

ÚJABB ADATOK A VIDÉKI KISTÉRSÉGEK ÉS A BUDAPESTI KERÜLETEK HALANDÓSÁGI KÜLÖNBSÉGEIRŐL¹ (I.)

KLINGER ANDRÁS

A halandóság területi különbségeinek elemzése keretében 2003-ban összehasonlítást végeztünk a 149 vidéki kistérség² és a 23 budapesti kerület³ halandósági viszonyairól. Erre az első időszakra az 1996–2000-es évek átlagos halandóságát vettük alapul. Miután ezen a téren Magyarországon jelentős javulás tapasztalható (a standard halálozási arányszám 9,1 ezrelékről 7,9 ezrelékre esett vissza, ami 12%-os javulásnak felel meg), szükségesnek látszott ismét megvizsgálni ezt a relációt. E második időszak a 2001–2003-as évek átlagára vonatkozik.

Kutatásaink eredményeit terjedelmi okokból két részletben közöljük. Az első rész összefoglalja a kistérségek halandóságának jellemzőit a 2000–2003 közötti időszakra vonatkozóan, és jelzi a változások irányát az előzőleg vizsgált periódushoz képest. A második rész a halandóság területi különbségeit a kistérségek fejlettségi szintje szerint vizsgálja. A fejlettségi szint komplex mutatója mellett a tanulmány részletesen elemzi majd az egyes összetevők (jövedelem, munkanélküliség, foglalkozási és etnikai összetétel, iskolai végzettség) szerepét.

Módszer

A vizsgálat módszer mindkét időszakra vonatkozóan azonos volt. A kistérségekre és a kerületekre vonatkozó halálozási adatok a Központi Statisztikai Hivatal népesedésszatisztikai adatbázisából származnak. Mivel egy év adata – a kis számok miatt – statisztikailag nehezen elemezhető, az első időszakra vonatkozóan öt év (1996–2000), a második időszakra vonatkozóan három év (2001–2003) adatait vettük a számítások alapjául. A kiválasztott öt, illetve három év átlagában kiszámítottuk az ötéves korcsoportra vonatkozó nemenkénti halálo-

¹ Készült a Nemzeti Kutatási Fejlesztési Program 1B/020/2004 sz. kutatása keretében.

² Lásd: Klinger András: A kistérségek halandósági különbségei, *Demográfia*, 2003. évi XLVI. évf. 9–44.

³ Lásd: Klinger András: A budapesti kerületek halandósági különbségei, *Demográfia*, 2003. évi XLVI. évf. 177–202.

zási arányszámokat. Ezek segítségével – a kormegoszlási különbségek kiküszöbölése céljából – mindkét nemre külön és a népességre együttesen előállítottuk a *standardizált halálozási arányszámokat*, mégpedig valamennyi kistérségre és kerületre vonatkozóan. A standardizálás alapjául az Egészségügyi Világszervezet (WHO) világnépességre vonatkozó kormegoszlását tekintettük. Ez a népesség összetételét az alábbi módon határozza meg:

*1. Standard népesség kormegoszlása
(WHO szerint)
Age structure of WHO
world standard population*

Korcsoport	A standard népesség %-ában
0	1,8
1–4	7,0
5–9	8,7
10–14	8,6
15–19	8,5
20–24	8,2
25–29	7,9
30–34	7,6
35–39	7,2
40–44	6,6
45–49	6,0
50–54	5,4
55–59	4,6
60–64	3,7
65–69	3,0
70–74	2,2
75–79	1,5
80–84	0,9
85–	0,6
Összesen	100,0

A standardizált halálozási arányszámokat a könnyebb összehasonlítás céljaira átalakítottuk *standardizált halandósági hányadossá*. Ez azt fejezi ki, hogy az adott kistérség – férfi, női vagy együttes – standard halálozási arányszáma hány százaléka a vidékre vonatkozó ugyanezen adatnak. Budapest esetében a kerületi arányszámokat a fővárosi átlaghoz viszonyítottuk. E kettéválasztásra azért volt szükség, mert a budapesti standard halálozási arányszám 1996–2000-ben (8,0 ezrelék), illetve 2001–2003-ban (7,0 ezrelék) egyaránt csak 86%-a a vidékének (9,3, illetve 8,1 ezrelék). Az országos átlaghoz (9,1, illetve 7,9 ezrelék) történő viszonyítás ezért torzításokat okozna.

Kistérségek halandósági különbségei

A két nem halandóságában mutatkozó jelentős különbségek miatt indokolt kistérségenként is előbb nemenként külön-külön vizsgálandó, ugyanis a férfiak standard halálozási arányszáma mindkét időszakban országosan közel kétszerese volt a nőkének.

A kistérségeket a vidéki átlaghoz viszonyított standardizált halandósági hányadosuk mértéke alapján hét csoportba osztottuk, és az 1996–2000, illetve a 2001–2003 közötti időszakot tekintve a következő megoszlást kaptuk (2. táblázat).

2. A kistérségek száma halandósági szint szerint
Number of sub-regions by mortality level

Halandósági szint	Standard halandósági hányados	A kistérségek száma			A kistérségek %-ában		
		férfi	nő	összes	férfi	nő	összes
		halandósági hányados alapján					
1996–2000 átlaga							
1. Legmagasabb	113–	23	14	20	16	9	13
2. Nagyon magas	108–112	29	23	25	19	16	17
3. Magas	104–107	18	20	21	12	13	14
4. Közepes	101–103	12	20	20	8	13	13
5. Átlagos	97–100	22	26	20	15	18	13
6. Alacsony	93– 96	25	25	22	17	17	16
7. Legalacsonyabb	– 92	20	21	21	13	14	14
Összesen		149	149	149	100	100	100
2001–2003 átlaga							
1. Legmagasabb	113–	28	17	16	19	11	11
2. Nagyon magas	108–112	22	17	26	15	11	17
3. Magas	104–107	22	14	31	15	9	21
4. Közepes	101–103	15	25	16	10	17	11
5. Átlagos	97–100	18	26	19	12	17	13
6. Alacsony	93– 96	19	22	19	13	15	13
7. Legalacsonyabb	– 92	25	28	22	17	19	15
Összesen		149	149	149	100	100	100

A két nem együttes standardizált halandósági hányadosa alapján vizsgálva, az első időszakban a kistérségek 13%-a, a másodikban 11%-a került a legmagasabb kategóriába. Csak a férfiakra vonatkoztatva a számítást, a kistérségek 16, illetve 19%-a tartozott a legveszélyeztetettebbek csoportjába (vagyis 113% vagy ennél magasabb a halandósági hányadosuk), a nőknél jóval alacsonyabb ennek gyakorisága: 9, illetve 11%-os.

Nagyobb csoportonként is megjelenik ez a különbség. A három felső csoportba (1–2–3. kategória) sorolható a férfiak mutatói alapján a kistérségek 47, illetve 49%-a, a nők adatai szerint csak 38, illetve 31%-a. Fordított a helyzet a két köztes helyzetű csoport (4–5. kategória) nemenkénti megoszlásával. Ide a

férfiak mutatói szerint a kistérségek 23, illetve 22%-a, a nők adatai szerint pedig 31, illetve 34%-a kerül. Nincs viszont eltérés a két legkisebb halandóságú csoportnál (6–7 kategória). Ide a férfiak mutatója szerint mindkét időszakban a kistérségek 30, a nőkéénél pedig 31, illetve 34%-a esik.

