

HALANDÓSÁG

BÁLINT LAJOS – KOVÁCS KATALIN

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

» A rendszerváltozás időszakában a magyar népesség életkilátásait tekintve a szovjet térség és néhány kelet-európai ország mellett már a legrosszabbak közé tartozott Európában. A férfiak születéskor várható élettartama 1990-ben 65,1, míg a nők 73,7 év volt. Az átmenet során a férfiak várható élettartama több mint fél évvel, 64,5 évre csökkent, és csak 1995-ben haladta meg az 1990-es értéket. A nők várható élettartama ugyanezen időszak alatt stagnált.

» Az elhúzódó mortalitási krízisből történő kilábalás első jelei 1994-től mutatkoztak. A férfiak ekkortól évi átlagban 0,35 évvel, a nők viszont csak 0,24 évvel növelték a születéskor várható élettartamukat. Jelenleg a férfiak a születésükkor 72,0 évre, míg a nők 78,7 évre számíthatnak. Az egyenlőtlen tempójú javulás következtében a férfiak és nők várható élettartama közötti különbség az 1994-es 8,7 évről 2013-ra 6,7 évre mérséklődött.

» Az életkilátások javulása ellenére sem történt érdemi felzárkózás az alacsony halandóságú országokhoz. A magyar népesség születéskor várható élettartama ugyanis – mind a férfiak, mind pedig a nők esetében – jelenleg is ugyanannyival marad el tőlük, mint 1990-ben. Az 1994-es évet alapul véve a férfiak eseté-

ben mérsékelt felzárkózást figyelhetünk meg, a nők esetében azonban ennek semmi jele nem mutatkozik. Magyarország 20–25 év kéréssel követi az osztrák mortalitás alakulását, és továbbra is az Európai Unió legrosszabb életkilátásokkal bíró országai közé tartozik.

» A férfiak várható élettartamának 7 évnyi emelkedését túlnyomórészt a 15–39 éves fiatal felnőt, és a 40–64 éves középkorú népesség korszpecifikus mortalitásának javulása okozta, amely 1,7, illetve 2,8 évvel járult hozzá a növekedéshez. A nőknél a javulás valamivel kisebb mértékű volt, amely fele részben a fiatal és középkorú felnőttek (0,7 és 1,3 év), felerészben pedig a 65 éves és idősebb népesség (2,5 év) mortalitásának javulásából adódott. A csecsemőhalandóság hozzájárulása az élettartam növekedéséhez mindkét nem esetében 0,7 év volt.

» A férfiak élettartamának emelkedése elsősorban a kardiovaszkuláris halálozások terén bekövetkezett jelentős javulásnak köszönhető, amely 2,75 évvel növelte a születéskor várható élettartamot. A külső okok miatti halálozások visszaszorulása 1,7 évvel, ezen belül az öngyilkosság mérséklődése 0,5 évvel növelte azt. A kardiovaszkuláris mortalitás hatásához képest visszafogott volt a rosszindulatú daganat-

tos halálozás mérséklődésének hozzájárulása (0,6 év).

» A nők várható élettartama növekedésének több mint fele, azaz 2,9 év származott a kardiovaszkuláris halálozás terén bekövetkezett javulásból. A külső okok visszaszorulása szintén jelentős szerepet játszott (0,8 év). A daganatos halálozásokból származó nyereség azonban mindössze 0,3 év volt, amely a légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganatai miatti halálozások egyidejű romlása (-0,3 év), illetve az egyéb daganatos halálozások terén bekövetkezett 0,6 évnyi javulás eredőjeként is szemlélhetünk.

» A legjelentősebb halálloki csoportot, a szív- és érrendszeri halálozást tekintve a magyar férfiak és nők mortalitása lényegében a régiós országok tempójában mérséklődik, ugyanakkor ez a mérséklődés a nők körében az utóbbi néhány évben megszakadt. A csökkenés tempója nem tette lehetővé az e tekintetben alacsony halálozású országok szintjéhez való közeledést.

» A daganatos halálozások esélye Magyarországon európai és régiós összehasonlításban is különösen jelentős, amelyet csak részben

magyaráz a tüdőrákos halálozás nemzetközi viszonylatban szintén magas értéke.

» Az alkoholfogyasztáshoz kötődő halálozások száma magas, a trendek ugyanakkor dinamikus mérséklődésre utalnak. Hasonlóan jelentős a külső okok miatti halálozások visszaesése, e tekintetben azonban a magyar adatok már régiós összehasonlításban sem kiemelkedőek.

» Az életkilátásokban iskolai végzettség szerint megmutatkozó eltérés meglehetősen nagy: 2012-ben a felsőfokú végzettséggel rendelkező nők születéskor várható élettartama 5,8 évvel volt hosszabb, mint az alacsony végzettségűeké. Ugyanez az érték a férfiak körében 12,5 év volt. Az iskolázottság szempontjából a férfiak esetében enyhén mérséklődtek, míg a nők között fokozódtak a különbségek az utóbbi néhány év során.

» A várható élettartamban a családi állapot szerinti differenciák a házas és nem házas kapcsolati formák között különböznek jelentősebb mértékben. A házas férfiak és nők jobb életkilátásokkal rendelkeznek, és a mortalitásuk is kedvezőbb minden fontosabb halálok esetében.

BEVEZETÉS

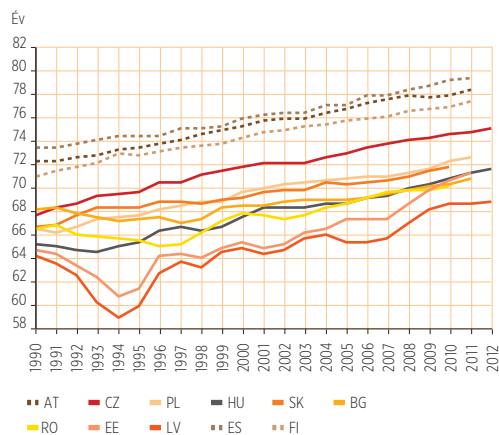
Magyarország a magas halandóságú országok közé tartozik, e tekintetben bizonyos szempontból hasonló helyzetben van, mint más kelet- és kelet-közép-európai, illetve balti országok. A „volt szocialista” államok közös jellemzőjének szokás tekinteni a szív- és érrendszeri megbetegedések miatti, valamint az alkoholfogyasztással összefüggő és (ettől nem teljesen függetlenül) a nem betegség, hanem „külsődleges” okok miatt bekövetkező halálozás magas szintjét (Caselli et al. 2002, Willekens 2014). Mindemellett míg Európa nyugati országainak halandósági viszonyai egyre hasonlóbbá válnak egymáshoz, a kelet- és kelet-közép-európai valamint balti országok között a halandósági mutatók egyre erősebben divergálnak (Mackenbach 2013). A volt szocialista államok ugyanakkor egységesnek tűnnek abban a tekintetben, hogy ezekben az országokban – legalábbis az 1990-es évek óta – jóval nagyobbak a halálozásban mutatkozó társadalmi egyenlőtlenségek, mint a nyugat-, észak- vagy dél-európai országokban (Mackenbach et al. 2015).

A HALANDÓSÁG IDŐBELI ALAKULÁSA

A népesség halandóságának leggyakrabban alkalmazott mutatója a *születéskor várható élettartam*,^F amelyet a halandósági táblák alapján számítunk ki. Jelenleg több forrás is rendelkezésre áll a születéskor várható élettartam nemzetközi összehasonlítására. A nemzetközi szervezetek által közölt adatok eltérő számítási módszereket alkalmaznak, ezért kisebb-nagyobb különbségek figyelhetők meg az általuk közölt értékek között. A hazai folyamatok áttekintésekor a KSH által közölt halandósági táblákra támaszkodtunk, a nemzetközi összehasonlításoknál pedig a WHO adataira. A hazai halandóság hosszú

távú időbeli alakulásával több tanulmány is foglalkozott. A szakértők között egyetértés mutatkozik a tekintetben, hogy a hatvanas évek közepétől a rendszerváltozást megelőző időszakig a magyar halandóság – más kelet-európai országhoz hasonlóan – leszáadt a fejlett európai és tengerentúli országok által fémjelzett, javuló életkilátásokat jelző pályáról. Míg a fejlett európai országok éves szinten 0,2–0,3 évvel voltak képesek növelni a várható élettartamot, a magyar férfiak várható élettartama 1966 és 1990 között 67,5 évről 65,1 évre romlott (KSH, Demográfiai évkönyv, 2013). A hasonló történelmi tradíciójú kelet-közép-európai országok közül Lengyelországot ugyanezen évek alatt stagnálás jellemezte, Csehszlovákiában és Kelet-Németországban pedig a nyugati országoktól elmaradó ütemű növekedés ment végbe már az államszocializmus időszaka alatt is. A nők életésélyei ugyan mindenhol javultak Kelet-Közép-Európában, de jóval visszafogottabban, mint a kontinens nyugati országaiban. Magyarországon 1966 és 1990 között a nők várható élettartama 72,2 évről 73,7 évre nőtt, ami meglehetősen szerény elmozdulásnak mondható.

1. ábra. A férfiak születéskor várható élettartama Európa egyes országaiban, 1990–2012

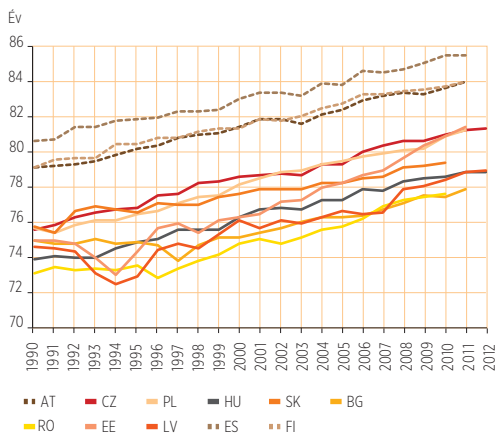


Forrás: HFA-DB; saját szerkesztés.

