

AZ OK-SPECIFIKUS HALÁLOZÁS TRENDJEI

Kovács Katalin

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

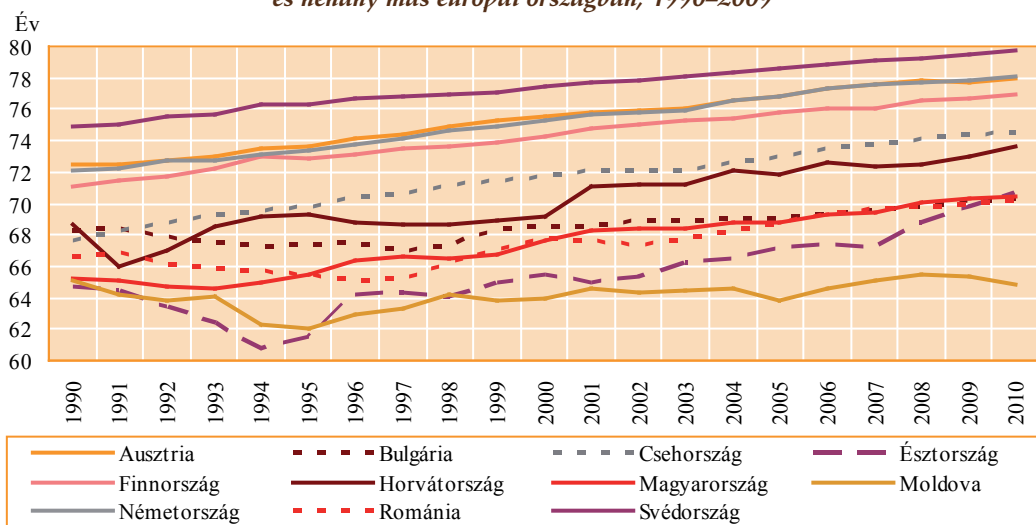
- Magyarország jelentős mortalitásbeli többletet mutat nem csupán az Európai Unió legfejlettebb országaihoz képest, hanem az unióhoz hazánkkal egyszerre vagy később csatlakozott országokhoz viszonyítva is.
- A 65 évesnél fiatalabb magyar férfiak halandósága 2,5-szerese ugyanezen csoport az unió legfejlettebb országaihoz képest, illetve 1,2-szerese a 2004-ben, illetve 2007-ben csatlakozott országokban tapasztalható halálozási szintnek. A fiatal-középkorú férfiak halandósági hátránya azonban igen lassan ugyan, de mérséklődik. A 65 évesnél idősebb férfiak esetében a relatív mortalitásbeli hátrányok mérsékeltebbek, de szintén jelentősek: mortalitásuk 1,5-szeres a legfejlettebb országok megfelelő szintjéhez viszonyítva, de csupán néhány százalékkal haladja meg az unióhoz 2004-ben, illetve 2007-ben csatlakozott országok átlagos mortalitási szintjét.
- A 65 évesnél fiatalabb magyar nők halálozása 1,7-szeres a legfejlettebb uniós országok, és 1,2-szeres a később csatlakozott országok átlagos halálozási szintjéhez viszonyítva. Az ennél idősebb magyar nők halálozása megfelel a kevésbé fejlett uniós országokban tapasztalható átlagoknak.
- A magyarországi ok-specifikus halálozás nemzetközi összehasonlításban csupán a fertőző betegségek, illetve az utóbbi években a közlekedési balesetek okozta halálozás területén mutat kedvező képet.
- A magyarországi magas halálozás elsősorban a magas szív- és érrendszeri halálozásból következik. A szív- és érrendszeri halálozásokon belül különösen az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás szintje riasztóan magas.
- A cerebrovascularis (agyú érrendszeri) halálozás dinamikája viszont erőteljesen csökkenő tendenciát mutat Magyarországon, így az ilyen okokhoz (agyvérzés, agyi infarktus) kötődő halálozás kismértékben alacsonyabb, mint a 2004-ben és 2007-ben csatlakozott uniós országokban. A mai magyar halálozási szint az unió átlagát tekintve az ottani 1990-es halálozási szintnek felel meg.
- A férfiak daganatos halálozása Magyarországon 39–50 százalékkal magasabb az uniós átlagnál, azaz a különbség e tekintetben jóval kisebb, mint a szív- és érrendszeri halálozásnál. Az utóbbi néhány évben azonban a más országokhoz viszonyított különbségek növekedtek e téren, különösen a tüdőrákban és a kolorektális rákok okozta halálozásban másutt megjelenő mérséklődés elmaradása okán.
- A nők daganatos halálozása 28–37 százalékkal magasabb az uniós átlagnál, és 12–23 százalékkal haladja meg a 2004-ben és 2007-ben az unióhoz csatlakozott országokban tapasztalható átlagos szintet. A más országokhoz viszonyított relatív hátrány az utóbbi néhány évben ebben az esetben is növekszik.

- Az öngyilkossági halálozás 1984 óta jelentősen csökkent Magyarországon, 2005 óta azonban a trend stagnáló jellegűvé vált.
- A gazdasági krízishelyzetek egészségi állapotra és halálózásra gyakorolt hatása nem egyértelmű. Korábbi kutatási eredmények szerint a gazdasági recesszió hatásai a helyi körülmények függvényében igencsak különbözőek lehetnek. Úgy tűnik, a recesszió során alkalmazott egészségpolitikai és szociálpolitikai szakpolitikák – az utóbbiak között elsősorban az aktív foglalkoztatáspolitikai – jelentősen mérsékelhetik a gazdasági válsághelyzetek halandóságra gyakorolt hatását.
- Korábbi tapasztalatok alapján a gazdasági recesszió mortalitásbeli hatásai is elsősorban a sérülékeny társadalmi csoportok körében lesznek érzékelhetőek. A teljes népességre vonatkozó trendek stagnálása esetében ez a mortalitás társadalmi egyenlőtlenségeinek további mélyülését jelentheti.

HALÁLOZÁS MAGYARORSZÁGON AZ 1981 ÉS 2009 KÖZÖTTI IDŐSZAKBAN MÁS ORSZÁGOKHOZ VISZONYÍTVA

Magyarországon 1994-et követően a várható élettartam – kisebb, egy-két évre kiterjedő stagnációs periódusoktól eltekintve – folyamatosan javult. A férfiak születéskor várható élettartama a halálozási krízis tetőpontján (1994-ben) több mint 11 évvel volt alacsonyabb, mint az Európában a legjobb várható élettartamot magukénak tudó svéd férfiaké. Ez a távolság azóta jelentősen csökkent, és 2009-ben 9,2 év volt, amely azonban alig kevesebb, mint az 1990-ben mért 9,7 év. A magyar férfiak várható élettartama ugyanakkor 2009-ben hasonló volt a bulgár, észt, illetve román férfiakéhoz, több mint 3 évvel volt alacsonyabb, mint a cseh és 2 évvel a horvát férfiak körében tapasztalhatónál (1. ábra). A magyar férfiak születéskor várható élettartama a KSH számításai szerint 2008-ban, 2009-ben, 2010-ben illetve 2011-ben pontosan 69,79; 70,05; 70,50 illetve 70,93 év volt.