Ha most külön-külön vizsgáljuk a két nem adatait, azt tapasztaljuk, hogy a *férfiak* standardizált halandósági hányadosa 1996–2000-ben a Szobi kistérségben volt a legmagasabb (130%), de alig maradt el ettől a Kiskunmajsai, a Kiskéri és az Őriszentpéteri kistérségé (126–129%). Még további három kistérségben (Baktalórántházai, Nagykátai és Sümegi) találunk viszonylag magas hányadost (122–123%). További 16 kistérségben van még 113–119% közötti érték. A második időszakban megváltozott a helyzet: a legmagasabb halandósági hányados a Baktalórántházi kistérségben volt (128%), de megmaradt a kiemelkedően magas arány a Csengeri, Kiskéri, Mátészalkai és Encsi kistérségben (125–128%) is.

A legalacsonyabb férfi halandósági hányados az első időszakban a Csornai kistérségben mutatkozott (81%), ezt követte két észak-balatoni kistérség: a Balatonalmádi és a Balatonfüredi (83–84%). De alig volt magasabb ezeknél a Soproni (85%), valamint a Szarvasi, a Szentendrei és a Győri hányados (87%). További 5 kistérségben találtunk 89–90, illetve 7-ben 91–92%-os hányadost. 2001–2003-ra alig változott a helyzet: a legalacsonyabb férfi halandóság ismét a Balatonfüredi kistérségben volt tapasztalható (de még kedvezőbb: 73%-os értékkel). Ezt követte a Szentendrei, a Pilisvörösvári, a Balatonalmádi, a Budaörsi, a Veszprémi és a Dunakeszi kistérség (78–83%).

A férfiak esetében a maximális halandóságú kistérség halandósági hányadosa az első időszakban 60%-kal volt magasabb, mint a legalacsonyabbé, a szóródás nagy volt. E különbség 2001–2003-ra úgy módosult, hogy a maximális értéket mutató kistérség halandósága már 75%-kal volt magasabb a minimális halandósági hányadosú kistérségénél, ami elég jelentős különbség.

A *nők* adatait alapul véve a legmagasabb értéket az első időszakban a Barcsi kistérségben találtuk (128%). De igen magas volt még ez a mutató a Lengyeltóti, a Mátészalkai, a Kiskéri kistérségben is (120–124%). További 9 kistérségben ért el 113–119%-ot a standardizált halandósági hányados. 2001–2003-ra a Sásdi kistérség halandósága volt a nők között a legmagasabb (129%). De magas volt még a Tiszafüredi, a Nagyatádi, a Szigetvári és a Mátészalkai kistérségben is (120–123%).

1996–2000-ben a legalacsonyabb női halandóságot a két észak-balatoni kistérségben találtuk (Balatonfüred: 77, Balatonalmádi: 80%), De igen kedvező volt ez az érték (86%) még a Lenti, a Gyöngyösi és a Pécsváradi kistérségben is. Alig volt magasabb ezeknél (88%) a Veszprémi, a Celldömölki és az Egri kistérségben. További 5 esetben találtunk 89, illetve 4-ben 90%-os értéket. A második időszakban is Balatonfüreden volt a legalacsonyabb a női halandóság (azonosan az első időszak 77%-os értékével). Ezt követte a Körömdi és a Pol-

gári (82%), majd a Sárvári, a Pilisvörösvári, a Balatonalmádi, a Dunakeszi, a Keszthelyi, a Veszprémi kistérség (85–87%).

A maximális és a minimális érték közötti különbség a nők esetében az első időszakban még magasabb volt, mint a férfiaknál: a Barcsi kistérségben 66%-kal magasabb, mint a Balatonfürediben. A második időszakra ez a differencia ugyan kissé emelkedett (Sásd és Balatonfüred között most 68%-ot tesz ki), de ez elmarad a férfiak esetében mérttől.

Érdekes módon a fel- vagy lefelé kiugró értékek nemenként nem nagyon esnek egybe. Az első időszakban talán csak a két észak-balatoni kistérség az, amely mindkét nemet tekintve a legalacsonyabb halandóságúak köze tartozott. A férfiakra vonatkozóan legmagasabb értékkel párhuzamosan egyedül a Kisbéri kistérségben találtunk kiemelkedő női értéket (férfi: 127, nő: 120%). De a többi, a férfiakra 120% feletti hányadost produkáló kistérségben csak 102–108%-os a női mutató. Legjobb példa erre, hogy a férfiak szerint mérve maximális (130%-os) értéket felmutató Szobi kistérségben csak 107%-os volt a nőkre vonatkozó mutató. A nőknél a 120%-os arányt meghaladó négy térségben már közelebb álltak a férfiak mutatói (110–119%-osok). Legszorosabb az egybeesés a Mátészalkai kistérségben (nő: 121, férfi: 119%). A maximális női értéket (128%) jelentő Barcs adatánál (117%) a férfiaké mérsékeltebb volt.

A második időszakban gyakran különböztek a két nem halandóságának nagyságrendjei. A legmagasabb halandósági hányadosú területeken csak a szigetvári értékek esnek teljesen egybe a két nemnél (121%-kal). De nagy a hasonlóság Mátészalkán is (125 vs. 120%). Szintén nem jelentős az eltérés Szikszón sem (123 vs. 118%). A férfiak szerinti legmagasabb értéket (128%) mutató Baktalórántházán jóval alacsonyabb a nők paramétere (104%). Hasonló a helyzet Csengeren is (128–98%). Fordítva, a legrosszabb női hányadost (129%) felmutató Sásdon igen alacsony (98%) a férfiak szerinti arány.

A két nem halandósági viszonyaiban megmutatkozó különbségek miatt az *együttes* (vagyis a két nem összegére vonatkozó) mutató szélsőértékei eltérően alakulnak. A maximális együttes halandósági hányadost 1996–2000-ben a Kisbéri kistérségben találtuk, amelynek 125%-os értéke 56%-kal volt magasabb a minimális értéket (80%) jelentő Balatonfüredinél. Magas volt még (120%) az együttes érték a Mátészalkai, a Barcsi és az Őriszentpéteri kistérségben. A legalacsonyabbak között volt a Balatonalmádi (82%), valamint a Csornai, a Soproni és a Szentendrei kistérségben (86–88%). 2001–2003 átlagában Mátészalka halandósági hányadosa (122%) kissé meghaladta a Kisbéri kistérségét (121%), mivel ez utóbbiban a halandóság jelentősebb javulása volt tapasztalható. Ugyancsak megmaradt a Barcsi kistérség magas értéke (120%). Így a két időszakban a három legkedvezőtlenebb kistérség azonos volt. A legkedvezőbb halandósági helyzetű Balatonfüredi kistérség mutatója jelentősen javult (80-ról 75%-ra). A legjobb között maradt a Szentendrei kistérség (88-ról 83%-ra javítva halandósági hányadosát). Ide került Pilisvörösvár és Veszprém (84–85%-os mutatóval), de kikerült

a legjobbak közül a Balatonalmádi kistérség (ahol 82-ről 86%-ra romlott a mutató), valamint Csorna és Sopron is (88, illetve 90%-os értékükkel). A maximális és a minimális érték (Mátészalka és Balatonfüred) különbsége 63%-os, ami meghaladja az első időszakban tapasztalt szóródást.