A politikai rendszerváltozásokkor a magyar népesség életkilátásai – a szovjet térség országaitól eltekintve – a legrosszabbak közé tartoztak Európában. A férfiak születéskor várható élettartama a harmadik legalacsonyabb volt (a lettek és az észtek után) az Európai Unió mai határain belül. A nők esetében csak a román nők életkilátásai (73,1 év) voltak kedvezőtlenebbek a magyarokénál (1. és 2. ábra).

A magyar férfiak évtizedek óta tartó mortalitási krízise nem ért véget a rendszerváltozással. A kilencvenes évek elején a gazdasági-társadalmi válság hatására hozzávetőleg fél évvel csökkent a várható élettartamuk (1990 és 1993 között 65,1 évről 64,5 évre), míg a nők lényegében nem változott (73,7, illetve 73,8 év). A válságot követően a férfiak körében évi átlagban valamivel több, a nők körében valamivel kevesebb mint 0,3 évvel nőtt a várható élettartam. Ennek következtében a nemek közötti eltérés az 1990-es 8,6 évről 6,7 évre csökkent, ami továbbra is elmarad a kedvező mortalitási profilú országokban megfigyelhető 4-5 évnyi különbségtől.

2. ábra. A nők születéskor várható élettartama Európa egyes országaiiban, 1990–2012



Forrás: HFA-DB; saját szerkesztés.

A hazánkban végbement javulás nem volt példanélküli. Hasonló mértékű előrelépés történt azokban a nyugati országokban is, ahol a javulás már a hatvanas években elkezdődött, és azt követően töretlenül folytatódott. Összehasonlítva az osztrák és a magyar születéskor várható élettartamok különbségét, 2010-ben a férfiak körében éppen úgy 7, a nők körében pedig 5 év volt, mint húsz évvel korábban. (Némileg kedvezőbb kép alakul ki, ha viszonyítási pontul 1994-et választjuk: ez esetben némi felzárkózásra következtethetünk a férfiak esetében.) Összességében azonban az Európán belüli viszonyok nem változtak. A magyar népesség mortalitása továbbra is a legkedvezőtlenebbek közé tartozik az Európai Unióban. Magyarország mortalitásának alakulása 20–25 év leszakadással követi az osztrák halandóságát. Az Európai Unión belül a magyar népesség életkilátásai még a visegrádi országok mortalitási szintjétől is elmaradva, egyes balti államokkal, valamint Romániával és Bulgáriával mutatnak hasonlóságot (1. és 2. ábra).

AZ EGYES KORCSOPORTOK HOZZÁJÁRULÁSA A VÁRHATÓ ÉLETTARTAM ALAKULÁSÁHOZ

A halandósági táblák dekomponálásával meghatározhatjuk az egyes korcsoportok halandóságának változásából adódó „hozzájárulás” mértékét a várható élettartamok különbségéhez. A továbbiakban annak az elemzésnek az eredményeit mutatjuk be (lásd 3. és 4. ábra), amelynek során az 1990. évi rövidített halandósági tábla minden egyes korcsoportban várható élettartama és a rákövetkező évek tábláinak hasonló életkorban várható élettartama közötti különbségét bontottuk fel a korcsoportok hozzájárulásai szerint. Az egyes korcsoportok szerepének meghatározása lehetővé teszi az elmúlt években lezajlott folyamatok idő-

beli dinamikájának áttekintését, és egyúttal a jövőbeli kilátások megfogalmazását. Az elemzést külön-külön elvégeztük mindkét nemre, ill. a könnyebb áttekinthetőség érdekében összevontuk a részletezettebb korcsoportos eredményeket (0, 1-14, 15-39, 40-64, 65-x év). A korcsoportok mindegyike jól meghatározható életszakaszhoz köthető: a csecsemőkorhoz (0 év), a gyermekkorhoz (1-14 év), a fiatal felnőttkorhoz (15-39 év), a középkorú (40-64 év) és az idős (65-x év) életszakaszokhoz.

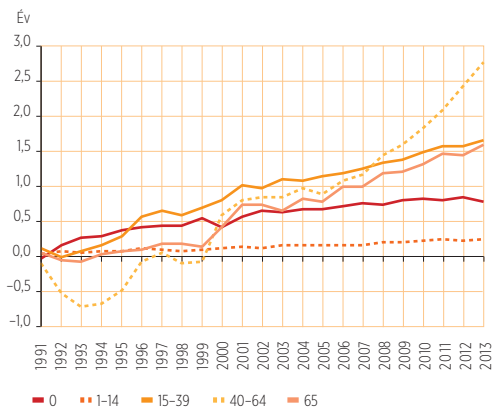
Az elemzést a Központi Statisztikai Hivatal által publikált éves rövidített halandósági táblák segítségével végeztük el. A férfiak nulla éves életkorban várható élettartama 1990 és 2013 között 65,1 évről 72,1 évre, azaz 7 évvel növekedett. A csecsemőkori halandóság javulása – a messze nem elhanyagolhatónak tekinthető – 0,7 évvel járult hozzá ehhez a különbséghez. Ábránk (3. ábra) jól mutatja, hogy a csecsemőhalandóság mérséklődéséből származó nyereség túlnyomó része 1990 és 2000 között keletkezett, azt követően az ebben a korcsoportban tapasztalható javulás tempója lelassult. A magyar csecsemőhalandóság ma már nem sokkal haladja meg az európai átlagot, a javulásától várható potenciális nyereség ezért csekélynek tekinthető. A gyermekkorúak mortalitásának csökkenéséből mindössze 0,2 év várható élettartam-javulás keletkezett, és e korosztályt illetően a jövőben sem várható komolyabb változás. A kelet-európai mortalitási krízis köztudottan a középkorú népességet érintette a legsúlyosabban, emiatt a gazdasági-társadalmi megváltoztatásokra érzékeny korcsoport halandóságának alakulása méltán érdemel kitüntetett figyelmet. Magyarországon 1990 és 2013 között a fiatal felnőttek mortalitásának csökkenése 1,7 évvel, míg a középkorúaké 2,8 évvel járult hozzá a férfinepesség mortalitásának javulásához. A javulás túlnyomórészt ahhoz a 40-64 éves korcsoporthoz kötődött, amelynek mortalitása 2000-ig romlott, és abban az időszakban csökkentette a várható élettartamot. Mindez rámutat a kilencvenes

évek eleji várható élettartam csökkenésének korszecifikus hátterére, valamint arra is, hogy a mortalitási krízis valamennyi korcsoportnál csak az ezredforduló után ért véglegesen véget. Az úgynevezett idő előtti (65 év alatti) halálozásokból származó javulás 5,4 évvel járult hozzá a várható élettartam emelkedéséhez.

A 65 éves és idősebb népesség mortalitásának javulása ennél szerényebbnek bizonyult, mindössze 1,5 évnyi nyereség származott belőle, ami – ellentétben a középkorúakéval – az ezredforduló időszakától vált egyre jelentősebbé.

A felnőtt középkorú és idős férfi népesség nyereségeinek meredeken emelkedő idősorai azt jelzik, hogy további jelentős tartalékok rejlenek a felnőtt népesség mortalitásának jövőbeli javulásában.

3. ábra. Az egyes korcsoportok hozzájárulása a születéskor várható élettartam 1990-et követő változásához, férfiak

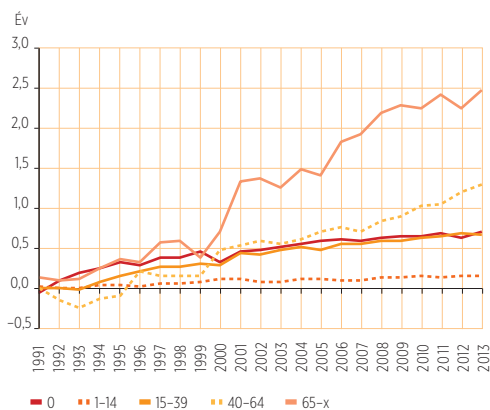


Forrás: KSH, Magyarország rövidített halandósági táblái, 1990-2013; saját számítás.

A nők várható élettartama 1990 és 2013 között 73,7 évről 79,0 évre, azaz 5,3 évvel növekedett. A férfiak és nők halandóságának alakulása hasonló volt a csecsemőhalandóságból és a gyermekkori halandóság javulásából származó nyereség nagyságát tekintve, amelyek a nők esetében is 0,7, illetve 0,2 évet jelentettek. A férfiakhoz hasonlóan a nők nye-

reségének a forrása is elsősorban a felnőtt és az idős népesség mortalitásának javulásából származott. A nők körében azonban a 64 év felettiek hozzájárulása jelentősebbnek bizonyult (2,5 év), mint a válság hatásait ugyancsak megsínylő középkorú (1,3 év) és fiatal felnőttek (0,7 év) együttesen. A 40–64 év közötti középkorúak mortalitási nyereségének 1999 óta tapasztalható meredek emelkedése (4. ábra) e korosztály életkilátásaiban rejlő javulási potenciálra enged következtetni. Az időskorúak mortalitásának javulásából a kilencvenes években mindössze fél év nyereség származott; az ezredfordulót követően azonban az időskorú női népesség túlélési esélyeinek eleddig sohasem látott radikális javulásával új időszak vette kezdetét.