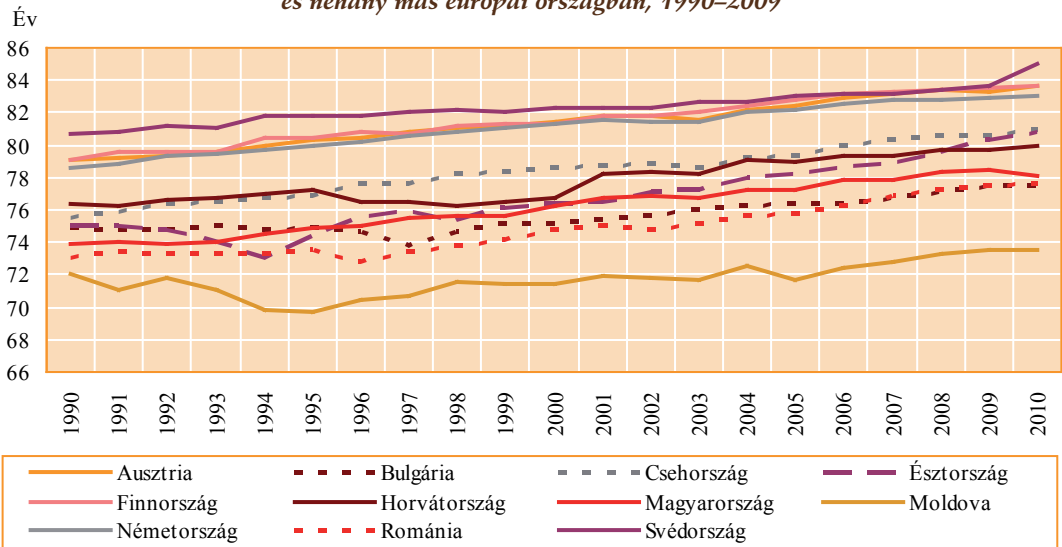
1. ábra: A férfiak születéskor várható élettartamának alakulása Magyarországon és néhány más európai országban, 1990–2009



A magyar nők születéskor várható élettartama szintén jelentősen növekedett az utóbbi két évtized során: 74 évről mintegy 78 évre. A legjobb életkilátásokkal rendelkező svéd nőkhöz képest a magyar nők élettartam 1990-ben 6,8, 1994-ben 7,25, 2009-ben pedig 5,1 évvel volt rövidebb. A női várható élettartam határozottabban közelít az európai legjobb értékekhez, mint a férfi várható élettartam. A nők esetében a szűkebb régión

belüli helyzet is kedvezőbb: a születéskor várható élettartam 2009-ben 1 évvel magasabb volt a Romániában és Bulgáriában mért értékeknél, bár több mint egy évvel elmarad a horvátországi, és két évvel a csehországi és észtországi szinttől (2. ábra). A KSH számításai szerint a magyar nők születéskor várható életkora 2008-ban, 2009-ben, 2010-ben illetve 2011-ben pontosan 77,76; 77,89; 78,11 illetve 78,23 év volt.

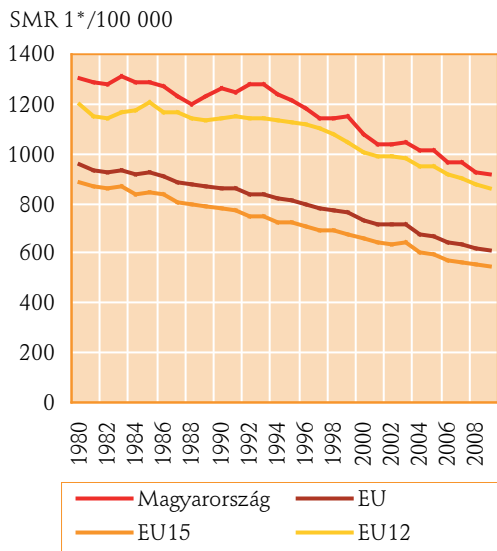
2. ábra: A nők születéskor várható élettartamának alakulása Magyarországon és néhány más európai országban, 1990–2009



Magyarországon a várható élettartam tehát 1994 óta nő, azaz a halálozás csökken. Az ország lakosainak halandósága azonban ma is közel 50 százalékkal magasabb, mint az Európai Unió teljes népességének átlagos halandósága, sőt valamivel magasabb az unióhoz 2004-ben, illetve 2007-ben csatlakozott országok átlagos halandóságánál is. A jelenség nem új, az utóbbi három évtized egészét jellemzi (3. ábra). Magyarország relatív hátránya a térségben elhelyezkedő más országokhoz képest bizonyos, jól körülható

halálokok miatti magasabb halálozás következtében alakult ki. Ebben a fejezetben ezért a fontosabb halálokok, halálóki csoportok szerint vizsgáljuk meg a mortalitás alakulását. Elsősorban azokat a halálóki trendeket tekintjük át, amelyek esetében különösen nagy az eltérés az uniós, illetve az unióhoz hazánkkal egy időben csatlakozott országokban tapasztalható halálozási szintektől, illetve amelyeknél jellegzetesen különböznek a trendekben megmutatkozó dinamikák.

3. ábra: A teljes halálozás alakulása Magyarországon és az Európai Unió országaiban 1980 és 2009 között

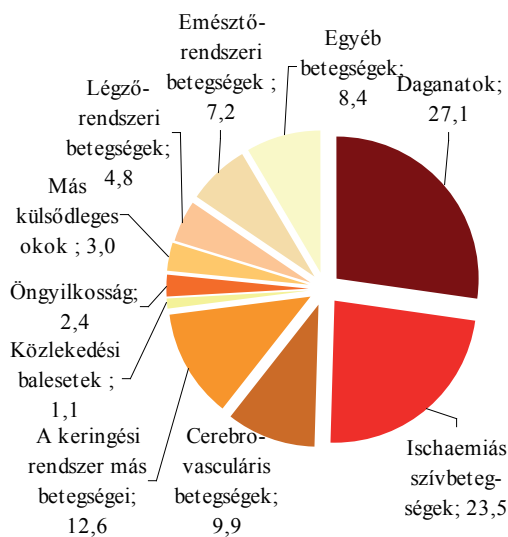


*SMR: standardizált halálozási arány.
 Forrás: European mortality database (MDB),
<http://data.euro.who.int/hfamdb/>

Magyarországon a halálozások valamivel több mint negyedét (27,1 százalékát) teszi ki a daganatok okozta mortalitás. Ez az arány valamivel magasabb az unió – magasabb várható élettartammal rendelkező – országaiban, minthogy ezek a halálozások általában magasabb életkorokban következnek be. Magyarországon azonban az uniós átlagnál jóval magasabb a – fiatalabb életkorokban jelentkező – keringési rendszer betegségeihez köthető halálozás. Ez a betegségcsoport Magyarországon a halálozások közel felét (46 százalékát) teszi ki, míg az uniós országok átlagában arányuk csupán 37 százalék. A keringési rendszer betegségei közül az ischaemiás szívbetegségek (ezeken belül a szívinfarktus) okozta halálozás képviseli a legnagyobb arányt, Magyarországon az összes halálozás 23,5 százalékát, a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás több mint felét adva. A keringési rendszer betegségeihez köthető

halálozás másik kiemelkedően fontos csoportját a cerebrovasculáris betegségek adják (melyek leggyakoribb formája az agyvérzés, illetve az agyi infarktus), amelyekhez a teljes halálozás közel 10 százaléka, a keringési rendszer betegségeihez kötődő halálozásnak pedig közel negyede kapcsolódik. A magyarországi mortalitási mintát – a keringési betegségek általában vett nagyobb súlyának megfelelően – mind az ischaemiás szívbetegségek, mind pedig a cerebrovasculáris betegségek okozta halálozás jóval nagyobb arányban jellemzi, mint az uniós országaiét.