Érdeemes együttesen is áttekinteni azt, hogyan mennyire maradt változatlan, illetve mi módon változott (romlott vagy javult) az egyes kistérségek halandósági szintje az 1996–2000 és 2001–2003 közötti időszakban. A 149 kistérséget eszerint az alábbi kategóriákba sorolhatjuk (3. tábla).

3. Kistérségek az 1996–2000-es és a 2001–2003-as halandósági szintjük szerint
Sub-regions by their mortality level in 1996–2000 and 2001–2003

Halandósági szint	Kis- térsé- gek száma	Halandósági hányados			Stan- dard halálo- zás válto- zása (1996– 2000= 100)
		1996– 2000	2001– 2003	2001– 2003/ 1996– 2000	
1. Legmagasabb és nagyon magas					
1.1 Legmagasabb mindkét időszakban	10	117	118	101	91
1.2 Legmagasabb az első és nagyon magas a második időszakban	5	115	110	95	85
1.3 Legmagasabb az első és magas a második időszakban	5	116	116	100	83
1.4 Nagyon magas az első és legmagasabb a második időszakban	7	109	116	106	92
1.5 Nagyon magas mindkét időszakban	9	109	110	101	88
1.6 Nagyon magas az első és magas vagy közepes a második időszakban	9	110	105	95	87
1.7 Magas az első és legmagasabb a második időszakban	3	104	113	109	95
1.8 Magas az első és nagyon magas a második időszakban	4	106	109	103	91
Együtt	52	111	112	101	89
2. Magas, közepes és átlagos					
2.1 Magas mindkét időszakban	6	106	105	99	88
2.2 Magas az első, közepes a második időszakban	5	105	102	97	87
2.3 Magas az első és átlagos vagy alacsony a második időszakban	3	105	95	90	79
2.4 Közepes mindkét időszakban	4	103	101	98	87
2.5 Közepes az első és legmagasabb, nagyon magas, magas a második időszakban	11	102	107	105	91
2.6 Közepes az első és átlagos vagy alacsony a második időszakban	5	102	97	95	82
2.7 Átlagos mindkét időszakban	6	98	99	101	90
2.8 Átlagos az első és nagyon magas, magas vagy közepes a második időszakban	10	98	105	107	94
2.9 Átlagos az első és alacsony vagy legalacsonyabb a második időszakban	4	97	91	94	81
Együtt	54	101	102	101	88
3. Legalacsonyabb és alacsony					
3.1 Legalacsonyabb mindkét időszakban	10	88	86	98	80
3.2 Legalacsonyabb az első és alacsony a második időszakban	7	91	94	103	90
3.3 Legalacsonyabb az első és átlagos vagy közepes a második időszakban	4	91	100	110	98
3.4 Alacsony az első és legalacsonyabb a második időszakban	7	95	89	94	79
3.5 Alacsony mindkét időszakban	7	95	94	99	88
3.6 Alacsony az első és átlagos a második időszakban	6	95	98	103	89
3.7 Alacsony az első és közepes vagy magas a második időszakban	2	96	103	107	94
Együtt	43	92	93	102	88
Összesen	149	100	100	100	88

A komplex összehasonlításból kitűnik, hogy csaknem ugyanennyi „magas”, mint „közepes” halandósági szintű kistérség van (52, illetve 54), de kevesebb az „alacsony” kategóriába tartozó (43). A változás figyelembevételével azon-

ban csaknem azonos módon oszlott meg a kistérségek száma. Változatlanak bizonyult 52 kistérség halandósági szintje, 51 kistérségé romlott és 46 kistérségé javult. A halandóság 1996–2000 közötti szintje szerinti csoportosítást követve a változások a következők voltak kistérségenként (4. táblázat).

*4. Kistérségek halandósági szintjének változása
1996–2000 és 2001–2003 között*

Changes in mortality level of sub-regions between 1996–2000 and 2001–2003

Halandósági szint (1996–2000)	Halandósági hányados			Kistérségek halandósági szint szerint			
	1996– 2000	2001– 2003	Válto- zás (1996– 2000= 100)	válto- zatlan	rom- lott	javult	össze- sen
1. Legmagasabb	116	117	101	10	0	10	20
2. Nagyon magas	109	110	101	9	5	11	25
3. Magas	105	105	100	6	7	8	21
4. Közepes	102	102	100	4	11	5	20
5. Átlagos	98	98	100	6	9	5	20
6. Alacsony	95	95	100	7	8	7	22
7. Legalacsonyabb	90	88	98	10	11	0	21
Együtt	100	100	100	52	51	46	149

Érdemes még azt is áttekinteni, hogy melyik kistérségben következett be 1996–2000 és 2001–2003 között a legjelentősebb változás, legyen az a halandósági szintnek akár romlása, akár javulása. A dinamikusabb változást mutató 15–16 kistérség a következő (5. táblázat).

5. A legnagyobb arányban romló vagy javuló kistérségek 1996–2000 és 2001–2003 között

Sub-regions of mostly worsening and mostly progressing mortality between 1996–2000 and 2001–2003

Kistérség	Halandósági hányados			Standard halálozási arány változása (1996– 2000=100)
	1996– 2000	2001– 2003	Válto- zás (1996– 2000= 100)	
Romló kistérségek				
Oroszlányi	97	109	112	98
Csepregi	92	103	112	98
Kazincbarcikai	102	113	111	97
Hatvani	97	107	110	97
Pécsváradi	91	100	110	96
Balmazújvárosi	91	100	110	96
Tiszafüredi	108	118	109	96
Sásdi	104	113	109	95
Szécsényi	104	113	109	95
Balassagyarmati	98	107	109	96
Téti	97	106	109	96
Hajdúböszörményi	91	99	109	95
Pétervásárai	95	104	109	96
Encsi	109	118	108	95
Tiszavasvári	105	113	108	94
Nagykállói	103	111	108	94
Javuló kistérségek				
Lengyeltóti	118	104	88	77
Körmendi	97	86	89	78
Gödöllői	105	95	90	79
Kiskúnmajsai	115	104	90	79
Siófoki	95	86	91	79
Keszthelyi	96	87	91	79
Budaörsi	96	87	91	79
Pilisvörösvári	92	84	91	80
Óriszentpéteri	118	107	91	79
Dunakeszi	93	86	92	81
Kapuvári	97	90	93	81
Zirci	97	90	93	81
Rétsági	103	96	93	82
Dorogi	106	99	93	82
Mórahalmi	113	106	93	81

Ha rátekinünk a térképre, azt tapasztaljuk, hogy a legmagasabb standardizált halandósági hányadosokat mindkét időszakban és mindkét nem esetében – nagyjából összefüggő módon – az ország két területén találunk: Északkelet-Magyarországon és Délnyugat-Magyarországon. A férfiakat tekintve ilyen területnek számít még a fővárostól délkeletre és délnyugatra fekvő terület is. A legkedvezőbb helyzetben mindkét nem esetében az északnyugati országrész mutatkozik, de a férfiakat illetően a fővárostól nyugatra elhelyezkedő kistérségek is alacsony halandósági hányadossal jellemezhető összefüggő területet képeznek.