4. ábra. Az egyes korcsoportok hozzájárulása a születéskor várható élettartam 1990-et követő változásához, nők



Forrás: KSH, Magyarország rövidített halandósági táblái, 1990–2013; saját számítás.

AZ EGYES HALÁLOKOK SZEREPE A VÁRHATÓ ÉLETTARTAM ALAKULÁSÁBAN

Az egyes halálokok szerepének bemutatásakor a korábban ismertetett dekompozíciós eljárásra támaszkodunk. A halálokok közül elsősorban a nagyobb haláloki főcsoportokat vizsgáljuk, ezen felül részletesebben a

szív- és érrendszeri megbetegedések okozta halálozást. Továbbá a daganatos és a külső halálokok közül is kiemeltünk néhány fontosabb okot, amelyek vagy bizonyos rizikófaktorok szerepére mutatnak rá, vagy a magyar halandósági szint szempontjából különösen fontosak.

Az esetszámok alakulása természetesen csak nagyon elnagyolt képet tár elénk (1. táblázat). A legfeltűnőbb változást 1990-hez képest a kardiovaszkuláris halálozások számának csökkenése jelenti: a férfiaknál negyedével, a nőknél több mint tizedével mérséklődött. Ennek a kedvező folyamatnak a hátterében az agyérbetegségek okozta halálozások nagyon jelentős visszaesése áll. Javulás volt megfigyelhető az emésztőrendszeri megbetegedések okozta halálozások esetében is, jelentősen csökkent például az alkoholos májbetegségek miatt bekövetkezett halálozások száma. Kevesebb, mint felére esett vissza a külső okokban elhunytak száma mindkét nem esetében; a jelentős súlyt képviselő öngyilkosságok gyakorisága a kategória egészéhez hasonló mértékben zsugorodott. Ezzel szemben számottevően emelkedett a női rosszindulatú daganatos halálozások előfordulása, amely elsősorban a dohányzás eredményezte tüdőrákok halálozások növekedésének volt köszönhető. A nők körében az ischaemiás szívbetegségekben történt elhalálozások száma is nőtt 1990 és 2013 között.

A várható élettartamok különbségének okspecifikus dekomponálása lehetővé teszi a korcsoportok halálokok szerinti hozzájárulásainak meghatározását. A férfiak esetében a dekomponálásból származó eredmények azt mutatják (5. ábra), hogy az 1990 és 2013 közötti 7 évnyi javulás elsősorban, de nem kizárólag a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozások mérséklődéséből fakadt (2,75 év, az összes nyereség 40%-a). A jelenség az epidemiológiai átmenet kardiovaszkuláris forradalomként számon tartott szakaszát jelzi, amely hatékony gyógyászati eljárás-

1. táblázat. Az elhalálozások száma fontosabb halálokok szerint nemeként, 1990-ben és 2013-ban

Halálok megnevezése	Férfiak		Nők	
	1990	2013	1990	2013
Fertőző és élősködők okozta betegségek	646	396	317	508
Daganatok	17 644	18 060	13 577	15 214
Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata	5 416	5 418	1 492	3 173
Gyomor és vékonybél rosszindulatú daganatai	1 806	990	1 180	710
Női emlőrák	–	–	2 097	2 167
Kolorektális daganatok	2 146	2 865	2 090	2 242
Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek	774	1 244	1 357	1 672
Keringési rendszer betegségei	36 375	27 600	39 865	35 379
Agyérbetegségek	9 556	5 427	11 662	7 401
Ischaemiás szívbetegségek	15 316	14 635	12 875	17 469
Légzőrendszer betegségei	4 079	3 822	2 565	3 187
Emésztőrendszer betegségei	5 511	3 741	3 504	2 649
Alkoholos májbetegségek	2 951	2 065	1 129	640
Morbiditás és mortalitás külső okai	8 459	3 981	4 816	2 143
Öngyilkosságok	2 980	1 588	1 153	505
Összesen	76 936	61 894	68 724	64 884

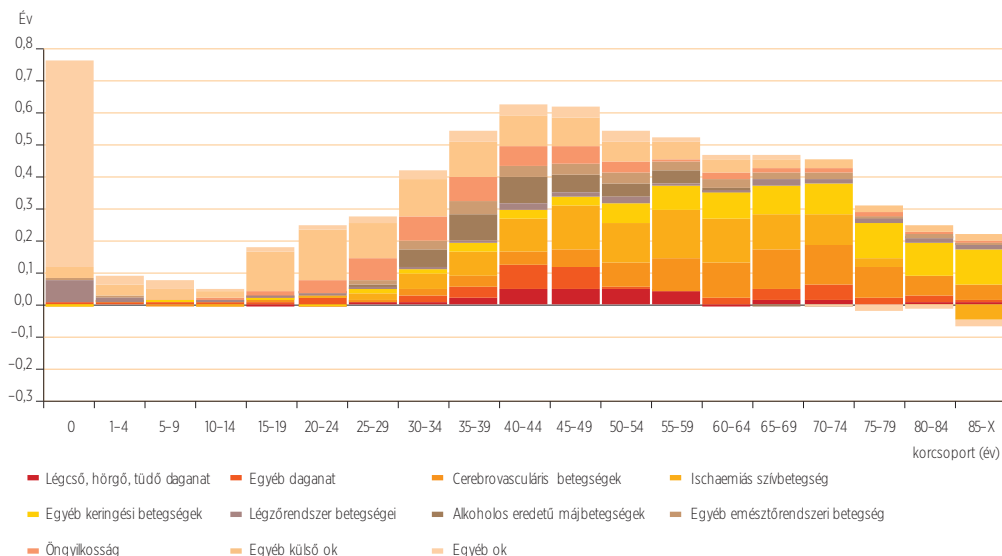
Forrás: KSH, Népmozgalmi adatok; saját szerkesztés.

soknak, szűrőprogramoknak, életmódban bekövetkező változásoknak egyaránt köszönhető. A kardiovaszkuláris mortalitás mérséklődésében nagyjából egyforma szerep tulajdonítható az infarktuszos halálozást magában foglaló ischaemiás halálozásnak (1,0 év), a cerebrovaszkuláris mortalitás terén bekövetkezett közel hasonló nagyságú nyereségnek (0,9 év), valamint az egyéb szívbetegségeknek (0,85 év). A külső okok miatt bekövetkezett halálozások szintjének csökkenése 1,7 év javulást eredményezett, vagyis az összes nyereség negyede (24,7%) e halálmegelőfordulásának mérséklődéséből adódik. Ezen belül az öngyilkosság visszaesése 0,5 évvel (7,4%-kal) járult hozzá az életkilátások kedvező alakulásához, ennek ellenére a hazai önpusztítás szintje nemzetközi összehasonlításban továbbra is magas. A külső okok terén elért javulás elsősorban a baleseti halálozásban elért látványos fejlődésnek köszönhető (1,2 év nyereség a várható élettartamban). A fennmaradó okok szerepe jóval mérsé-

keltebb volt. Az emésztőrendszeri megbetegedések terén elért javulás 0,7 évvel növelte a várható élettartamot. Ezen belül az alkoholizmushoz köthető alkoholos májbetegségek okozta halálozás mérséklődésének köszönhetően 0,4 évvel nőtt a magyar férfinépeség várható élettartama. A kardiovaszkuláris forradalomhoz hasonló fordulatnak azonban egyelőre a nyoma sem tapasztalható a daganatos halálozások területén, a visszaszorulásukhoz köthető nyereség negyed század alatt mindössze 0,64 év volt.

A többi halálteki főcsoport közül a légzőrendszer okozta halálozások mérséklődése 0,2 évvel, a fertőzőes halálozás csökkenése pedig kevesebb mint 0,1 évvel növelte a várható élettartamot. Összefoglalóan elmondható, hogy a férfiaknál a fontosabb halálokok mindegyikében javulás történt 1990-hez képest, egyedül a 85 év felettek esetében látható az ischaemiás szívbetegség szintjének kisebb mértékű növekedéséhez köthető veszteség.

5. ábra. Az egyes korcsoportok halálokok szerinti hozzájárulása a születéskor várható élettartam változásához, férfiak, 1990-2013



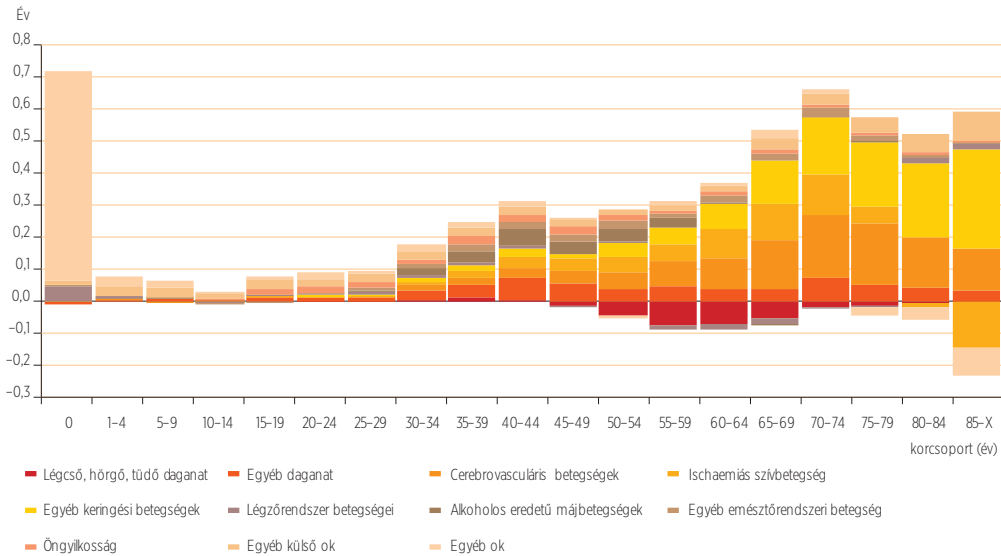
Forrás: KSH, Magyarország rövidített halandósági táblái; KSH, Népmozgalmi adatok; saját számítás.

