy hipotetikus népesség kihalási rendje alapján számítanak ki az adott évben megfigyelhető kor szerinti halálozási arányok figyelembevételével. A várható élettartam bármelyik egzakt életkorra és két egzakt életkor közötti időtartamra is megadható. A legátfogóbb és legismertebb a születéskor (0 éves egzakt életkorban) várható élettartam.

IRODALOM

- DARÓCZI E.–HABLICSEK L. (2008): A halandóság területi és időbeli különbségei az életkor függvényében, *Demográfia* 51. évf. 2008. 1. sz., 7–50.
- DARÓCZI E.–KOVÁCS K. (2004): *Halálozási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak*, A Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutató Intézetének kutatási jelentései (77.= 2004/2.), KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, Budapest.
- HABLICSEK L.–KOVÁCS K. (2007): *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005*, A KSH Népeségtudományi Kutató Intézetének kutatási jelentései (84.=2007/1.), KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, Budapest.
- JÓZAN P. (2008): *Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon*, MTA Társadalomkutató Központ, Budapest.
- KLINGER A. (2003): A budapesti kerületek halandósági különbségei, *Demográfia* 46. évf. 2003. 2/3. sz., 177–202.
- KLINGER A. (2003): A kistérségek halandósági különbségei, *Demográfia* 46. évf. 2003. 1. sz. 9–44.
- KLINGER A. (2006): Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről: I. *Demográfia*, 49. évf. 2006. 2/3. sz., 197–231.
- KLINGER A. (2006): Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről: II. *Demográfia*, 49. évf. 2006. 4. sz. 342–365.
- KLINGER A. (2007): A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. *Demográfia*, 50. évf. 2007. 2/3. sz. 252–281.
- KOVÁCS K. (2005): A nők halandóságáról és egészségi állapotáról. In: *Szerepváltozások: jelentés a nők és férfiak helyzetéről*, TÁRKI, Munkaügyi Minisztérium Egyenlő Esélyek, 165–176.
- KOVÁCS K. (2006): Az özvegyek, az elváltak és az egyedülállók egészségi állapota: arányos vagy koncentrálnódó terhek? *Demográfia*, 49. évf. 2006. 1. sz., 7–45.
- KSH 2008: *A halandóság területi különbségei Magyarországon, 2000–2006*, KSH Statisztikai kutatási és módszertani főosztály, Budapest.
- KSH (2004): *Az időskorúak egészségi állapotának jellemzői*, KSH Népesedési, egészségügyi és szociális statisztikai főosztály, Budapest.
- SZVITECZ Zs. (szerk.) (2002): *Életminőség és egészség*, KSH Népesedési-, Egészségügyi és Szociális Statisztikai Főosztály, Budapest.
- PAKSY A. (2007): *Az 1–14 éves gyermekek egészségi állapotának jellemzői, 2000–2005*, (összeáll.: Bada I. Cs.). KSH Társadalmi szolgáltatások statisztikai főosztály, Budapest.
- RADNÓTI L. (2003): *Az élettartamok statisztikája*, Központi Statisztikai Hivatal (közread.), KSH, Budapest.
- SKRABSKI Á. (2003): A társadalmi tőke és a középkorú halálozás összefüggései. *Demográfia*, 46. évf. 2003. 1. sz., 95–109.
- VALKOVICS E. (1999): „Halandóság a második világháború után”, *Statisztikai Szemle*, 77. évf. 1. sz., 16–36.

HONLAPOK

- <http://www.who.int/whr/en/index.html> – The World Health Report, 1995–2008.
- <http://www.euro.who.int/HFADB> – Health for All Database, updated July 2009.
- <http://data.euro.who.int/hfamdb/> – European Mortality Database, updated August, 2009.
- <http://data.euro.who.int/dmdb/> – European Detailed Mortality Database Last updated August, 2009.