Azokban a kistérségekben, amelyekben nagyobb városok találhatók, általában a halandósági szint a legalacsonyabb vagy legalábbis az alacsony kategóriába tartozik. A legkedvezőbb halandósági hányadost az alábbi – nagyvárosokat magukban foglaló – kistérségekben találjuk (6. táblázat).

6. Nagyvárosok standard halandósági hányadosa (1996–2000, 2001–2003))
Standard mortality ratio of big cities (1996–2000 and 2001–2003))

Kistérség	1996–2000 átlag			2001–2003 átlag		
	összes	férfi	nő	összes	férfi	nő
Sopron	87	85	89	89	89	89
Veszprém	90	92	88	85	83	87
Eger	90	93	88	95	99	92
Győr	90	87	93	88	87	90
Szeged	91	93	90	92	91	95
Zalaegerszeg	92	95	89	92	93	91
Székesfehérvár	92	90	95	93	91	96
Békéscsaba	92	89	96	93	88	99
Szombathely	95	93	99	94	94	95
Szolnok	95	96	95	92	88	97
Pécs	95	93	99	94	93	98
Nyíregyháza	98	99	96	101	103	98
Kecskemét	99	100	98	98	99	95
Debrecen	101	100	103	99	98	102
Miskolc	103	105	102	101	103	100
Kaposvár	104	103	108	103	101	107

Mindkét időszakban a legalacsonyabb halandóságú városok közé tartozott Sopron, Veszprém, Eger és Győr. A változás csupán annyi, hogy a második időszakra Veszprém és Győr halandósága Soproné alá került. A nagyvárosokat magukban foglaló alacsony halandóságú kistérségek sorától kissé lemarad a Nyíregyházi (98, illetve 101%), a Kecskeméti (99, illetve 98%) és még inkább a Debreceni (101, illetve 99%), a Miskolci (103, illetve 101%) és a Kaposvári kistérség (104, illetve 103%).

A fentiek miatt is jóval többen élnek olyan kistérségben, amelyben viszonylag alacsony a halandóság, mint olyanokban, ahol magasabb. A halandósági

hányados nagyságrendje szerint a népesség megoszlása 2001-ben a következő volt (7. táblázat).

*7. Népességszám halandósági szint szerint
Population size by mortality level (2001)*

Halandósági szint	Lakónépesség 2001. II. 1.	
	ezer fő	a népesség %-ában
1. Legmagasabb	640	7,6
2. Nagyon magas	894	10,6
3. Magas	1 092	13,0
4. Közepes	1 557	18,5
5. Átlagos	1 236	14,7
6. Alacsony	1 365	16,2
7. Legalacsonyabb	1 636	19,5
Vidék összesen	8 420	100,0

A különböző kistérségi csoportok között a népességi és városiasodási arányokban mutatkozó különbségek miatt a települések átlagos népességszáma a halandósági szint csökkenésével emelkedik. Másképp fogalmazva, átlagosan minél kisebb a település népességszáma, annál magasabb a halandósági szintje. A legmagasabb halandóságú kistérségekben a települések átlagos lélekszáma alig éri el a vidéki átlag felét, de a nagyon magas halandóságúakban is csak annak kétharmada. Ugyanakkor a legalacsonyabb halandóságú kistérségeknek is már 43%-kal magasabb az átlagos népessége a vidéki középértéknél, és közel háromszorosa a legmagasabb halandóságú kistérségeknek.

Ezzel is összefügg, hogy a halandóság emelkedésével párhuzamosan csökken az adott halandóságú csoport együttes népsűrűségi mutatója. A legmagasabb és magas halandóságú kistérségek népsűrűségi mutatója a vidéki átlagnak alig kétharmadát éri el. Ugyanakkor a legalacsonyabb halandóságú kistérségekben a népsűrűség szintje közel egyharmadával meghaladja ezt, és így közel kétszerese a magasabb halandóságú kistérségekének.

Budapesti kerületek halandósága

Budapest halandósága mindkét időszakban csak 86%-a volt a vidéki átlagnak. De a fővároson belül – kerületenként – nagyobbak a különbségek, mint a vidéki kistérségekben. A két időszak standardizált halandósági hányadosa alapján a fővárosi átlaghoz viszonyítva a 23 kerületet, az alábbi öt kategóriát képeztük (8. tábla).

8. Budapesti kerületek száma halandósági szint szerint
Number of districts in Budapest by mortality level

Halandósági szint	Halandó- sági hányados	Kerületek száma			Kerületek %-ában		
		férfi	női	összes	férfi	női	összes
		halandósági hányados alapján					
1996–2000 átlaga							
1. Legmagasabb	114–	6	4	5	26	17	22
2. Magas	107–113	3	4	4	13	17	17
3. Átlagos	100–106	5	4	4	22	17	17
4. Alacsony	88–99	7	10	7	22	45	30
5. Legalacsonyabb	–87	4	1	3	17	4	14
Összesen		23	23	23	100	100	100
2001–2003 átlaga							
1. Legmagasabb	114–	7	6	6	30	26	26
2. Magas	107–113	1	2	2	4	9	9
3. Átlagos	100–106	5	5	5	22	22	22
4. Alacsony	88–99	6	7	6	26	30	26
5. Legalacsonyabb	–87	4	3	4	4	3	4
Összesen		23	23	23	100	100	100

A budapesti kerületekben is mindkét időszakban a férfiak adatai mutatták a nagyobb szóródást, bár a második időszakra a nemek szerinti különbségek erősen csökkentek. Az első periódusban a legmagasabb halandóságú kerületek (1. kategória) aránya a férfiaknál 25%, a nőknél csak 16% volt, de a második időszakra ez a differencia csaknem eltűnt (30 vs. 26%). De ugyanezt tapasztaltuk a legalacsonyabb halandóságú csoportban is (5. kategória): a férfiak mutatója alapján mindkét időszakban a kerületek 17, a nők alapján pedig csak 4, illetve 13%-a került ide. Ezzel szemben a női mutató az alacsony (4. kategória) csoportban 45, illetve 30%, míg a férfiaké 29, illetve 26%.

Az eltérő megoszlások ellenére a legmagasabb értéket mutató kerületek mindkét nemnél azonosak. Az első időszakban kiemelkedően magas volt a VIII. kerület halandósági hányadosa: a férfiaknál 130, a nőknél 121%-os. Ugyancsak mindkét nemnél a második legkedvezőtlenebb helyzet a XX. és a VII. kerületben volt (122 vs. 124, illetve 119%-os hányadossal). De hasonlóan mindkét nem adatai szerint a legmagasabb halandóságúak közé tartozott egy külső – a IV. – kerület is, ahol a férfiak halandósági hányadosa 114, a nőké 116%. Az ezután következő – IX. – kerület esetében már inkább eltért egymástól a halandósági többlet: a férfiaknál a mutató 125, a nőknél 113%-os. A második időszakban a X., a XX. és a IV. kerületben találunk mindkét nemnél magas halálozási hányadost (126 vs. 117 a férfiaknál és 124 a nőknél). De nagyok az eltérések a IX. kerületben is (109), kisebbek a VII. kerületben (118 vs. 113), fordított előjellel pedig a XVII. kerületben (101 vs. 114).