A nyereségek korcsoportos mintázata halálokként különböző volt. A csecsemőkori halandóság terén elért javulás – tekintve a fertőzések eredetű halálozások minimális hatásától – olyan betegségeknek és veleszületett rendellenességeknek tudható be, amelyek más korcsoportokban nem fordulnak elő, ezért ezek elemzésbe történő bevonásától eltekintettünk. A gyermekkorúak halandóságának csökkenéséből adódó mérsékelt élettartam-növekedés a külső okok, zömmel a balesetek okozta halálozás mérséklődéséből fakadt. A fiatal felnőttek összességében 1,1 évnyi hozzájárulása a várható élettartam növekedéséhez ugyancsak elsősorban a külső okok miatti halálozások javulásának tudható be. A középkorú felnőtteknél tapasztalható növekedés (2,7 év) részben a keringési rendszer betegségeihez kapcsolódó halálozásokból (1,3 év), jellemzően az infarktusos és kisebb mértékben stroke halálozások mérséklődéséből származott. Közel hasonló jelentőségű az emésztőrendszer okozta halálozásokból (0,4 év), a külső okokból (0,3 év) és a

daganatos halálozásokból származó nyereség (0,3 év). A legidősebbek körében jelentkező nyereség (1,6 év) háromnegyede a kardiovaszkuláris mortalitás javulásának eredménye (1,2 év), az externális okok és a daganatok visszaszorulása ehhez képest csekély szereppel bírt (mindkettő egyaránt 0,2 év).

A nők mortalitás változásának mértéke mellett a nyereségek korcsoportos szerkezete és halálokok szerinti forrása számottevően eltért a férfiakétól (6. ábra). Az első két felvetést már korábban érintettük. A halálokok tekintetében a férfiak és nők közötti különbségek közül a legfontosabb, hogy a nők várható élettartambeli nyereségének jelentősebb hányada a kardiovaszkuláris halálozások terén bekövetkezett javulásból (2,9 év, 54,4%) származott. A nyereség túlnyomó része azonban időskorban realizálódott. A külső okok szerepe a nők esetében szintén meghatározónak bizonyult (0,8 év), de a férfiakhoz képest jóval szerényebb arányban (15%) járult hozzá a várható élettartam növekedéséhez. A daganatos halálozásokból adódó nyereség mindössze 0,3 év volt,

6. ábra. Az egyes korcsoportok halálokok szerinti hozzájárulása a születéskor várható élettartam változásához, nők, 1990-2013



Forrás: KSH, Magyarország rövidített halandósági táblái; KSH, Népmozgalmi adatok; saját számítás.

amely a légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganatai miatti halálozások romlása (-0,3 év), illetve az egyéb daganatos halálozások terén bekövetkezett 0,6 évnyi javulás eredményeként jött létre. A férfiakhoz hasonlóan a daganatos halálozásból származó nyereség tehát mérsékelte, a – dohányzás hatására egyértelműen utaló – légcső, tüdő és hörgő rosszindulatú daganatai miatti halálozások pedig a várható élettartam mérséklődése irányába hatottak.

AZ OKSPECIFIKUS HALÁLOZÁS ALAKULÁSA EURÓPAI ÖSSZE-HASONLÍTÁSBAN

Az európai országokban a várható élettartam növekedésének motorja az utóbbi négy évtizedben a kardiovaszkuláris halálozás dinamikus mérséklődése volt. A szív- és érrendszeri halálozás Európa minden országában csökken, ugyanakkor ez a folyamat az egyes országokban különböző időpontokban kezdődött meg, és dinamikája is eltérően alakult, mely tényezők együttes eredményeként jelentős különbségek alakultak ki a kardiovaszkuláris halálozások jelenlegi szintjében, illetve a közeljövő perspektíváit illetően is.

A nyugat-európai országok többségében a szív- és érrendszeri halálozás mérséklődése már a hetvenes évek során megkezdődött, a „megkésétt” országokban pedig erre az 1980-as évek elején került sor. A volt szocialista országokban ez a fordulat az 1990 és 1998 közötti időszakban történt meg: Lengyelországban és Csehországban 1990 körül, Magyarországon és a balti államok körül 1995-től, Bulgáriában pedig csak 1999 után (7. és 8. ábra). A rendszerváltást követő néhány évben bizonyos országokban (elsősorban a balti államokban, Bulgáriában és Romániában) jelentősen emelkedett a kardiovaszkuláris halálozás, és csak azt követően kezdődött meg a többé-kevésbé folyamatos mérséklődés. Magyarországon a rendszerváltást követő emelkedés mérsékelte, de a férfiak körében érzékelhető volt. A 2000-es éveket már minden országban

csökkenés jellemezte, amelynek dinamikája elsősorban a balti államokban volt különösen nagy. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy néhány olyan országban – elsősorban Lengyelországban és Csehországban –, ahol a kardiovaszkuláris halálozás mértéke 1990-ben hasonló volt a magyarországihoz, a 2000-es évek folyamán is hasonló ütemben csökkent a halálozás. Amiatt azonban, hogy a csökkenési periódus korábban kezdődött, napjainkra a magyarországinál jóval alacsonyabb lett a szív- és érrendszeri halálozás szintje.

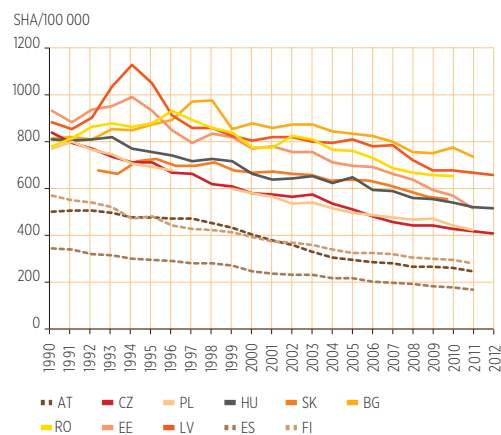
A magyar férfiak körében a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás nem csupán később kezdődött, mint a lengyel és cseh férfiak körében, hanem annak üteme is kismértékben elmaradt attól. A halálozás csökkenése ugyanakkor a legutóbbi években is egyértelműen folytatódott. A magyar férfiak körében a mérséklődés üteme hasonló, mint a – napjainkban jóval magasabb szintű – román és bolgár halálozása, a balti államokban – elsősorban Észtországban – ellenben jóval gyorsabb a magyarországinál.

A magyar nők körében a szív- és érrendszeri halálozás hosszabb távon igen hasonló ütemben csökkent, mint a régió más országaiban, ugyanakkor a legutóbbi években a mérséklődés megtorpanni látszik (hasonló jelenség csak Lettországon volt tapasztalható). A legutóbbi két évben látható enyhe növekedés nem tekinthető a mérséklődési trend végleges megtörésének, hiszen egy-két éves megtorpanások máshol és korábban Magyarországon is előfordultak.

A nyugati országokban – amelyeket ábráinkon a szomszédos Ausztria, az európai viszonylatban élenjáró Spanyolország és az 1970-es években még hazánkhoz nagyon hasonló helyzetben lévő Finnország reprezentál – a szív- és érrendszeri halálozás mind a férfiak, mind pedig a nők körében jóval alacsonyabb, mint Magyarországon, illetve szűken vett régióinkban. A magyar férfiak kardiovaszkuláris halálozása hozzávetőleg

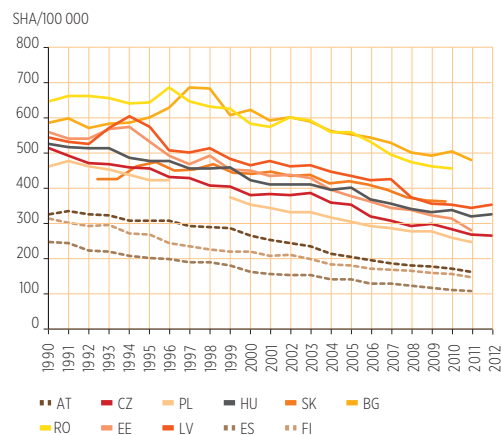
kétszerese az ausztriai férfiakénak, és 150%-kal haladja meg a spanyol férfiak halálozási szintjét. A magyar nők szív- és érrendszeri okokhoz köthető halálozása 2011-ben hasonlóképpen kétszerese volt az ausztriai nőkének, illetve háromszorosa a spanyolországiakénak.

7. ábra. Szív- és érrendszeri okokból bekövetkezett halálozás alakulása néhány európai országban, férfiak, 1990–2012



Forrás: European Mortality Database (MDB).

8. ábra. Szív- és érrendszeri okokból bekövetkezett halálozás alakulása néhány európai országban, nők, 1990–2012



Forrás: European Mortality Database (MDB).

A kardiovaszkuláris halálozás régióra jellemző magasabb halálozási szintjének magyarázatát kisebb részben a klasszikus rizikófaktoroknak (mozgásszegény életmód, egészségtelen táplálkozás, dohányzás és alkoholfogyasztás) való magasabb kitettségben, nagyobb részben azonban a magas vérnyomás szabályozásának alacsonyabb elterjedtségében, különösképpen pedig a koleszterinszint-csökkentő gyógyszerek jóval alacsonyabb használatában látták korábban (Helis et al. 2011).