4. ábra: A halálozás összetétele (az SMR százalékában) halálokok szerint Magyarországon, 2009



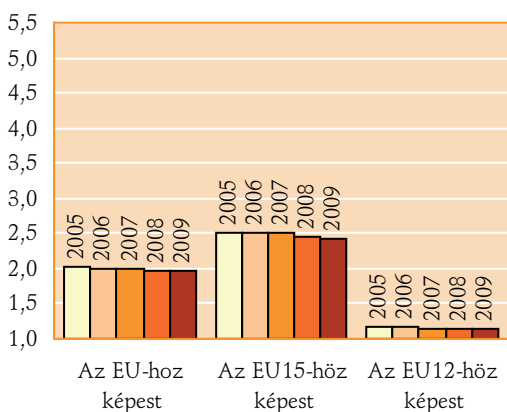
Forrás: European mortality database (MDB),
<http://data.euro.who.int/hfamdb/>

Az ok-specifikus trendek részletesebb bemutatása előtt érdemes áttekinteni a teljes halálozás alakulását nemek és tág korcsoportok szerint. Az utóbbi három évtized során a fiatalabb férfiak és nők mortalitása jelentős mértékben és folyamatosan magasabb volt, mint az ugyanezen csoportokra vonatkozó uniós átlag. Részletesebben: jóval magasabb, mint az uniót 2004 előtt alkotó 15 ország

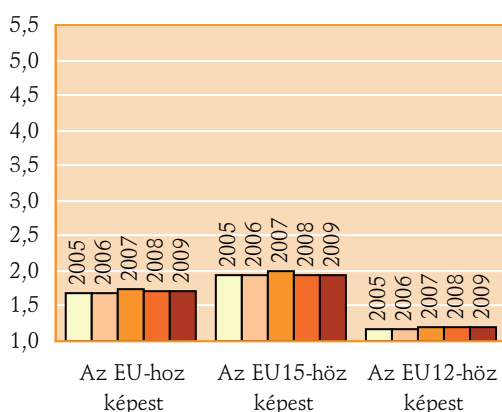
(EU15) átlaga, és kismértékben meghaladta a hazánkkal egy időben, illetve 2007-ben csatlakozott országok (EU12) átlagos halálzási szintjét is. A különbségek valamennyivel mérsékeltebbek a 65 éven felüli férfiak halá-

lozását tekintve, és elenyészők a 65 éven felüli nők halálozásában. A 3.a-3.d ábrákon a különbségek eltérő mintázatát mutatjuk be, csupán a 2005 és 2009 közötti évekre vonatkozóan.

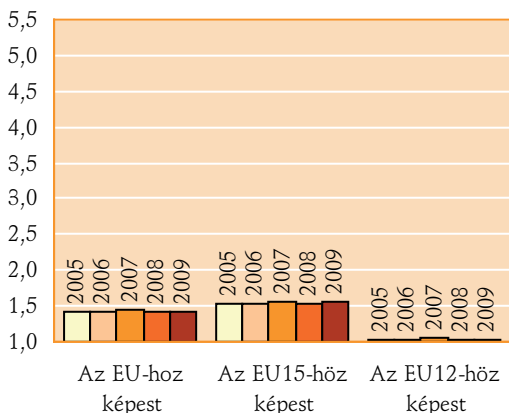
5.a ábra: A teljes halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 0–64 éves férfiak, 2005–2009



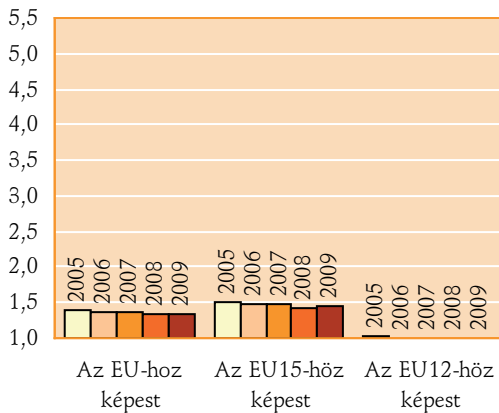
5.b ábra: A teljes halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 0–64 éves nők, 2005–2009



5.c ábra: A teljes halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 65 éves és idősebb férfiak, 2005–2009



5.d ábra: A teljes halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 65 éves és idősebb nők, 2005–2009



Forrás: European mortality database (MDB).

A 0–64 éves magyar férfiak halálozása hozzávetőleg 100 százalékkal magasabb, mint az EU-országok átlagos halálzási szintje –

ugyanakkor ez a hátrány az utóbbi években, ha igen kis mértékben is, csökkenni látszik.

A legfejlettebb európai országokhoz képest a magyar férfiak halandósága közel 150 százalékkal magasabb, ám – igen lassan – ez a hátrány is csökkenni látszik. A hazánkkal egy időben csatlakozott országok halandóságának átlagát a magyar férfiak halandósága 2005-ben 18, 2009-ben pedig 14 százalékkal haladta meg (5.a ábra).

A 0–64 éves nők körében jelentősebbek a mortalitásbeli hátrányok. Ebben a csoportban a halandóság 70 százalékkal magasabb, mint az EU-országok átlaga, a legfejlettebb országok halandósági szintjének pedig a duplája. A hazánkhoz jobban hasonlítható EU12 országainak halandósága 2005-ben 17, 2009-ben pedig 19 százalékkal volt alacsonyabb. A tendenciák tehát a fiatalabb nők halálózására vonatkozóan sem utalnak felzárkózásra (5.b ábra).

A 65 éves, illetve idősebb férfiak körében a halandóságbeli hátrányok mérsékeltebbek, de jelentősek. Az EU átlagához képest 40 százalék körüli, a legfejlettebb országokhoz viszonyított 50 százalék körüli és az EU12 országaihoz képest néhány százalékos hátrány azonban az utóbbi évtizedekben stabilizálódott, számottevő felzárkózást mutató tendencia ez esetben nem látható (5.c ábra).

A 65 éven felüli nők esetében a halálózási arány mintegy 33–35 százalékkal magasabb, mint az EU, és 45–50 százalékkal magasabb, mint az EU15 országainak átlagos megfelelő halálózási szintje, viszont az EU12 országcsoportban tapasztalható halálózási szinthez képest nem tapasztalható különbség. Az EU és EU15-höz viszonyított többlethalálózás a 2005 és 2009 közötti időszakban enyhén csökkenő tendenciát mutatott (5.d ábra).

Összességében tehát megállapítható, hogy a középkorú férfiak halálózásának közismert problémáján túl Magyarországon a középkorú nők halálózása is különösen magas, ráadásul az utóbbi néhány évben semmi sem utal arra, hogy a más országokhoz viszonyított relatív halálózási szintek javulnának. A haláloki csoportokra vonatkozó elemzés során

ezért kitüntetett figyelemmel kísérjük majd a halálózás – legalábbis tág – korcsoportok szerinti alakulását is.

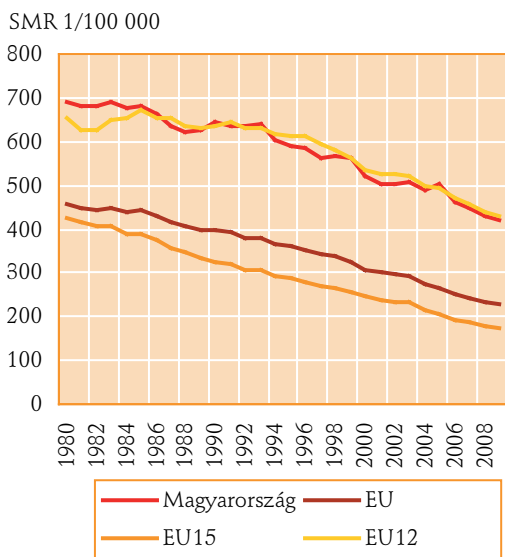
AZ OK-SPECIFIKUS HALÁLÓZÁS TRENDJEI 1980 ÉS 2009 KÖZÖTT

A Magyarországon kiemelt figyelemre érdemes szív- és érrendszeri betegségekhez kötődő halálózás 1980 és 2009 közötti alakulását mutatjuk be a 4. ábrán. Az Európai Unió országainak átlagos ez okokhoz kötődő halálózási szintjét a magyar halálózás 85–89 százalékkal haladja meg, a legfejlettebb országokhoz képest pedig közel 140 százalékkal magasabb. A szív- és érrendszeri halálózás alakulása valójában az általános halálózási trendek legfőbb alakítója: a teljes halálózás utóbbi évtizedekben megfigyelhető csökkenése a legfejlettebb országokban lényegében a kardiovaszkuláris halandóság dinamikus, folyamatos és jelentős csökkenésének tulajdonítható. A kelet-közép-európai országok kardiovaszkuláris halandósága – az 1992 környékére tehető, a legtöbb e térségbe tartozó országot sújtó halandósági válság időszakának kivételével – szintén dinamikus csökken. Ez a csökkenés azonban még nem volt elegendő a nyolcvanas és kilencvenes évekre kialakult hatalmas halandósági hátrányok kompenzálására. Az EU12 országcsoport, ezen belül Magyarország kardiovaszkuláris halandósága 2009-ben hozzávetőleg azon a szinten volt, mint a legfejlettebb európai országok (értve ezalatt az EU15 országait) kardiovaszkuláris halandósága 1980-ban. Magyarország relatív hátránya az utóbbi években lassan mérséklődni látszik.