A legalacsonyabb halandóságú kerületeknél már ritkábban fordul elő a két nem szerinti azonos nagyságrend. Mindkét időszakban a II. kerületben találtuk a férfiak adatai alapján a legkedvezőbb mutatót (72, illetve 68%-ot), de a nőknél ez mindkét időszakban magasabb volt (84, illetve 73%). Esetükben a legkedvezőbb a XVI. kerületben a mutató (81%), de itt a férfiak hányadosa magasabb (87%). Hasonló irányú volt az eltérés az első időszakban a két másik igen kedvező paraméterű kerület esetében: a XII. és az V. kerületben a férfiakra vonatkozó adatok szerinti 79–83%-os aránnyal szemben a nőknél 93%-os hányadost találtunk. A második időszakra ezekben a kerületekben erősen csökkent a nemek szerinti különbség, különösen az V. kerületben (83 vs. 85%), kevésbé a XII. kerületben (89 vs. 99%).

A két poláris érték különbségei is nagyobbak a budapesti kerületek között, mint a vidéki kistérségekben. Érdekes, hogy a maximum és a minimum differenciája a férfiak esetében magasabb: az első időszakban a legmagasabb értéket mutató VIII. kerület hányadosa kétszerese a minimumot jelentő II. kerületinek, de a nőknél csak háromnegyednyi volt a különbözet. A második időszakban a férfiak adatai alapján a X. kerületben mértük a maximumot. Ez közel kilenctizedével, a női maximumot produkáló XX. kerületé háromnegyedével magasabb a minimumot jelentő II. kerületének.

Az egyes budapesti kerületek nemenkénti halandósági hányadosai 1996–2000, illetve 2001–2003 átlagában a következőképpen alakultak (9. táblázat)

9. Budapesti kerületek standard halandósági hányadosa
(1996–2000, 2001–2003)

Standard mortality ratio of districts in Budapest (1996–2000 and 2001–2003)

Kerület	Standard halandósági hányados					
	1996–2000			2001–2003		
	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő
<i>1. Legmagasabb</i>						
VIII.	125	130	121	121	118	108
XX.	122	124	119	120	117	124
VII.	118	122	119	117	118	113
IX.	118	125	113	119	124	109
IV.	114	114	116	117	118	124
Együtt	119	122	118	119	120	117
<i>2. Magas</i>						
X.	113	116	111	128	126	124
VI.	111	112	112	107	106	101
XVII.	108	107	107	104	101	114
XXI.	107	111	104	110	113	105
Együtt	110	111	106	111	110	106
<i>3. Átlagos</i>						
XIX.	105	106	103	99	96	103
XXIII.	101	104	97	112	118	112
XVIII.	101	99	101	102	101	102
XIII.	100	103	99	102	105	99
Együtt	102	104	100	104	103	102
<i>4. Alacsony</i>						
XV.	98	97	98	104	102	104
XXII.	96	94	96	97	95	96
XVI.	93	93	89	93	92	96
XI.	92	101	92	87	88	89
III.	91	91	92	93	93	95
XIV.	91	91	92	94	95	92
I.	88	84	92	79	84	83
Együtt	91	93	93	92	93	97
<i>5. Legalacsonyabb</i>						
V.	87	83	93	86	83	85
XII.	86	79	93	94	89	99
II.	79	71	84	69	68	73
Együtt	82	76	88	83	81	83
Budapest	100	100	100	100	100	100

A budapesti kerületekben a halandósági szint sokkal nagyobb állandóságot mutat, mint a vidéki kistérségekben. A 23 budapesti kerület közül 17-ben 1996–2000 és 2001–2003 között nem változott; négyben romlott; és csak kettő

olyan van, ahol javult. A legszembetűnőbb a X. kerület, amely a 2. kategóriából (111%-os értékével) úgy került az 1. kategóriába (123%-os értékével), hogy a második időszakra már a legmagasabb halandóságú kerületté vált. A halandósági hányadosa 11%-kal romlott, ugyanúgy, mint a XXIII. kerületé, amely a 3. szintről a 2.-ra került (98-ról 104%-ra). Ugyancsak romlott a XV. kerület (98-ról 104%-ra) és a XII. kerület (86-ról 94%-ra) halandósági szintje. Javuló tendenciát csak az I. kerület (a másodikból az első kategóriába került 10%-os javulással) és kisebb mértékben a XIX. kerület (a harmadikból a második kategóriába jutott 6%-os javulással).

Jóval többen élnek a legmagasabb halandóságú kerületekben (a főváros népességének több mint egyötöde), mint a legalacsonyabbakban (itt ugyanis csak a népesség egytizede él). A kerületek népességének megoszlása a fővárosi halandósági hányados szintje szerint a következő (10. táblázat).

*10. Budapesti kerületek népessége halandósági szint szerint
Population size in the districts of Budapest by mortality level (2001)*

Halandósági szint	Lakónépesség 2001. I. 1.	
	ezer fő	a népesség %-ában
1. Legmagasabb	377	21,2
2. Magas	286	16,1
3. Átlagos	295	16,6
4. Alacsony	637	35,8
5. Legalacsonyabb	184	10,3
Összesen	1778	100,0

Halandóság korcsoportok szerint

A standard halandósági hányadosok segítségével bemutatott halandósági különbségeken belül érdemes azt is áttekintni, hogy ezek a differenciák azonos vagy eltérő módon alakulnak a különböző korcsoportokban. Ennek tanulmányozásához a kistérségek 1996–2000, illetve 2001–2003 közötti halandósága alapján az alábbi 3 jellemző korcsoportra vonatkozóan korszpecifikus arányszámokat számítottunk:

fiatalkorúak: 0–44 évesek,
középkorúak: 45–64 évesek
időskorúak: 65 évesek és idősebbek.

A három nagy korcsoportban a halandósági szint szerint igen eltérő módon oszlanak meg a kistérségek. 2001–2003 átlagában a fiatalkorúak egyértelműen

a két szélső csoportba tömörültek: közel 30%-uk a legmagasabb, míg másik 30%-uk a legalacsonyabb halandósági szintű csoportba tartozott. A középkorúak esetében is a legmagasabb kategóriába tartozók nagy aránya tűnik ki: a kistérségek egynegyede itt található, míg a legalacsonyabban csak egyötödük. Az időskorúak halandósága szerint már sokkal egyenletesebb a kistérségek megoszlása. Feltűnő azonban, hogy a legmagasabb kategóriába csak a kistérségek 7%-a tartozik, szemben a másik két korcsoport egynegyedes arányával.