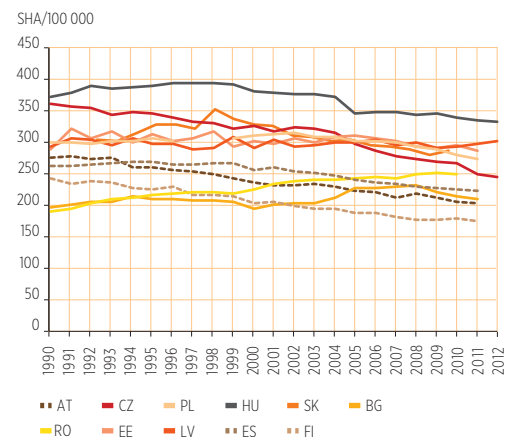
A magyarországi mortalitási helyzet régióknak egészét tekintve különös jellemzője, hogy nem csupán a kardiovaszkuláris, hanem a második legnagyobb haláloki csoportnak tekinthető daganatos halálozás szintje is kifejezetten magas.

A férfiak körében a daganatos halálozás szintje a legmagasabbak között van Európában (9. ábra). A hosszú távú trendeket ugyanakkor csak a Magyarországon 2005-ben életbe lépett új haláloki kódolási rendszer figyelembe vételével értékelhetjük. Hatására ugyanis visszaesett azoknak a halálozásoknak a száma, amelyeknél a legfontosabb halálhoz vezető okként a daganatot jelölték meg. A 2005 utáni adatok is arról árulkodnak azonban, hogy a daganatos halálozás a magyar férfiak körében közel 20%-kal magasabb, mint a magas daganatos halálozású kelet-európai vagy balti országokban, illetve akár a kétszeresét is elérheti a legalacsonyabb daganatos halálozású országokban tapasztaltnak. Néhány régióknak tartozó ország esetében (Románia és Bulgária) a tumoros halálozás viszonylag alacsony, ugyanakkor dinamikusan növekszik. A magyar férfiak körében – leszámítva a feltehetően nyilvántartási, kódolási okokból adódó, 2005-ös hirtelen csökkenést – nagyon enyhén csökkenő tendenciát mutat a kilencvenes évek második fele óta. A lassú csökkenés hátterében Magyarországon és sok más országban is elsősorban a tüdőrákos halálozások lassú visszaesése áll. Sok országban néhány más egyéb ráktípus

(elsősorban a kolorektális daganatok) okozta halálozás esetében is látható csökkenés, azonban hazánkban ennek nem volt szerepe a trend alakításában.

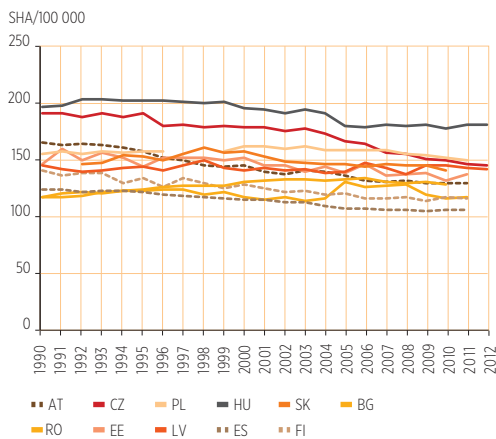
A nők körében ugyancsak több országban is tapasztalható a daganatos halálozás határozott csökkenése, legalábbis a legutóbbi évtizedekben; ugyanakkor Lettországon, Bulgáriában és Romániában a trendek határozottan növekvőek. A magyarországi trend – leszámítva a 2005. évi változásokat – lényegében hosszú ideje stagnál, amely a tüdőrákos halálozás enyhe növekedéséből és néhány más daganattípus esetében tapasztalható csökkenésből adódik össze. A magyar női daganatos halálozás 70%-kal haladja meg a legkedvezőbb európai, és 10–20%-kal a magasabb halálozású régiós országok szintjét (10. ábra). Fontos még megjegyezni, hogy a nők esetében is stagnál az utóbbi években a – korábban még enyhén csökkenő – kolorektális daganatok és az emlőrák miatti halálozás. A dohányzás visszaszorítása mellett ezért a megelőzési tevékenység intenzívebbé tételére is szükség lenne ahhoz, hogy a daganatos halálozás szintje a mai kiugróan magas szintről mérséklődhessen.

9. ábra. Daganatos halálozás alakulása néhány európai országban, férfiak, 1990–2012



Forrás: European Mortality Database (MDB).

10. ábra. Daganatos halálozás alakulása néhány európai országban, nők, 1990–2012

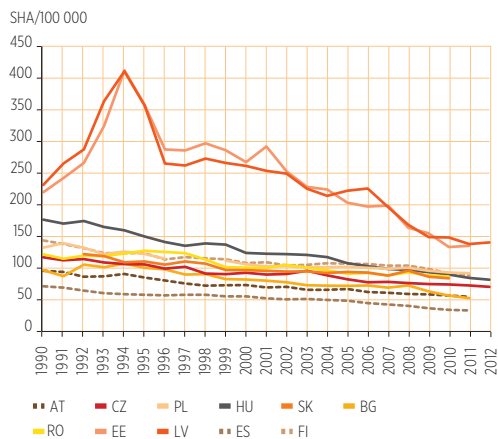


Forrás: European Mortality Database (MDB).

A halálozások harmadik nagy csoportját az úgynevezett külső okok adják, amelyek közé a közlekedési és más típusú balesetek, az emberölések és az öngyilkosságok tartoznak. Magyarországon a férfiak esetében a külsődleges okokból bekövetkezett halálozások szintje 2012-re a felére esett vissza 1990-hez viszonyítva (11. ábra). Magyarországon mind az öngyilkosságok, mind pedig az egyéb, ide tartozó halálokok gyakorisága folyamatosan csökkent az elmúlt évtizedekben. A mérséklődés az utóbbi két évtized során lényegében töretlen volt, és ez a legutóbbi években is folytatódott. A magyarországi halálozási szint ugyan a legjobb európai értékeknek ma is a kétszerese, de nem különbözik jelentősen más régiós országokétól, és mérséklődésének dinamikája is jóval nagyobb a máshol tapasztaltnál (kivéve az e tekintetben most még különösen magas halálozású balti államokat).

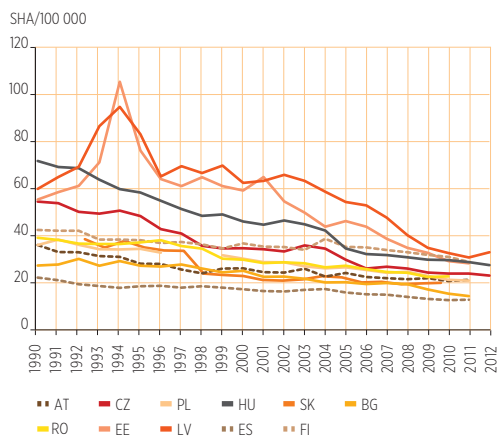
A nők körében a külsődleges okokból bekövetkezett halálozás 1990 és 2012 között egyharmadára esett vissza (12. ábra). Ebben az öngyilkosságok és közlekedési balesetek okozta halálozás mérséklődése mellett jelentős szerepet játszott az egyéb balesetek (pl. esések) számának csökkené-

11. ábra. Külső okok miatti halálozás alakulása néhány európai országban, férfiak, 1990–2012



Forrás: European Mortality Database (MDB).

12. ábra. Külső okok miatti halálozás alakulása néhány európai országban, nők, 1990–2012



Forrás: European Mortality Database (MDB).

se is. E halálnem esetében a törésvonalak nem követik a regionális megoszlást: Bulgáriában és Ausztriában például hasonlóan alacsonyak az arányszámok. A korábban magas külsődleges halálozású országokban (köztük Magyarországon) mindenhol erőteljes a csökkenés, míg a korábban alacsony halálozású országokban lassabb a mérsék-

lődés. A külsődleges okok miatti halálozás erőteljesen konvergál Európa különböző országaiban.

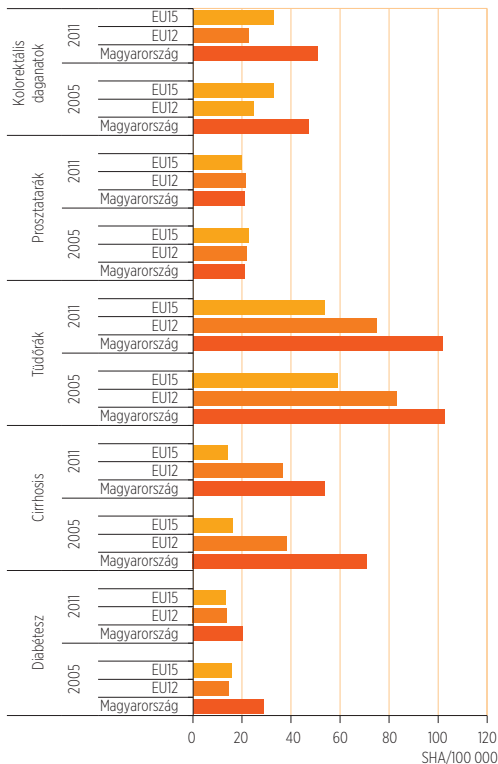
A következőkben azokra a halálokokra vonatkozó trendeket tekintjük át (13. és 14. ábra), amelyek a várható élettartamot önmagukban kevésbé befolyásolják, ugyanakkor nagyobb, a halálozást befolyásoló tényezők „indikátorai”-nak tekinthetők. Ezek közül a tényezők közül a mortalitásra és egészségi állapotra különösen nagy befolyást gyakorló életmód-faktorokat (étkezés, dohányzás és alkoholfogyasztás) emeljük ki.