A kardiovaszkuláris halandóság egésze tehát hazánkban az EU12 trendjeihez illeszkedően alakult, az ezen belüli egyes betegségekhez, illetve betegségcsoportokhoz kapcsolódó halálózásban ugyanakkor jelentős különbsé-

gek mutatkoznak Magyarország relatív pozícióját illetően.

6. ábra: Kardiovaszkuláris halálozás alakulása Magyarországon, 1980–2009

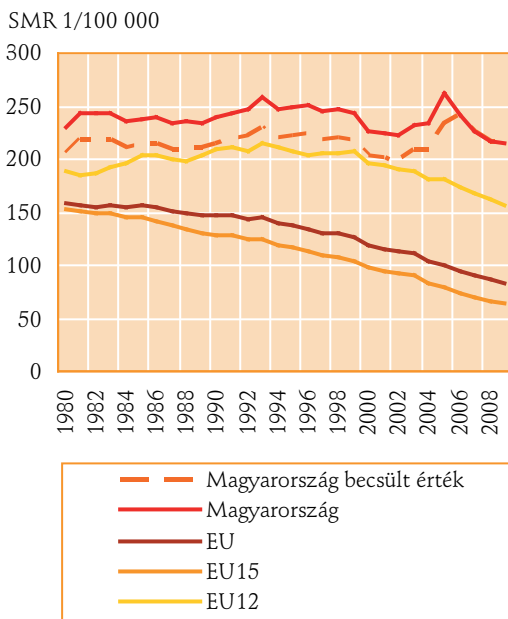


Forrás: European health for all database (HFA-DB).

Az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás Magyarországon jelentősen magasabb az EU12 országaiban tapasztalható halálozásnál. A fejlett országok trendjeivel ellentétben Magyarországon az 1980-as és 1990-es évek során ezen betegségek okozta halálozás nem csökkent, sőt az 1990-es évek elején még valamennyire növekedett is. Jelentős méréselőklődési tendenciák csupán 1999-et követően figyelhetők meg. A 7. ábrán látható adatok értelmezése során azonban figyelembe kell venni a magyarországi halálkódolási rendszer változásaiból adódó különbségeket (lásd keretes anyag). A 2005. évet megelőzően az ezen okokhoz kötődő regisztrált halálozás Magyarországon valószínűleg alábecsült volt. Ha a kódolási rendszer változásaira korrigálunk, egy olyan becsült halálozási görbét kapunk, amelynek alapján

biztosan állíthatjuk, hogy az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás 1999-et követően jelentősen, dinamikusan és folyamatosan csökkent. A nemzetközi adatokkal a 2005 utáni magyarországi adatok hasonlóak a legjobban össze. Mindennek alapján a magyar halálozás szintje 150–160 százalékkal magasabb az uniós átlagnál, 220–230 százalékkal a legfejlettebb országok halálozásának átlagánál és 30–40 százalékkal az EU12 országai halálozásának átlagánál. A „túlhalálozás” minden korcsoportban, illetve mindkét nemet tekintve különösen nagy.

7. ábra: Ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás alakulása Magyarországon 1980–2009



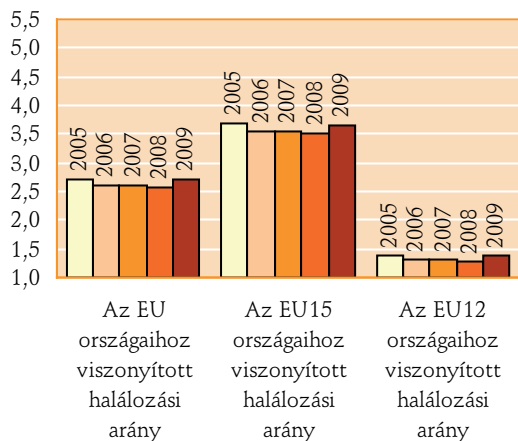
Forrás: European health for all database (HFA-DB), illetve a szerző saját számításai.

A nők általában véve alacsonyabb halálozási rátája gyakran elfedi azt a tényt, hogy a relatív, más országokhoz viszonyított ischaemiás szívbetegségek okozta mortalitás

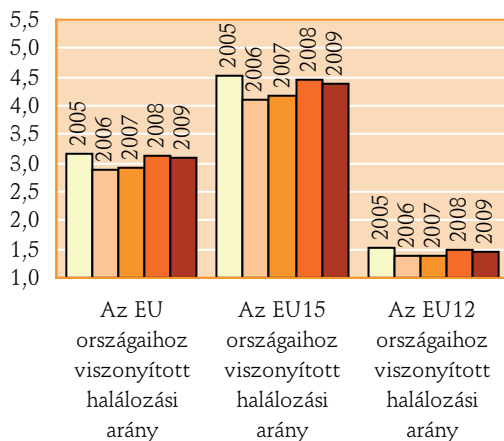
a nők körében valójában magasabb, mint a férfiak körében. A 0–64 éves férfiak esetében az EU átlagához képest 160 százalékos, a nők esetében viszont 200 százalékos a túlhalalozás szintje, azaz a magyar férfiak halálózása 2,5-szerese, míg a nőké háromszorosa a EU

átlagos szintjének (8.a–8.b ábra). Az összkép nem különösen jó az idősebb korosztályok esetében sem. A 65 éves illetve idősebb magyar férfiak halálózási szintje az EU átlagának 2,5-szerese, a hasonló korú nőké pedig annak 2,8-szerese (8.c–8.d ábra).

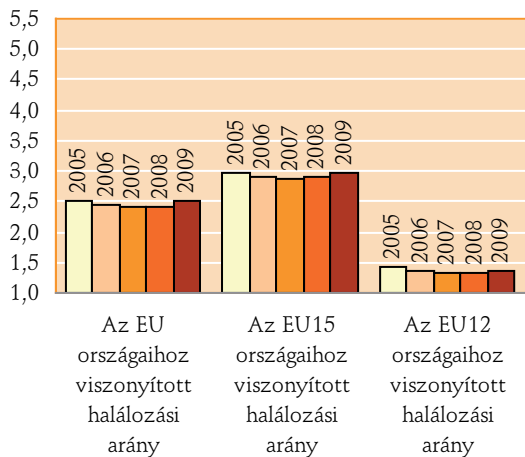
8.a ábra: Ischaemiás szívbetegségek okozta halálózás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 0–64 éves férfiak



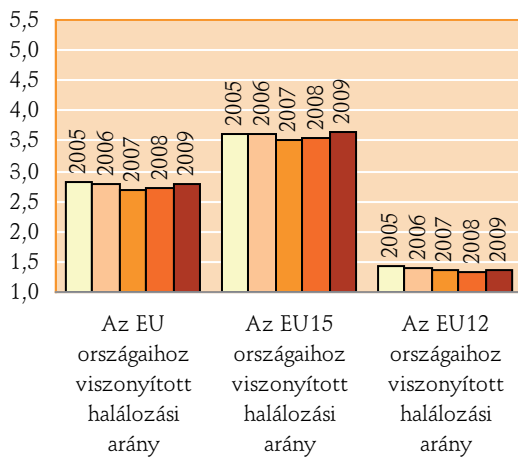
8.b ábra: Ischaemiás szívbetegségek okozta halálózás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 0–64 éves nők



8.c ábra: Ischaemiás szívbetegségek okozta halálózás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 65 éves és idősebb férfiak



8.d ábra: Ischaemiás szívbetegségek okozta halálózás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 65 éves és idősebb nők



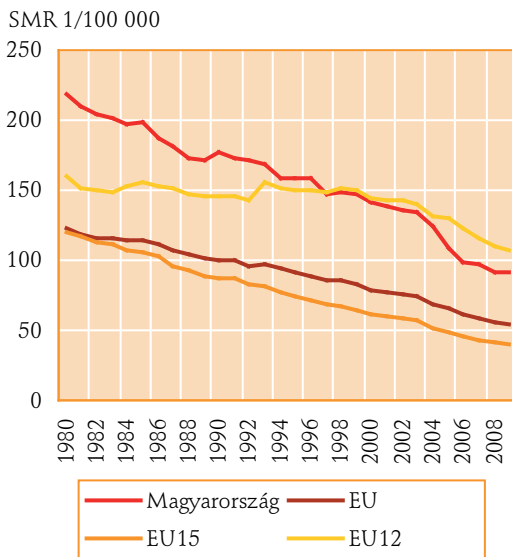
Forrás: European health for all database (HFA-DB).