11. Kistérségek halandósági szintje nagy korcsoportok szerint, 2001–2003
Mortality level of sub-regions by large age groups (2001–2003)

Halandósági szint	Fia- tal-	Kö- zép-	Idős-	Összesen	Fia- tal-	Kö- zép-	Idős-	Összesen
	korúak halandósága, kistérségek száma				korúak halandósága, a kistérségek %-a			
1. Legmagasabb	42	37	11	16	28	25	7	11
2. Nagyon magas	15	24	17	26	10	16	11	17
3. Magas	9	11	27	31	6	7	18	21
4. Közepes	10	14	24	16	7	9	16	11
5. Átlagos	18	16	27	19	12	11	18	13
6. Alacsony	14	20	27	19	9	13	18	13
7. Legalacsonyabb	41	27	16	22	26	18	11	15
Összesen	149	149	149	149	100	100	100	100

Kissé más a helyzet a fővárosban. A kerületek megoszlásában a fiatakorúak esetében csak a legalacsonyabb halandóságúak kategóriája ugrik ki: ide esik a kerületek csaknem egyharmada. A középkorúaknál hasonló a helyzet, mint vidéken: mind a legmagasabb, mind pedig a legalacsonyabb halandósági szintnek feltűnően magas a gyakorisága (mindkét esetben a kerületek egyharmada ide tartozik). Az időskorúak halandósága a fővárosi kerületekben is eléggé egyformán oszlik meg, de érdekes módon erős tömörülés tapasztalható a „4. Alacsony” csoportban (a kerületek több mint egyharmada itt tömörül).

*12. Budapesti kerületek halandósági szintje nagy korcsoportok szerint,
2001–2003*

Mortality level of the districts in Budapest by large age groups (2001–2003)

Halandósági szint	Fia- tal-	Kö- zép-	Idős-	Összesen	Fia- tal-	Kö- zép-	Idős-	Összesen
	korúak halandósága, kerületek száma				korúak halandósága, a kerületek %-a			
1. Legmagasabb	4	8	3	6	17	35	13	26
2. Magas	4	0	5	2	17	0	22	9
3. Átlagos	3	4	4	5	13	17	17	22
4. Alacsony	6	4	8	6	26	17	35	26
5. Legalacsonyabb	6	7	3	4	26	30	13	17
Összesen	23	23	23	23	100	100	100	100

A korszpecifikus halandósági mutatók differenciái minden esetben egyértelműen a legmagasabb halandóságú kistérségekben a legmagasabbak, majd az általános halandósági szint csökkenésével minden korcsoportban fokozatosan visszaesnek. A kor előrehaladtával a különbségek szintén kisebbek lesznek. A legmagasabb halandósági szintű kistérségekben a fiatalok mutatója mindkét időszakban mintegy egynegyedével haladta meg a vidéki átlagot, a középkorúaknál pedig mindkét időszakban csak mintegy egyötödével, a még idősebbeknél pedig már csak egyhatodával. A legmagasabb halandósági szint halandósági aránya a legalacsonyabb szinthez viszonyítva a fiataloknál mindkét időszakban csaknem másfélszeres, a középkorúaknál 40%-os, az idősebb korúaknál pedig egyötödnyi, illetve egynegyednyi.

A vidéki kistérségeknek a kor szerinti halandóságban mutatkozó különbségei 1996–2000, illetve 2001–2003 között halandósági szintek szerint az alábbiak voltak (13. táblázat).

13. Halandóság az egyes korcsoportokban a kistérségek halandósági szintje szerint, 1996–2000, 2001–2003

Mortality in large age groups by the mortality level of sub-regions (1996–2000, 2001–2003)

Halandósági szint	Százezer megfelelő korú lakosra jutó halálozás								
	fiatal-	közép-	idős-	fiatal-	közép-	idős-	fiatal-	közép-	idős-
	korúak halandósága a vidéki átlag százalékában								
	1996–2000			2001–2003			2001–3/1996–2000, %		
1. Legmagasabb	125	121	112	127	121	114	101	100	102
2. Nagyon magas	119	112	106	114	116	107	96	103	101
3. Magas	106	108	104	110	108	103	103	100	99
4. Közepes	104	104	100	104	103	101	100	99	101
5. Átlagos	97	97	98	94	97	100	97	100	102
6. Alacsony	86	91	97	93	94	95	106	103	98
7. Legalacsonyabb	83	86	93	83	85	90	100	99	97
Vidék összesen	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Budapest	76	85	90	80	85	86	105	100	96
Országos	98	98	98	97	97	98	99	99	100

Ha az egyes kistérségek korcsoport szerinti halandósági szintjét vetjük össze, még nagyobbak a különbségek. 2001–2003-ban a fiatalkorúaknál találjuk a legnagyobb differenciákat. A maximumot mutató Kiskunmajsai kistérségben e korcsoport halandósága 70%-kal haladja meg a vidéki átlagot, és 2,2-szerese a legkedvezőbb halandósággal (59%) dicsekvő Kőszegi kistérségének. De még igen magas (az átlagos mintegy másfélszerese) a 45 éven aluliak halandósága az Encsi, a Nagyatádi, a Letenyei, a Mórakalmi és a Sátoraljaújhelyi kistérségben. Igen alacsony még a fiatalkorúak halandósága a Balatonfüredi, a Celldömölki, a Pilisvörösvári és a Szombathelyi kistérségben is (62–70%-os halandósági hányadossal).

A középkorúak halandósága a Barcsi kistérségben a legmagasabb (137%), ami közel 90%-kal meghaladja a 45–64 évesek között legkedvezőbb halandóságú Balatonfüredi kistérségét. Magas még e korcsoportban a halandóság (mintegy 30%-kal haladja meg az átlagot) a Kisbéri, a Mátészalkai, a Baktalórántházai, a Nyírbátori és a Sellyei kistérségben. A középkorúak között a legkisebb halandóságú kistérségek közé tartozik még a Szentendrei, a Dunakeszi, a Budaörsi (75–80%-os értékkel).

Az időskorúak halandósága a Szigetvári kistérségben a legkedvezőtlenebb: egynegyedével haladja meg a vidéki átlagot és 60%-kal a legkedvezőbb értéket jelentő Balatonfüredit (ahol 78% a halandósági hányados a 65 évesek és idősebbek körében). Magas még a halandóság ebben a korcsoportban (az átlagnál mintegy egyötöddel nagyobb) a Nagyatádi, a Mátészalkai és a Sellyei kistérségben.

Budapest halandósága minden esetben alatta volt a vidéki kistérségekben tapasztaltnak. A főváros előnye a legszámtovább a fiatalok körében (14, illetve 20%-kal alacsonyabb, mint a vidéki kistérségekben). A középkorúaknál mindkét időszakban 15%-os a budapestiek mutatója, az időskorúaknál 10, illetve 14%-os a különbség a főváros javára.

A kor szerinti halandóságnak a budapesti kerületekben mutatkozó különbségei még jelentősebbek, bár nem annyira egyértelműek, mint a vidéki kistérségekben. A legnagyobb differenciák a középkorosztályban mutatkoznak: esetükben a legmagasabb halandósági szintű kerületek adatai az első időszakban egyharmadával, a másodikban egynegyedével haladták meg a budapesti átlagot, a maximum és a minimum különbsége 90, illetve közel 80%-os. A fiataloknál az átlaghoz mért különbség egynegyednyi, illetve egyhatodnyi, a maximum és a minimum közötti különbség 50, illetve 40%-os. Egyértelmű, hogy a két időszak között csökkent a halandóságbeli különbség a 65 éven aluli népesség körében. Az időskorúaknak az átlaghoz mért többlete kismértékben visszaesett (21%-ról 16%-ra), de a maximum többlete a minimumhoz képest nem változott (mindkét időszakban 40% körül volt).

A budapesti kerületek 1996–2000 közötti kor szerinti halandósága a következő (14. táblázat).