A táplálkozás minőségével kapcsolatos egyik jelzőszám a diabeteshez kapcsolódó halálozás lehet. (Ennél természetesen jóval többen halnak meg táplálkozással kapcsolatos okokban, elsősorban szívbetegségek-

ben, de azokban a halálozásokban más faktorok is erős szerepet játszanak.) 2005-ben a diabeteses halálozás Magyarországon mind a szűkebb régiókban (amely alatt most az EU12 országait értjük), mind pedig tágabb európai összehasonlításban a magasabbak közé tartozott. 2011-re azonban mind a férfiak, mind pedig a nők körében valamennyit közelített az európai átlagértékekhez, ugyanakkor azokat még mindig meghaladja: 50%-kal a férfiak és 60%-kal a nők körében (13. és 14. ábra).

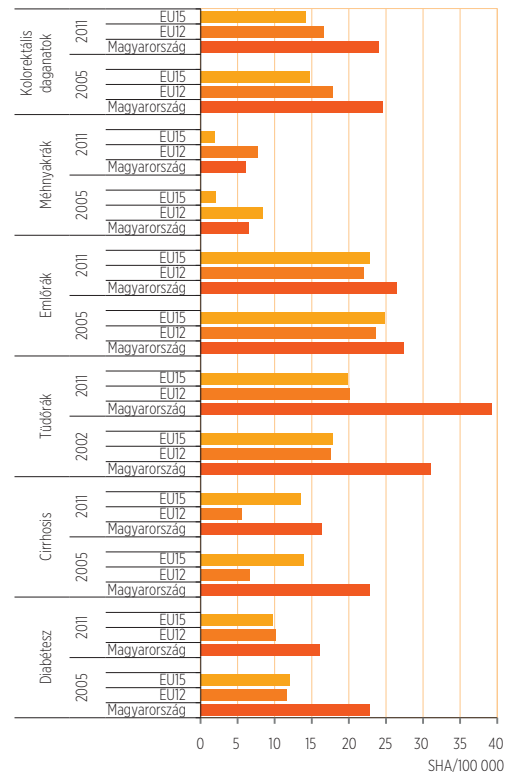
Az alkoholfogyasztással áll kapcsolatban a krónikus májbetegség és a májcirrhosis. Az ez okok miatti halálozás szintén különösen magasnak tekinthető mind régiós, mind pedig tágabb európai összehasonlításban. 2005 és 2011 között mind a férfiak,

13. ábra. Néhány kiemelt halál oka szerinti halálozás Magyarországon, az EU régebbi és újabb tagállamaiban, férfiak, 2005 és 2011



Forrás: European Mortality Database (MDB).

14. ábra. Néhány kiemelt halál oka szerinti halálozás Magyarországon, az EU régebbi és újabb tagállamaiban, nők, 2005 és 2011



Forrás: European Mortality Database (MDB).

mind pedig a nők körében jelentősen csökkent Magyarországon az ez okhoz kötődő halálozás, ugyanakkor a férfiak körében 48, a nők körében pedig 21%-kal magasabb a szűkebb régiókat jellemző szintnél, a nyugat-európai szintnek pedig mindkét nemre vonatkozóan hozzávetőleg háromszorosa. Az alkoholfogyasztással kapcsolatban álló halálozás trendje ugyanakkor (ellentétben a diabéteszes halálozásával) már hosszabb ideje erőteljesen csökkenő tendenciát mutat, és ha ez a trend folytatódik, a magyar halálozási szint e tekintetben belátható időn belül a régiós, illetve az európai átlagos szintek közelébe süllyedhet (13. és 14. ábra).

Másképpen értékelhetjük a dohányzás indikátoraként használt tüdőrákos halálozás trendjeit. A magyar arányszámok – mind a férfiak, mind pedig a nők körében – e tekintetben is a régiós, illetve a tágabb európai átlagos szintek fölött vannak. Miközben a tüdőrákos halálozás 2005-ben és 2011-ben mind a szűkebb régiókban, mind pedig a régebbi uniós országokban csökkent a férfiak körében, a magyar férfiak mutatója kismértékben nőtt, és 35%-kal magasabb a régió, 90%-kal pedig a régebbi európai uniós országok átlagánál. A nők esetében a tüdőrákos halálozás mind a viszonyítási alapként választott régiókban, mind pedig Magyarországon nőtt 2005 és 2011 között. A magyar nők értéke ugyanakkor 2011-ben közel kétszeresét tette ki – az egymáshoz igen hasonló – régiós és az európai átlagnak (13. és 14. ábra).

Az egészségügyi ellátás színvonalát és annak halálozást alakító szerepét olyan okok vizsgálatán keresztül szemlélhetjük, amelyek esetében szűrés segítségével csökkenthető a korai halálozás (méhnyakrák, emlőrák, kolorektális tumorok), vagy pedig a szűrést is magában foglaló gondozás segítségével a betegség jól menedzselhető (prostatarák). Az ilyen okokból bekövetkezett halálozások viz-

sgálata alapján alkotott kép vegyes. Pozitívan értékelhető például a prosztatatarákos mortalitás mutatója: a magyarországi halálozási szint 2011-ben a régiós átlagnál kismértékben alacsonyabb, és alig haladja meg a régebbi uniós országokban tapasztalható szintet. Az emlőrák tekintetében ugyanakkor a halálozás szintje nagyon keveset változott 2005 és 2011 között, és kismértékben mindkét időpontban magasabb volt mind a régiós, mind pedig a régebbi uniós országokénál. Nagyobb különbségek mutatkoznak a méhnyakrák halálozást illetően: ez alacsonyabb a régiós átlagnál, de többszöröse a régebbi uniós országokénál, és 2005 és 2011 között semmiféle mérséklődése nem volt tapasztalható. Szintén borúlátásra adhat okot a kolorektális dagانات okozta halálozás magas szintje, amely 2005 és 2011 között a férfiak körében nem változott lényegesen, a nők körében ellenben nőtt. 2011-ben az ez okokból bekövetkezett halálozás szintje a nők körében 70, a férfiak körében pedig 125%-kal volt magasabb a régebbi uniós országokban tapasztalhatónál (13. és 14. ábra).

Összességében tehát a klasszikus rizikófaktorokhoz kötődő halálozást a 2010-es évek elején változatlanul nagyon magasnak értékelhetjük Magyarországon. Értékelhető ugyanakkor, hogy jelentős átrendeződés megy végbe az egyes rizikófaktorok között azok fontosságát, halálozást alakító szerepét illetően. Enyhe mérséklődést látunk a táplálkozással kapcsolatos, stagnálást a dohányzással és nagyon erőteljes mérséklődést az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálozásban. Mindezek azt jelzik, hogy az első számú rizikófaktoroként számon tartott alkoholfogyasztás szerepét lassan átveszi a dohányzás. A táplálkozással kapcsolatos rizikót nem lehetséges e pillanatban számszerűsíteni, de egyes adatok enyhe mérséklődésre, mások (lásd 6. fejezet) a probléma változatlanul jelentős voltára utalnak.

CSALÁDI ÁLLAPOT ÉS MORTALITÁS

A mortalitás családi állapot szerinti különbségei, ezen belül az a tény, hogy a házasoknak a nem házasokhoz képest kedvezőbb életkilátásai vannak, már a XIX. század közepe óta ismert. Az empirikus tapasztalatok szerint a legalacsonyabb halandóság a házasokat jellemzi, őket a nem házasok (nőtlenek és hajadonok) követik, akikhez képest az egykor házasok (elváltak, megözvegyültek) magasabb halandósággal rendelkeznek. Az is jól dokumentált, hogy a házasság által nyújtott védelem jelentősebben befolyásolja a férfiak életesélyeit, mint a nőkéét. Ezeket a megfigyeléseket kétfajta magyarázati modell alapján szokás interpretálni. A szelekciós megközelítés szerint az egészségesebb személyek sikeresebben találnak társat és kötnek házasságot, a rossz egészségi állapot viszont csökkenti a házasság és növeli a válás esélyét. A másik, az ún. társadalmi okság magyarázat a házasság életkilátásokra gyakorolt kedvező hatását a házasok társadalmi/anyagi erőforrásokkal való jobb ellátottságára, az általuk (feltehetően) élvezett erősebb társas támogatottságra, illetve a házas felek állandó kontrolljából is adódó egészségesebb életmódjára vezeti vissza.

A családi állapot szerinti halandósági különbségeket direkt módon, az európai népesség kormegoszlására (ESP-1976) *standardizált halálozási arányszámok*^F segítségével mutatjuk be. A standardizált arányszámok számításához szükséges nem- és korszertinti népességszámok az adott évi népszámlálásokból, az ugyanazon évre vonatkozó halálozási adatok a népesség-regiszterből származnak. A standardizált arányszámokat a 25 éves és idősebb népességre, az 1990-es, 2001-es és 2011-es évekre vonatkozóan számítottuk ki.

A halálozási arányszámok alapján megállapíthatjuk, hogy a halandósági különbsé-

gek házas és nem házas csoportok között válnak szét legmarkánsabban. A házasok nem házasokhoz viszonyított mortalitása mindkét nem esetében kedvezőbb. A házasok védettsége a különféle halálokok esetében is jól kivehető (2. és 3. táblázat), és dacára a házassági hajlam mérséklődésének, továbbra is tartósan fennáll.