A halálokokat a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) alapján kódolják. Minden egyes haláleset kódolása során több halál is kódolásra kerülhet. A halottvizsgálati bizonyítványban több betegséget (halálokot) lehet kódolni, amelyek közül az „alapbetegségként” megjelölt szerepel majd az országos statisztikákban. Az „alapbetegség” kiválasztása azonban nem mindig könnyű feladat, és a kódolási rendszer, illetve a kódolás módszertanának változásával az „alapbetegségek” aránya változhat. Magyarországon 1979-től alkalmazzák a BNO IX. revízióját, 1996-tól pedig a X. revízióját, 2005-ben pedig bevezették az úgynevezett automatikus kódolást, amelyet számos más ország is alkalmaz. A 2005-ös évtől életbe lépett, technikai jellegűnek tekinthető változások néhány halál előfordulásának gyakoriságát tekintve jelentős változásokat hoztak (KSH, 2006). A haláloki rendszerek változását kiküszöbölő becslések az 1970 és 2008 közötti időszakra vonatkozóan rendelkezésre állnak (Kovács 2011).

A helyzet valamivel kedvezőbb a cerebrovascularis (az agyvérzést, illetve az agyi infarktust magában foglaló) betegségekhez kapcsolódó halálozást illetően. Az 1980-as és 1990-es évek fordulóján megtorpant ugyan, de ettől eltekintve az ilyen betegségek okozta halálozás folyamatosan és jelentősen csökkent Magyarországon 1980 óta. A kódolási rendszer okozta változások miatt a 2005 előtti értékek valószínűleg valamelyest alacsonyabbak lennének, ha azokat akkor is a 2005 után alkalmazott szemléletben rögzítették volna. Ez az esetleges korrekció azonban nem befolyásolja jelentősen a trend dinamikus csökkenő jellegét. A cerebrovascularis halandóság az EU országokban is folyamatosan csökken, és ennél valamivel dinamikusabban az EU15 országokban. Magyarországon azonban 1980 körül még na-

gyon magas volt a cerebrovascularis halandóság szintje, így – az unióban tapasztalható dinamikusabb csökkenés ellenére – a magyar halálozási érték ma az EU 1990 körüli halálozási szintjének felel meg.

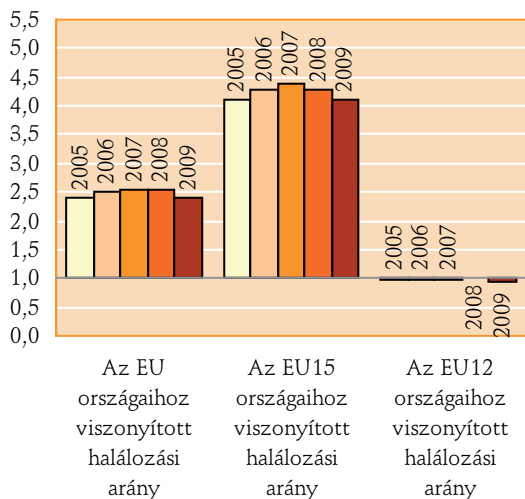
9. ábra: Cerebrovascularis halálozás alakulása Magyarországon, 1980–2009



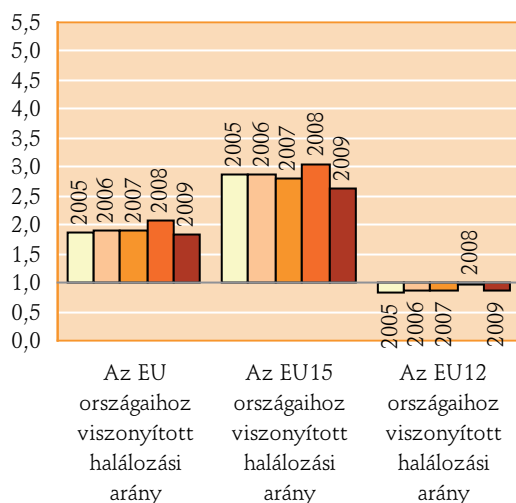
Forrás: European health for all database (HFA-DB).

A fiatal-középkorú férfiak halandósága még ma is 150 százalékkal magasabb az EU-országok átlagos szintjénél. A fiatal-középkorú nők halálozása 180–200 százalékkal volt magasabb a megfelelő uniós szintnél (10.a–10.b ábra). A 65 éven felüli férfiak cerebrovascularis halálozása 60–70, az ugyanilyen korú nők pedig 50 százalékkal haladja meg az cerebrovascularis halálozás az Európai Unió országokban mért átlagos szintjét a 2000-es évek második felében (10.c–10.d ábra).

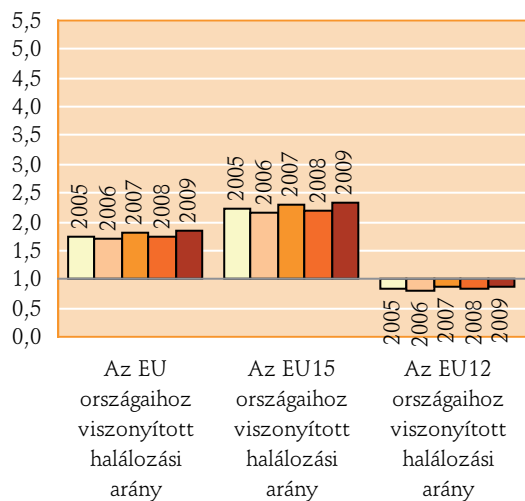
10.a ábra: Cerebrovascularis betegségek okozta halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 0–64 éves férfiak



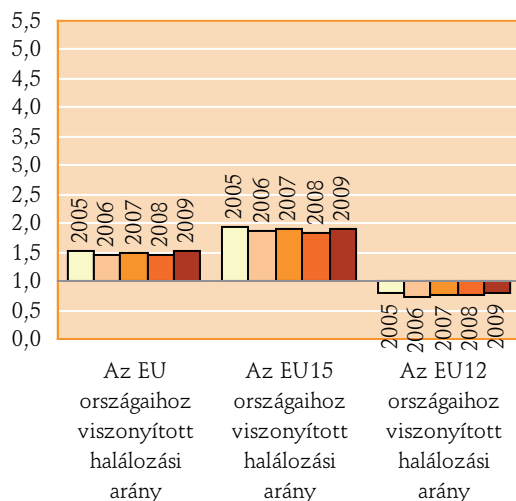
10.b ábra: Cerebrovascularis betegségek okozta halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 0–64 éves nők



10.c ábra: Cerebrovascularis betegségek okozta halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 65 éves és idősebb férfiak



10.d ábra: Cerebrovascularis betegségek okozta halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 65 éves és idősebb nők



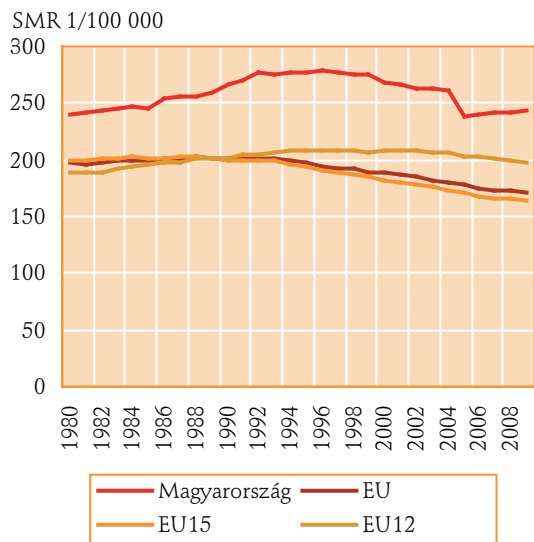
Forrás: European health for all database (HFA-DB).