14. Halandóság korcsoportok szerint a budapesti kerületek halandósági szintje szerint, 1996–2000, 2001–2003

Mortality in large age groups by the mortality level of the districts in Budapest (1996–2000, 2001–2003)

Halandósági szint	Százezer megfelelő korú lakosra jutó halálozás								
	fiatal-	közép-	idős-	fiatal-	közép-	idős-	fiatal-	közép-	idős-
	korúak halandósága a budapesti átlag százalékában								
	1996–2000			2001–2003			2001–3/1996–2000, %		
1. Legmagasabb	125	133	121	117	127	116	94	95	96
2. Magas	100	104	107	100	124	107	100	119	100
3. Átlagos	105	101	99	99	105	104	94	104	100
4. Alacsony	87	88	91	95	90	97	109	102	107
5. Legalacsonyabb	83	70	88	83	72	83	100	103	94
Budapest	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Az egyes budapesti kerületek közötti korcsoportonkénti halandósági különbségek a vidéki kistérségektől eltérő módon alakultak. 2001–2003-ban a legnagyobb differenciák a középkorúak halandóságában mutatkoztak. A 45 évesnél fiatalabbak között a legmagasabb standardizált halálozási paraméter a VIII. kerületben mutatkozott, itt 45%-kal meghaladta a fővárosi átlagot, és 2,1-szerese volt a legkedvezőbb (az átlag 54%-át jelentő) értékkel dicsekvő II. ke-

rületének. De magas volt még e korcsoport halandósága (38–31%-os többlettel) a IX., a VII., és XXIII. kerületben is. Az I. kerület halandósága a középkorúak között kétharmada, a XII. kerületé nyolctizede volt a budapesti átlagnak.

Kisebbség a kistérségeikénél, de jelentősek a kerületek közötti különbségek a fiatalok körében. A legkedvezőtlenebb helyzetben ezen a téren is a VIII. kerület van, ahol az átlaghoz képest egyharmadnyi a többlet, a legkedvezőbb halandóságú I. és II. kerülethez viszonyítva (ahol az átlagos háromnegyede a fiatakorúak halandósága) pedig 80%-os a. Magas még (30% feletti) a fiatakorúak halandósága a XX. kerületben, továbbá a VI. és a X. kerületben. Ebben a korcsoportban kedvező értéket mutat még a XVII. halandósága (77%-os).

A legkisebb különbségek a budapesti kerületek között az időskorúak körében vannak, de a szóródás kismértékben meghaladja a kistérségekben tapasztaltakat. A legmagasabb értéket felmutató IV. kerület paramétere egynegyedével magasabb a fővárosi átlagnál, és kétharmadával haladja meg a legkedvezőbb halandósággal dicsekvő II. kerületét (ahol a halandósági hányados az átlag háromnegyede). Magas még (az átlagosnál egyötödével magasabb) az időskorúak halandósága a X. és a XX. kerületben. Kedvező az érték az V. és az I. kerületben (83, illetve 86%).

Halandóság halálloki csoportok szerint

A halandósági különbségek elemzésénél igen fontos szempont a főbb halállokok szerinti vizsgálódás. A kis halálozási esetszám miatt a kistérségek esetében erre az alábbi kilenc halálloki csoport nyújt alkalmat (15. táblázat).

*15. Halálozások megoszlása halálloki csoportok szerint,
1996–2000, 2001–2003
Deaths by causes of death (1996–2000 and 2001–2003)*

Halálloki csoport	1996– 2000	2001– 2003	1996– 2000	2001– 2003
	vidék, %		Budapest, %	
Daganatok	23	25	28	30
Ischaemiás szívbetegség	22	21	23	21
Egyéb szívbetegség	15	13	15	12
Agyérbetegség	14	15	11	10
Légzőszervi betegség	4	4	3	3
Emésztőszervi betegség	7	8	7	8
Egyéb természetes halálok	6	7	6	8
Baleset	5	6	5	6
Öngyilkosság	2	3	2	2
Összesen	100	100	100	100

A két időszakban alig változott a halálloki struktúra, és még kevésbé a vidék és a főváros közötti különbség. Mindazonáltal a jelentősebb elmozdulások közé tartozik, hogy növekedett a daganatos betegségek miatti halálozások súlya (mind vidéken, mind Budapesten 2 százalékponttal) viszont csökkent a keringési rendszer betegségeinek nagyságrendje (vidéken 2, Budapesten 6 százalékponttal). Kisebb mértékben (1%-ban, de arányában jelentősebben) nőtt az emésztőszervi betegségek szerepe, amit az alkoholos májbetegségek számának emelkedése okozott (ezért ezt a második időszakra külön kiemeltük).

Ha a standard halandósági hányadosok alapján vizsgáljuk a vidéki kistérségek között az egyes halálloki csoportok szerint mutatkozó különbségeket, akkor azok nagyságrendjéről az alábbiakat állapíthatjuk meg:

A legnagyobb eltérés az átlagos halandósági szinthez viszonyítva az *agyérbetegségek* standard halandósági arányában mutatkozik. Ennek előfordulása ugyanis a legmagasabb halandóságú kistérségekben mindkét időszakban egyharmadával magasabb a vidéki átlagnál, és közel másfélszerese a legalacsonyabb halandóságú kistérségekben tapasztaltnak. Előfordulási aránya az előzőekben 17, illetve 15, az utóbbiakban 14, illetve 13%-os. Nagy még az eltérés az *emésztőszervi betegségek* okozta halandóságban is (főként az alkoholos eredetű májbetegségek eltérő előfordulása miatt). Az első időszakban ez a legmagasabb kategóriában 31%-os többletet jelent az átlagoshoz és 62%-osat a legalacsonyabb kategóriához képest. A második időszakra ez a különbség csökkent: 118, illetve 39%-ra. De ha elkülönítjük az alkoholos májbetegséget (amire csak a második időszakra vonatkozóan van lehetőségünk), akkor már egynegyedével magasabb az átlagos és kétötödével a legalacsonyabb értéket felmutató a legmagasabb halandóságú kistérségekhez képest. A második időszakra jelentőssé vált a szóródás a *légzőszervi betegségekből* eredő halálozást illetően. A legmagasabb halandósági szinten ez egyharmadával magasabb az átlagosnál és kétszerese a legalacsonyabbakénak (ez a különbség még az első időszakban 14, illetve 48%-os volt).

Közepesek és szinte azonosak a különbségek a két *szívbetegségi* csoport esetében. A legmagasabb kategóriába tartozó kistérségekben az erre visszavezethető halandóság az első időszakban 16%-kal volt az átlag felett és egynegyedével volt magasabb a legkedvezőbb csoportba tartozókéhoz viszonyítva. Ez a második időszakra úgy változott, hogy az ischaemiás szívbetegségből eredő halandóság az 1. kategóriában 19%-kal haladta meg az átlagot. Az egyéb szívbetegségeknél ez a többlet 13%-os (azonos az előző időszakéhoz). A legalacsonyabb kategóriához viszonyítva 34, illetve 38%-os a többlet. A szívbetegségek súlya alig változik a halandóság általános szintje függvényében. Az első időszakban az ischaemiás szívbetegségek tették ki az összhálózást 23–24%-át, az egyéb szívbetegségek pedig 12–14%-át. A második időszakra az arányok alig változtak: 20–22%, illetve – változatlanul – 12–14%-ra rúgtak.