2. táblázat. A 25 éves és idősebb férfiak standardizált halandósági arányszámjai családi állapot szerint, 1990-ben, 2001-ben és 2011-ben⁹⁾

Halálokok	Nőtlen, hajadon				Összesen
	Házás	Özvegy	Elvált	Összesen	
1990					
Daganatos	554,4	559,7	679,7	885,6	581,0
Keringési	1121,5	1672,0	1645,2	2078,4	1261,4
Légzőszervi	114,3	260,3	216,1	236,2	139,1
Emésztőrendszer	141,2	294,1	330,4	374,3	179,8
Külső okok	186,5	435,6	512,3	525,0	248,8
Egyéb	97,4	245,9	185,4	278,7	125,0
Összesen	2215,2	3467,6	3569,1	4378,2	2535,0
2001					
Daganatos	534,7	599,1	800,9	799,0	589,1
Keringési	835,6	1209,0	1475,3	1412,4	991,5
Légzőszervi	60,8	140,5	138,9	146,3	80,6
Emésztőrendszer	134,4	302,4	552,9	341,5	188,2
Külső okok	119,5	279,7	362,9	353,5	177,9
Egyéb	75,2	179,0	179,1	169,5	102,0
Összesen	1760,2	2709,8	3509,9	3222,2	2129,2
2011					
Daganatos	458,0	622,9	641,7	641,8	513,2
Keringési	656,8	1233,6	1191,0	1183,3	814,9
Légzőszervi	76,6	193,7	175,4	141,2	103,4
Emésztőrendszer	89,9	190,0	215,6	205,7	126,3
Külső okok	80,4	200,4	309,3	226,0	123,3
Egyéb	90,1	232,1	153,3	178,6	120,9
Összesen	1451,8	2672,8	2686,3	2576,6	1802,0

⁹⁾ Saját számítás, az európai népesség kormegoszlásával standardizált.

A nem házasok különböző csoportjai közötti halandósági különbségek azonban valamelyest változtak 1990 és 2011 között. 1990-ben a 25 év feletti házas férfiak 100 000 főre kifejezett standardizált arányszámának (2215,2) közel a duplája jellemezte az elváltakat (4378,2), míg a nőtlenek és az özvegyek halálozása közel azonos értéket mutatott (3467,6 és 3569,1 százezrelék), hozzávetőleg 60%-kal volt magasabb az arányszámuk a házasokénál. Egy évtizeddel később már az özvegyek mortalitása (3509,9 százezrelék) volt a legmagasabb, a házasokénál a kétszerese (1760,2 százezrelék), ettől azonban nem sokkal tért el az elváltak arányszáma (3222,2 százezrelék), míg a nőtlen/hajadon csoport továbbra is a házasok után következett (2709,8 százezrelék).

A mérsékelt eltérések ellenére a nőtlenek, elváltak és özvegyek halandósága közötti különbségek 2001-ben még szignifikánsnak bizonyultak, egy évtizeddel később azonban már nem. A halandóság családi állapot szerinti különbségei a nőknél is házas és nem házas csoportok szerint váltak szét mind a teljes halandóságnál, mind pedig az okspecifikus halandóságnál. A nőknél a nem házas családi állapotúak házasokhoz viszonyított mortalitási többlete rendszerint kisebb volt, mint a férfiaknál.

A nem házasok között mindhárom időszakban az özvegy nők mortalitási szintje volt a legalacsonyabb. 1990-ben és 2001-ben az elváltak, 2011-ben pedig a hajadonok halandósága volt a legmagasabb. A családi állapot szerinti csoportok halandósága közötti különbségek szignifikáns módon eltértek egymástól 1990-ben és 2011-ben, 2001-ben azonban nem különbözött egymástól jelentős mértékben a hajadonok, illetve az elváltak halálozása.

Összefoglalóan elmondható, hogy a családi állapot szerinti halandóság a házas és nem házas relációban válik szét egyértelműen, ami konzisztens a nemzetközi és a hazai tapasztalatokkal. A nem házas csoportok közötti különbségek eredményei változatosabb mó-

3. táblázat. A 25 éves és idősebb nők standardizált halandósági arányszámai családi állapot szerint, 1990-ben, 2001-ben és 2011-ben^{a)}

Halálokok	Házás	Nőtlen, hajadon	Özvegy	Elvált	Összesen
1990					
Daganatos	286,0	360,4	332,2	420,2	306,8
Keringési	700,8	1005,5	879,2	1194,1	824,3
Légzőszervi	43,5	128,0	58,0	78,1	53,6
Emésztőrendszer	72,7	70,4	151,3	124,4	84,0
Külső okok	76,8	150,9	137,6	153,9	102,7
Egyéb	76,0	141,6	86,5	104,2	77,0
Összesen	1255,8	1856,9	1644,7	2075,0	1448,5
2001					
Daganatos	266,0	356,3	348,1	386,9	302,3
Keringési	457,2	754,7	716,6	770,6	639,8
Légzőszervi	23,2	76,3	36,2	47,4	33,1
Emésztőrendszer	61,0	92,8	115,3	110,3	77,5
Külső okok	42,5	83,5	84,5	98,1	64,6
Egyéb	48,4	110,2	79,2	81,1	66,5
Összesen	898,4	1473,7	1380,0	1494,5	1183,8
2011					
Daganatos	244,2	332,1	326,8	347,9	279,1
Keringési	348,3	690,4	558,8	629,6	503,1
Légzőszervi	32,8	93,3	55,4	58,7	47,6
Emésztőrendszer	41,3	73,4	69,6	68,8	53,6
Külső okok	31,0	56,9	53,0	57,3	40,5
Egyéb	70,4	170,3	98,8	108,8	90,4
Összesen	767,9	1416,4	1162,4	1271,0	1014,3

^{a)} Saját számítás, az európai népesség kormegoszlásával standardizált.

don alakultak, a közöttük levő különbség az összhalandóság tekintetében mérsékeltebb volt. Érdeemes azonban felhívni a figyelmet a családi állapot szerinti halandósági különbségek elemzésének korlátaira. A tipológia a szokásos, jogrend által elismert kategóriákon alapul. A kapcsolatok tartósságára vonatkozó információk mellett más hatásokat sem vettünk figyelembe. Mindezen túl hang-

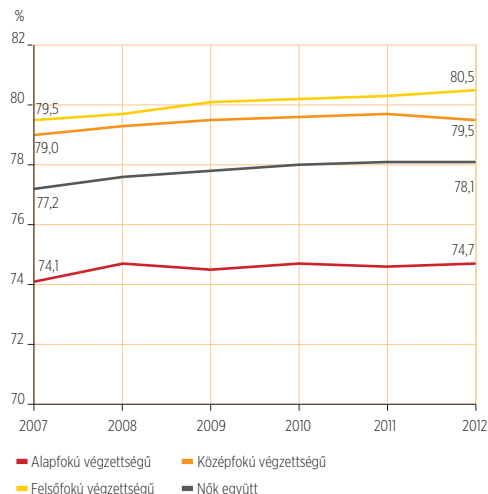
súlyozzuk, hogy a népesség és a halálozási adatok két különböző adatforrásból származnak, összeillesztésük okozhat torzítást.

TÁRSADALMI KÜLÖNBΣÉGEK AZ ÉLETKILÁTÁSOKBAN

A várható élettartamra vonatkozóan nemzetközi összehasonlító adatok csak a legutóbbi évekre vonatkozóan és csak iskolai végzettség szerint állnak rendelkezésre. Az Európai Statisztikai Hivatal számításai szerint 2012-ben Magyarországon a csak alacsony végzettséggel rendelkező nők születéskor várható élettartama 74,7 év volt, amely a 2008-ban mért azonos értékhez viszonyítva nem növekedett a rákövetkező négy év során. A felsőfokú végzettséggel rendelkező nők születéskor várható élettartama viszont 80,5 év volt 2012-ben, amely 2008-hoz viszonyítva majdnem 1 évnyi emelkedést mutat. A középfokú végzettségű nők életkilátásai közel azonosak a felsőfokú végzettségűekével: 2012-ben annál csupán 1 évvel volt rövidebb (79,5 év), ugyanakkor a 2008-tól 2011-ig tartó lassú javulása 2012-ben megtörni látszott, amikor 0,2 évvel rövidült (79,7 évről) az előző évhez viszonyítva (15. ábra).

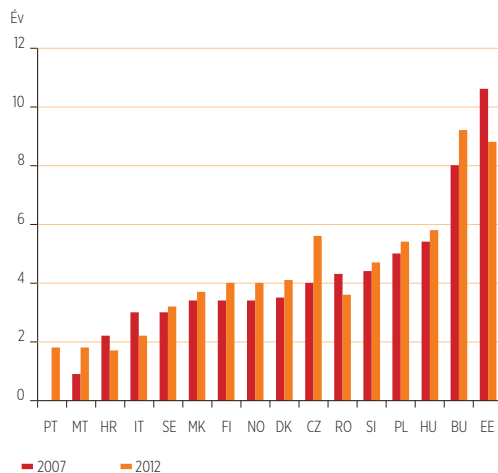
Európában 2007 és 2012 között a nők életkilátásaiban iskolai végzettség szerint mutatkozó különbségek általában véve nőttek. Magyarországon az alsó- és felsőfokú végzettségűek közötti különbség 5,4 évről 5,8 évre nőtt. Azoknak az országoknak a többségében, amelyekre nézve hasonló adatokkal rendelkezünk (15. ábra), ugyancsak viszonylagos növekedés mutatkozott ebben az időszakban; csupán Észtországban, Romániában, Olaszországban és Horvátországban mérséklődtek az eltérések. Összességében a kelet-közép-európai régióban a különbségek nagyobbak, mint a nyugat-európai országokban: míg ez utóbbiakban az alacsony illetve felsőfokú végzettséggel rendelkező nők életkilátásaiban 2–4 év különbség mutatkozik, addig régióinkban 4–8 év (16. ábra).