A rosszindulatú daganatok okozta halálozás trendjeinek tanulmányozása során ismét érdemes figyelembe venni a kódrend-

szer 2005-ben bekövetkezett változásait. Általában véve a daganatos halálozás az utóbbi évtizedek során enyhén csökkent az európai

országok többségében, és ez a tendencia kifejezettebb volt az 1990-et követő időszakban. Magyarország esetében feltehető, hogy a daganatos okok 2005 előtt valamivel gyakrabban szerepeltek a halálozás fő – statisztikákban később megjelenő – okaiként, mint ahogyan a 2005 utáni szemlélet szerint megjelentek volna. Amennyiben erre a tényre korrigálunk, egy olyan becsléshez jutunk, amely a magyarországi daganatos halálozás enyhén növekvő trendjét mutatja az 1980 utáni teljes időszakra vonatkozóan (11. ábra).

11. ábra: Rosszindulatú daganatok okozta halálozás alakulása Magyarországon, 1980–2009



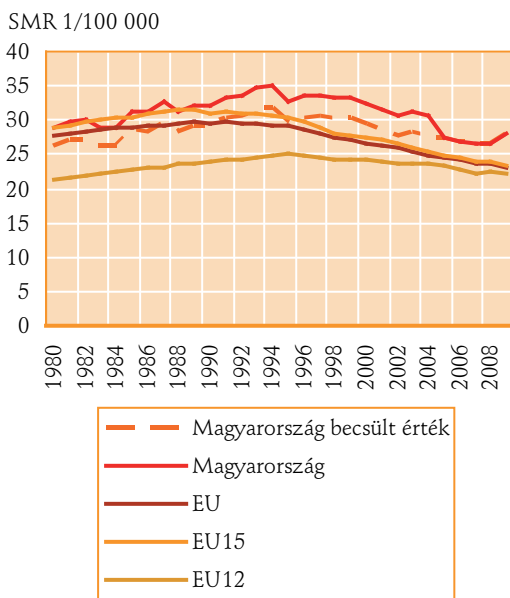
Forrás: European health for all database (HFA-DB), illetve a szerző saját számításai.

2005–2009-re vonatkozóan a magyar férfiak esetében a daganatos halálozás (minden korcsoportot együtt tekintve) 39–50 százalékkal magasabb az uniós átlagnál, ami jóval mérsékeltebb különbség, mint a szív- és érrendszeri halálozásban mutatkozó különbségek, ugyanakkor a 2005–2009-es időszakban az uniós szinttől való relatív távolság határozottan növekedett. Az eltérések fő oka a

tüdőrákos, valamint a kolorektális daganatok okozta halálozás trendjeiben lelhető fel (Kovács–Bálint, 2011). A nők esetében 2005-ben 28 százalékos halálozási többlet mutatkozott az uniós átlaghoz képest, amely 2009-re 37 százalékosra nőtt. Az EU12 országokhoz viszonyított 2005-ös halálozási többlet pedig 23 százalékosnak mutatkozott 2009-ben. A nők esetében a részletes okok, amelyek ezért a távolságért felelősek, hasonlóak azokhoz, amelyeket a férfiak körében láthatunk, de kisebb lemaradás mutatkozik az emlőrákos halálozás esetében is.

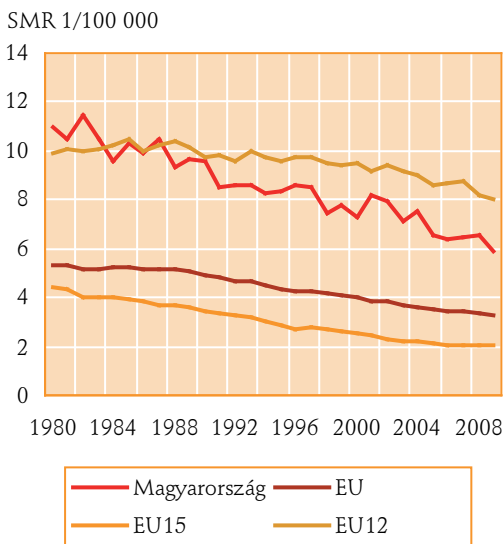
A női daganatos halálozást illetően különös érdeklődésre tarthatnak számot azok a trendek, amelyek a szűrésekkel megelőzhető daganattípusokhoz kapcsolódó mortalitásra vonatkoznak. Ezek közül az emlőrák és a méhnyakrák halálozás alakulását mutatjuk be (12. és 13. ábra).

12. ábra: Emlőrákos halálozás alakulása Magyarországon, 1980–2009



Forrás: European health for all database (HFA-DB), illetve a szerző saját számításai.

13. ábra: Méhnyakrák-halálozás alakulása Magyarországon, 1980–2009



Forrás: European health for all database (HFA-DB).

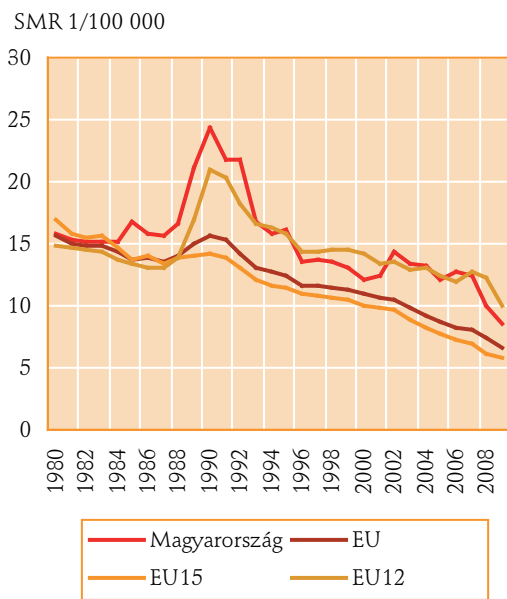
Az emlőrák esetében a korábbiakban már többször alkalmazott korrekciót alkalmazva úgy becsülhetjük, hogy a magyarországi mortalitás hosszú ideig az uniós átlag környékén mozgott, az utóbbi néhány évben azonban a magyarországi értékek kismértékben magasabbá váltak, mint az uniós értékek. Az emlőrák mortalitásának csökkenése – az uniós országokhoz hasonlóan – valószínűsíthetően az 1990-as évek elején kezdődött meg Magyarországon. E tekintetben az egyetlen aggodalomra okot adó tény az emlőrák-mortalitás csökkenésének megtorpanása a 2004-et követően, illetve a 2009-ben tapasztalható kismértékű emelkedés.

A méhnyakrák-halálozás (amely valójában viszonylag kisebb jelentőségű halálok) dinamikusan, hozzávetőleg a felére csökkent az elmúlt három évtized során. Ugyanakkor a magyarországi méhnyakrák halálozás ma háromszorosa az unió legfejlettebb országai halálozásának, bár valamivel alacsonyabb, mint amit az EU12 országaiiban láthatunk. A halá-

lozás folyamatos – és az unióban végbemenőnél jóval dinamikusabb – csökkenése azonban azt a reményt keltheti, hogy a magyarországi méhnyakrák halálozás hamarosan az európai átlag szintjére csökkenhet.

A halálozás külső, azaz nem betegségekhez köthető okai hazánkban kismértékben magasabb halálozást váltanak ki, mint az EU országaiban. Ezen a nagy haláloki csoporton belül csak a közlekedési balesetek okozta, valamint az öngyilkossági halálozás trendjeit mutatjuk be részletesebben.