15. ábra. A születéskor várható élettartam alakulása iskolai végzettség szerint, nők, 2007–2012



Forrás: Eurostat.

16. ábra. A felső- és alacsony végzettségű nők születéskor várható élettartamában mutatkozó különbségek Európa néhány országában, 2007-ben és 2012-ben

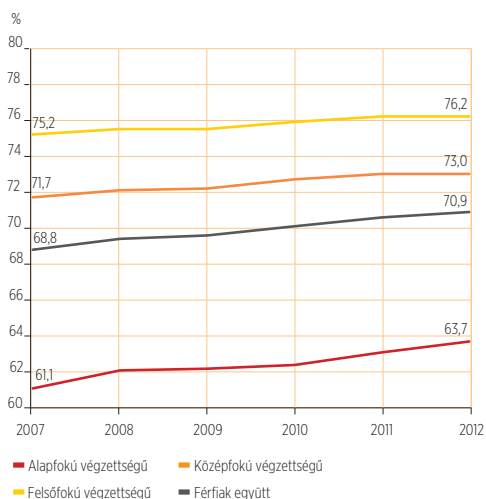


Forrás: Eurostat.

A férfiak esetében az iskolai végzettség jóval erőteljesebben határozza meg az életkilátásokat. 2012-ben az alacsony végzettséggel rendelkező magyar férfiak

születéskor várható élettartama 63,7 évre tehető, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezőké 12,5 évvel hosszabbra, azaz 76,2 évre. 2008-ban a két megfelelő adat közötti különbség 13,4 év volt, a különösen nagynak ítéltető különbségek némiképp mérséklődtek. Ugyanakkor – eltérően a nők körében tapasztalható tendenciától – a középfokú végzettséggel rendelkező férfiak életkilátásai is jóval rövidebbek a felsőfokú végzettségükénél: az ő születéskor várható élettartamuk 2012-ben 73 évre volt tehető. 2008 és 2012 között a férfiaknál minden iskolai végzettség szerinti csoportban kismértékű növekedés következett be (0,7; 0,9; illetve 1,6 évvel) (17. ábra).

17. ábra. A születéskor várható élettartam alakulása iskolai végzettség szerint, férfiak, 2007–2012

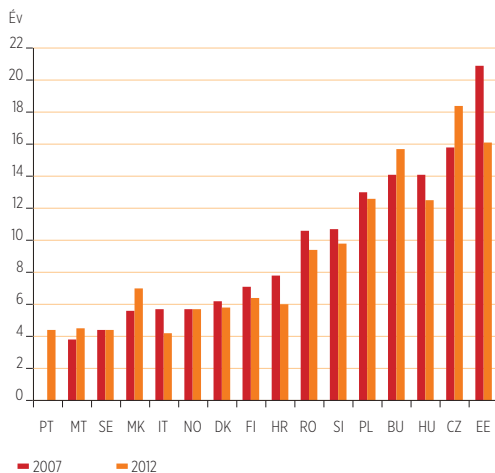


Forrás: Eurostat.

2008 és 2012 között a férfiak életkilátásaiban iskolai végzettség szerint mutatkozó különbségek – Bulgária és Csehország kivételével – általában véve csökkentek. Ugyanakkor a nyugat-európai országokban ez a differencia (az alapfokú és a felsőfokú végzettséggel rendelkezőket tekintve) rendszerint 5 év alatt van, a kelet-európai régió-

ban viszont általában meghaladja a 10 évet. A magyar férfiak közötti különbségek kisebbek a szlovén, román és lengyel férfiak között tapasztalhatóknál, ugyanakkor némiképp mérsékeltebbek, mint az észt, cseh, illetve bolgár férfiak körében láthatók (18. ábra).

18. ábra. A felső- és alapfokú végzettségű férfiak születéskor várható élettartamában mutatkozó különbségek Európa néhány országában, 2007-ben és 2012-ben



Forrás: Eurostat.

ÖSSZEGZÉS

A halandóság és az okspecifikus halandóság trendjeinek áttekintése azt sugallja, hogy Magyarország az utóbbi két évtized során már a „kardiovaszkuláris forradalom” által vezérelt élettartam-javulás pályájára került. Ez a pozitív fejlemény ugyanakkor csak igen árnyaltan ítéltető meg: a magyar fejlődés tempója lassú, és a kelet-közép-európai és balti országok közül az e tekintetben kevésbé dinamikus fejlődőkkel (Bulgária, Románia) került egy csoportba. A régiós országok többségéhez hasonlóan hazánk is fokozatosan kilépni látszik a magas külsődleges okok miatti halandóságú országok csoportjából.

A rizikófaktorokhoz kötődő halálozás alapján Magyarország helyzete sajátosan alakul a régió belül. Míg az alkoholfogyasztáshoz kötődő rizikók lassú mérséklődése figyelhető meg, más rizikófaktorok tartósan a régiós szint fölötti mértékben járulnak hoz-

zá a mortalitás magas szintjének fennmaradásához. Az alacsonyabb iskolai végzettségűek halandósága különösen magas – a régiós országok helyzetéhez hasonlóan –, és ezek az egyenlőtlenségek lényegében nem mérséklődtek a legutóbbi évek során sem.

FOGALMAK

Standardizált halálozási ráta (arány-szám): A vizsgált népesség korszpecifikus arányszámainak egy külső standard népesség (referencianépesség) megfelelő kor szerinti létszámaival súlyozott értéke. A rátát szükség szerint ezrelékben vagy százezrelékben fejezzük ki. A nemzetközi gyakorlatban legtöbbször az európai népesség kormegoszlását tekintik referencianépességnek. A tanulmányban szereplő családi állapot szerinti standardizált halálozási ráta meghatározása az 1976-ban bevezetett és a WHO által is használt európai korstruktúra szerint történt. A népesség korösszetételének változása, ill. az időskorú népesség arányának növekedése miatt az európai népesség új standardja került meghatározásra, ami azonban nem érintette a tanulmányunkban szereplő számításokat.

Születéskor várható élettartam: A halandóság szintetikus mutatója, amelyet egy hipotetikus népesség kihalási rendje alapján számíthatunk 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 halandósági tábla konstruálható minden korévre (teljes halandósági tábla) vagy korcsoportokra (rövidített halandósági tábla).

AJÁNLOTT IRODALOM

Caselli, G. – Meslé, F. – Vallin, J. (2002): Epidemiologic transition exceptions. *Genus*, 58(1): 9–51.

Cheung, Y. B. (2000): Marital status and mortality in British women: longitudinal study. *International Journal of Epidemiology*, 29: 93–99.

Helis, E. – Augustincic, L. – Steiner, S. – Chen, L. – Turton, P. – Fodor, J. G. (2011): Time trends in cardiovascular and all-cause mortality in the 'old' and 'new' European Union countries. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 18(3): 347–359.

Johnson, N. J. – Backlund, E. – Sorlie, P. D. – Loveless, C. A. (2000): Marital status and mortality: the national longitudinal mortality study. *Annals of Epidemiology*, 10: 224–238.

Józan P. (2008): *Válság és megújulás a második világháború utáni epidemiológiai fejlődésben Magyarországon*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest.

Kovács K. (2006): Az özvegyek, az elváltak és az egyedülállók egészségi állapota. Arányos vagy koncentráció terhek. *Demográfia*, 49(1): 7–45.

KSH (2014): *A halálloki struktúra változása Magyarországon, 2000–2012*. (2014. május). KSH, Budapest.

Mackenbach, J. P. et al. (2015): Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69: 207-217.

Mackenbach, J. P. (2013): Convergence and divergence of life expectancy in Europe: a centennial view, *European Journal of Epidemiology*, 28: 229-240.

Molloy, G. J. – Stamatakis, E. – Randall, G. – Hamer, M. (2009): Marital status, gender and cardiovascular mortality: Behavioural, psychological distress and metabolic explanations. *Social Science & Medicine*, 69(2): 223-228.

Murphy, M. – Grundy, E. – Kaligorou, S. (2007): The increase in marital status differences in mortality up to the oldest age in seven European countries. *Population Studies*, 61(3): 287-298.

Ross, C. E. – Mirowsky, J. – Goldstein, K. (1990): The impact of the family on health: the decade in review. *Journal of the Marriage and the Family*, 52(4): 1059-1078.

Verbrugge, L. (1979): Marital status and health. *Journal of Marriage and the Family*, 41(2): 267-285.

Waldron, I. – Hughes, M. E. – Brooks, T. L. (1996): Marriage protection and marriage selection – prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Social Science and Medicine*, 43: 113-123.

Willekens, F. J. (2014): *Demographic transitions in Europe and the world*. MPIDR Working Paper, WP-2014-004 (March 2014). Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock.

HONLAPOK

European Mortality Database (MDB): <http://data.euro.who.int/hfamdb/>

Eurostat (Population/Mortality): <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database>

HFA-DB (European Health for all database): <http://data.euro.who.int/hfadb/>

Human Mortality database: <http://www.mortality.org/>

Központi Statisztikai Hivatal (Születéskor várható élettartam, nemenként, 2002–2013): https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tps00025.html