14. ábra: Közlekedési balesetek okozta halálozás alakulása Magyarországon, 1980–2009

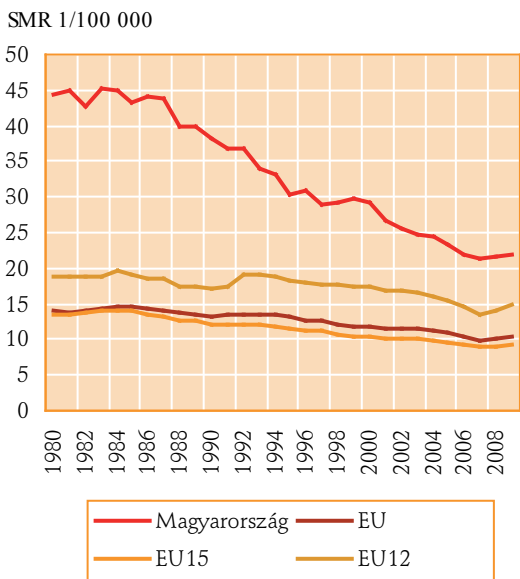


Forrás: European health for all database (HFA-DB).

A közlekedési balesetek okozta halálozás trendjei az 1980 és 2008 közötti időszakban általában csökkenő jellegűek. Az 1990 körüli években azonban a közlekedési balesetek okozta halálozás jelentősen megemelkedett. Ugyanez az Európai Unió régi tagországaiban kismértékű, a később csatlakozott országok, köztük Magyarország esetében jelentős mér-

tékű volt. 1994-et követően azonban az ilyen okokból bekövetkezett halálozás az EU12 országokban, ezen belül Magyarországon is jelentősen csökkent. A csökkenés nem folyamatos volt, inkább több lépcsőben ment végbe. 2009-ben a közlekedési balesetek okozta halálozás Magyarországon már alig haladta meg az uniós átlagot, ami elsősorban a 2007 és 2008 során bekövetkezett nagymértékű csökkenés következménye, s ami e tekintetben az EU12 összességéhez viszonyítva kedvezőbb helyzetbe hozta Magyarországot.

15. ábra: Öngyilkossági halálozás alakulása Magyarországon, 1980–2009



Forrás: European health for all database (HFA-DB).

A közlekedési balesetknél Magyarországon háromszor több emberéletet követel az öngyilkosság. Annak ellenére, hogy az öngyilkossági halálozás 1984 óta csökken, a mérséklődés jóval dinamikusabb volt 1996-ig, mint azt követően, sőt az 1990-es évek végén kismértékű, átmeneti emelkedésre is sor került. Az öngyilkosság azonban 2006-

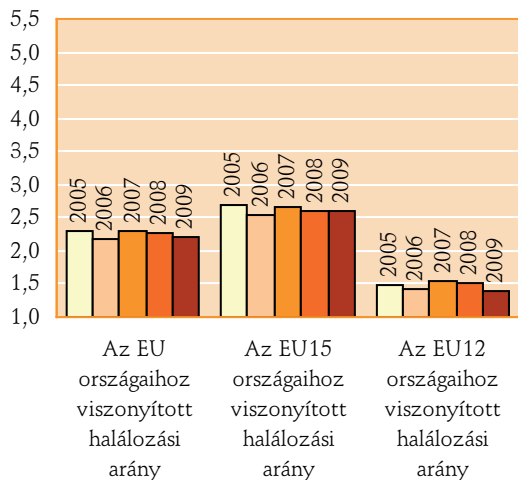
ig tovább csökkent, onnantól kezdődően pedig az arányszám stabilizálódni látszik. Annak ellenére, hogy Magyarországon az öngyilkosság az 1984-es maximumhoz képest a felére csökkent, ma még mindig több mint kétszerese az európai átlagnak, és jóval meghaladja az EU12 országokban tapasztalható átlagos szintet is.

A részleteiben vizsgált (itt most nem bemutatott) adatok alapján az öngyilkosság Magyarországon az utóbbi években mind a fiatalabb férfiak, mind pedig a nők körében tovább csökkent. Az általános trendben az utóbbi években mutatkozó stagnálás a 65 év feletti férfiak öngyilkosságának kismértékű növekedésére vezethető vissza.

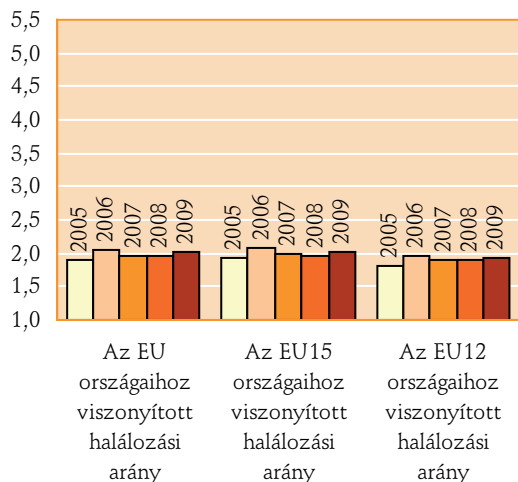
A férfiak körében Magyarországon 150–160 százalékkal magasabb az öngyilkossági szint, mint a legfejlettebb európai országokban, és 40–50 százalékkal magasabb, mint az EU12 országokban. Az idősebb (legalább 65 éves) férfiak körében az EU15 országaihoz viszonyított arányok hasonlóak, az EU12 országaihoz viszonyított arányok azonban magasabbak: 70 és 100 százalék a magyarországi idősebb férfiak halálozási többlete. A magyarországi magas öngyilkossági halálozás „mértekében” tehát kelet-európai jellegű, megközelíti az itt most nem vizsgált magas oroszországi és ukrainai arányszámokat, arányaiban azonban „nyugati jellegű”, az öngyilkosságot elkövető férfiak között az idősek viszonylag magas arányát tekintve.

A magyar nők öngyilkossági arányszáma 80–100 százalékkal magasabb, mint az EU15 országainak megfelelő arányszáma, és hasonló arányokban haladja meg az EU12 arányait is. Az idősebb nők esetében azonban ezek az arányszámok még nagyobbak: 130 és 170 százalék között mozognak. Magyarországon tehát az öngyilkosság jóval nagyobb mértékben van jelen az idősebb korcsoportokban, mint Európa más országaiban.

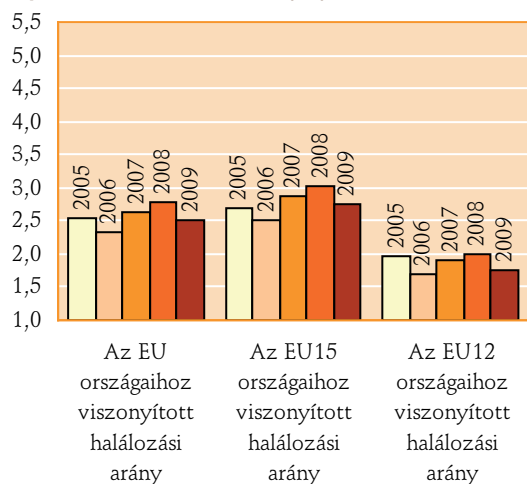
16.a ábra: Öngyilkossági halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, férfiak



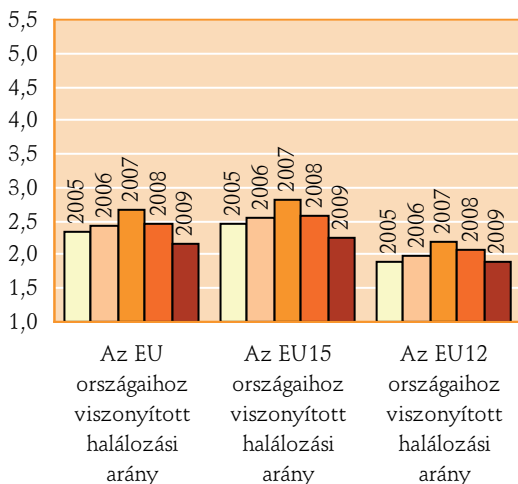
16.b ábra: Öngyilkossági halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, nők



16.c ábra: Öngyilkossági halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 65 éves és idősebb férfiak



16.d ábra: Öngyilkossági halálozás Magyarországon az EU, az EU15 és az EU12 országaihoz képest, 65 éves és idősebb nők



Forrás: European health for all database (HFA-DB).

A HALANDÓSÁG ALAKULÁSA A KÖZELJÖVŐBEN: TAPASZTALATOK A GAZDASÁGI VÁLSÁG ÉS A HALANDÓSÁG KAPCSOLATÁRÓL

Az Európába 2008 végén beköszöntött gazdasági válság halandóságra gyakorolt esetleges

hatását a nemzetközi szinten hozzáférhető adatok hiánya miatt ma még nem lehet értékelni. Két évvel ezelőtt az Egészségügyi Világszervezet úgy vélte, hogy a válság hatására növekedni fog a mentális zavarok gyakorisága, a munkahelyek elvesztésével társuló stressz a dohányzás terjedésével társulhat, a romló

életkilátások miatt pedig növekedhet az öngyilkosságok száma (WHO 2009). Szintén a világszervezet figyelmeztetett arra, hogy a gazdasági válságnak a szegény és sérülékeny társadalmi csoportok körében bizonyosan jelentkeznek majd egészségi és halálozásbeli hatásai.

A gazdasági krízisek és a mortalitás kapcsolatának vizsgálatából azonban ennél bonyolultabb kép rajzolódik ki. Számos magas jövedelmű országban például a recessziós időszakokban kedvezőbben alakultak a halálozási trendek, mint a gazdasági prosperitás időszakában (Ruhm 2008).

A kapcsolat általános természetére vonatkozóan sok spekulatív természetű okfejtés látott napvilágot, ugyanakkor számos, a mély gazdasági krízis mortalitásbeli hatásait elemző tanulmány is született. A nem teljesen alátámasztott, de gyakran felbukkanó feltételezések közé tartozik, hogy a gazdasági válsághelyzetekben a háztartások csökkenő jövedelme miatt kevesebb jut az egészségi állapotra negatív hatással lévő fogyasztási javak (alkohol, dohánytermékek, édességek) vásárlására, és kevesebb jut a szükséges élelmiszerekre is. Az élelmiszerek minél olcsóbb forrásból való beszerzésére való törekvések pedig különböző következményekkel járhatnak.

Más tanulmányok arra hívják fel a figyelmet, hogy a helyi körülményeknek és egyedi politikai döntéseknek jelentős hatásai lehetnek a tekintetben, hogy egy gazdasági válság milyen következményekkel járhat. Az ázsiai pénzügyi krízisnek például nem volt számottevő hatása Malajziában, de jelentős mortalitás-növekedéssel járt Indonéziában és Thaiföldön (Chang et al. 2009). Ezek a különbségek talán azzal magyarázhatók, hogy Malajzia a válság ellenére sem csökkentette egészségügyi kiadásait (Hopkins 2006).

A magasabb jövedelmű országok esetében a gazdasági válságok kevésbé élesek és gyakoriak, a gazdaság ciklikussága azonban ezekben az országokban is kifejezett. Az amerikai munkanélküliségi ráták és a mortalitás kapcsolatát

tekintve az Egyesült Államokban a magas munkanélküliségi ráta inkább alacsonyabb mortalitással járt együtt. Németországban az 1980 és 2000 közötti időszakra vonatkozóan mind a korszpecifikus, mind pedig a teljes halálozási ráta alacsonyabbnak mutatkozott recessziós időszakokban. Ok-specifikus megközelítésben azonban ez csak a kardiovaszkuláris halálozásra, számos légúti fertőző betegségre, a közlekedési balesetekre és az öngyilkosságra volt igaz, de nem mutatkozott számottevő összefüggés a daganatos halálozás, a gyilkosságok, illetve más külső okok miatt bekövetkezett halálozás között (Neumayer 2004). Recessziós időszakokban enyhén mérséklődött a mortalitás a Spanyolországra vonatkozó vizsgálatok szerint is, kivételt képezett ez alól az öngyilkosság alakulása, amely különösen a férfiak között volt magasabb a gazdasági prosperitás időszakában tapasztalható szintnél (Tapia-Granados 2005).

Finnországban ugyanakkor nem csak az öngyilkosság, hanem az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálozás is érzékenyen reagált az 1990-es évek elején bekövetkezett gazdasági válságra (Valkonen 2000). A közép-kelet-európai országok többségében szintén tapasztalható volt a mortalitás növekedése az 1990-es évek első felében, bár a krízis jellege és nagysága nagyban különbözött egymástól (Nolte 2005).

Hasonló eredményre jutott ok-specifikus megközelítésben az 1990-es évek elején bekövetkezett dél-koreai válság elemzésekor Khang és kutatócsoportja (2005). A válság időszaka alatt lényegesen mérséklődött az ok-specifikus halálozási ráta, ezen belül elsősorban a szív- és érrendszeri betegségek csoportjába tartozó stroke-mortalitás, valamint a gyomorrák-halálozás. Ezeknek a betegségeknek a kialakulása hosszú időtávon ható veszélyeztető tényezőkkel van kapcsolatban, így ezeket a fejleményeket nem feltétlenül érdemes a gazdasági válság hatásaként értelmezni. Szintén visszaesés volt megfigyelhető a közlekedési balesetek okozta halálozásban,

mely jelenség jobban értelmezhető a gazdasági válsággal való összefüggésben. Jelentős, a halálozás teljes szintjét is befolyásoló növekedés volt megfigyelhető az öngyilkossági halálozásban.

Európai kontextusban a legátfogóbb elemzés a munkanélküliségi ráták alakulása és a az ok-specifikus halálozás alakulása közötti összefüggésre vonatkozóan született (Stuckler 2009). Az 1970 és 2007 közötti időszakot és az Európai Unió országait átfogó elemzés általános, minden országra jellemző összefüggést az ok-specifikus halandóság és a munkanélküliségi ráta alakulása között nem talált, kivéve a közlekedési balesetek, illetve az öngyilkosság okozta halálozást. Az öngyilkossági halálozásra gyakorolt hatás nagymértékben függött attól, milyen mértékű volt az úgynevezett aktív munkaerő-piaci eszközök alkalmazása. A munkakeresést és az elhelyezkedést segítő programokra fordított pénzeszközök mértéke fordított arányban állt az öngyilkossági ráta növekedésével.

IRODALOM

- Chang, S.–Gunnell, D.–Sterne, J.–Lu, TH.–Cheng, A. (2009): Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. 2009. *Social Science and Medicine*, 68: 1322–31.
- Hopkins, S. (2006): Economic stability and health status: evidence from east Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, 75: 347–57.
- Khang, Y.-H.–Lynch, J. W.–Kaplan, G. A. (2005): Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *International Journal of Epidemiology*, 34: 1291–1301.
- KSH (2006): Változások a halálkeleti statisztikában, Demográfiai Évkönyv 2005, CD melléklet, változás2005-pdf, Budapest.
- Kovács K.–Bálint L. (2011): Comparing to proper standards: An evaluation of the recent state of mortality in Hungary. *Demográfia*, English Edition, 2011 (megjelenés alatt).
- Kovács K. (2011): *Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban Magyarországon (1971-2008) és az epidemiológiai átmenet elmélete*. KSH NKI Kutatási Jelentések 92. KSH NKI, Budapest.
- Neumayer, E. (2004): Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. *Social Science and Medicine*, 58: 1037–47.
- Nolte, E.–McKee, M.–Gilmore, A. (2005): Morbidity and Mortality in the Transition Countries of Europe. In: Macura, M.–MacDonald, A.–Haug, W. (eds.): *The New Demographic Regime, Population Challenges and Policy Responses*. United Nations, New York–Geneva: 153–176.
- Ruhm, C. (2008): A healthy economy can break your heart. *Demography*, 44: 829–48.
- Stuckler, D.–Basu, S.–Suhrcke, M.–Coutts, A.–McKee, M. (2009): The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374: 315–23.
- Tapia-Granados, J. (2005): Recessions and mortality in Spain, 1980–1997. *European Journal of Population*, 21: 393–422.
- Valkonen, T.–Martikainen, P.–Jalovaara, M. et al. (2000): Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *European Journal of Public Health*, 10/4: 274–80.
- WHO. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87: 1–80.
- WHO European mortality database (MDB), <http://data.euro.who.int/hfamdb/>
- WHO European health for all database (HFA-DB), <http://data.euro.who.int/hfad/>
- http://www.ksh.hu/torveny_atal_elrendelt_adatgyujtesek_osap