Az erőszakos halálózások közül a *balesetek* miatt bekövetkezők mutatnak nagyobb szóródást. Ezek súlya a legmagasabb kategóriában az első időszakban egyötödével haladta meg a vidéki átlagot, és egyharmadával volt több, mint a legalacsonyabb kategóriában. A második időszakra ezek a különbségek eltűntek. A halálos végű *öngyilkosságoknál* az átlaghoz viszonyítva már csak 12%-os a többlet, a legalacsonyabb kategóriához viszonyítva ennél is egyharmadnyi többletet találunk. A második időszakra itt is megváltozott a helyzet. A legmagasabb halandóságú kistérségekben az átlag alatt van az öngyilkossági arány, és a 2–5-ös halandósági kategóriában a legmagasabb (de itt is csak egytizednyi a halandósági többlet). A legalacsonyabb halandóságú kistérségekéhez képest 14%-os az öngyilkosság többlete.

16. *Halandóság halálteki csoportonként a kistérségek halandósági szintje szerint*
Cause-specific mortality by the mortality level of sub-regions

[illegible]

Jóval nagyobb mértékű különbségeket találunk a halandósági szintekben, ha az egyes kistérségek halálloki csoportok szerinti különbségeit hasonlítjuk össze. Az állítás főként a legmagasabb és a legalacsonyabb halandóságot mutató kistérségekre igaz. 2001–2003 átlagában a maximális halandóságot mutató kistérségek halandósága legnagyobb mértékben az emésztőszervi betegségek és az öngyilkosságok esetében tért el a minimális halandóságot mutatótól. A relatív különbség a daganatos betegségekből eredő halandóságánál volt a legkisebb mérvű. A maximális és minimális halandóságot mutató kistérségek halandósági csoportok szerint a következők (17. táblázat).

17. Maximális és minimális halandóságú kistérségek halállokok szerint, 2001–2003

Sub-regions of maximal and minimal mortality by causes of death, 2001–2003

Halálok	Maximális halandóságú kistérség	SHH*	Minimális halandóságú kistérség	SHH*	Maximum/minimum, %
Daganat	Sárbogárdi	122	Mórahalmi	71	172
Ischaemiás szívbetegség	Püspökladányi	160	Edelényi	65	246
Egyéb szívbetegség	Mórahalmi	173	Balatonfüredi	50	346
Agyérbetegség	Letenyei	166	Pilisvörösvári	58	286
Légzőszervi betegség	Sátoraljaújhelyi	310	Kapuvári	34	912
Alkoholos májbetegség	Kisbéri	235	Szeghalmi	40	588
Egyéb emésztőszervi betegség	Őridentpéteri	211	Hajdúszoboszlói	35	603
Egyéb természetes halálok	Kiskunhalasi	164	Balatonfüredi	49	335
Öngyilkosság	Mórahalmi	264	Szécsényi	22	1200
Baleset	Nagyatádi	182	Balatonfüredi	54	337

*SHH = Standard halandósági hányados (a vidéki átlaghoz viszonyítva).

A 2001–2003-as standard halandósági hányados alapján a két vezető halállokok (daganatok, a keringési rendszer betegségei) tekintetében említendő még néhány (fel- vagy lefelé) kiugró kistérség.

A *daganatos betegségeket* nézve alig marad el a maximumot képviselő Baktalórántházi (122%) kistérség mögött a Lengyeltóti, a Csengeri, az Enyingi és a Barcsi kistérség (121–117%). A minimális értéket mutató Mórahalmi kistérségénél (71%) magasabb, de az átlagosnál jóval mérsékeltebb (81–84%-os) a Balatonfüredi, a Kiskörösi, a Zirci és a Keszthelyi kistérség daganatos betegségekre visszavezethető halandósága.

Az *ischaemiás szívbetegségeket* esetében a maximális értéket mutató Püspökladányi kistérségénél (160%) csak valamivel alacsonyabb a Mátészalkai, a Berettyóújfalui, a Szobi és a Várpalotai kistérség halandósága (149–146%). Az Edelényi (65%) mellett még igen alacsony értékkel szerepel ebben a halálloki

csoportban a Celldömölki, a Balatonfüredi, a Hódmezővásárhelyi és a Gyöngyösi kistérség (66–74%).

Az *egyéb szívbetegségek*nél a legmagasabb halandóságú Mórahalmi mellett (173%) igen magas még az érték a Szécsényi, az Edelényi, a Bácsalmási és a Csongrádi kistérségben (170–155%). A legalacsonyabb halandóságú Balatonfüredi kistérségi mutatónál (50%) alig magasabb a halállok csoport súlya a Komáromi, a Keszthelyi, a Balatonalmádi és a Veszprémi kistérségben (51–56%).

Az *agyérbetegség* miatti halálozások csúcspontját produkáló Letenyei kistérsége (166%) mellett alig marad el a Sellyei, a Sümegi, a Nagyatádi és a Zalaszentgróti kistérség hasonló hányadosa (162–151%). Erősen közelít a minimumot mérő Pilisvörösvári kistérség mutatójához (58%) a Püspökladányi, a Budaörsi, a Bajai és a Körmendi kistérség hányadosa (59–69%).

Az egyes halállok gyakorisága és még inkább arányai igen eltérően alakulnak a kisemelt három nagy korcsoportban. Ezen belül az egyes kistérségek maximumai és minimumai is igen nagy szóródást mutatnak.

18. Halandóság a vidéki kistérségekben korcsoportok és halállok szerint, 2001–2003

Mortality in country sub-regions by age groups and causes of death, 2001–2003

Halállok	Százézer lakosra jutó standard halálozás			Halálozások %-os megoszlása		
	fiatal-	közép-	idős-	fiatal-	közép-	idős-
	korú					
Daganatok	22	436	1245	18	36	22
Ischaemiás szívbetegség	8	190	1450	7	16	26
Egyéb szívbetegség	4	122	966	3	8	17
Agyérbetegség	6	100	924	5	8	17
Légzőszervi betegség	4	38	228	3	3	4
Alkoholos májbetegség	11	122	82	9	10	1
Egyéb emésztőszervi betegség	4	47	158	3	4	3
Egyéb természetes halállok	28	63	300	28	5	5
Öngyilkosság	14	45	51	11	4	1
Baleset	22	63	190	18	5	3
Összesen	128	1206	5589	100	100	100

A *fiatalkorúak* (45 éven aluliak) az összes halálozásból 5%-kal részesedtek. Ezen belül a legtöbb halálozást a daganatok, az öngyilkosság és a balesetek okozták (az összesnek közel a felét). A daganatos halálozás esetében a maximális mutatót a Pécsváradi kistérségben mérték (278%), a legkisebbet pedig az Oroszlányi kistérségben (31%). A fiatalok között a legtöbb öngyilkosság a Mórahalmi kistérségben fordult elő (283%), a legkevesebb a Kapuvárban

(15%). A baleseti halálozás területi szóródása is igen nagy: a legtöbb a Tabi (206) a legkevesebb a Csengeri (29%) kistérségben volt.

Érdekesebbek a *középkorúak* (45–64 évesek) halálozási különbségei. Közülük kerül ki a meghaltak közel egynegyede. Halálokonként a maximumok és minimumok a következőképpen alakultak (19. táblázat).

19. A középkorúak halandóságában legmagasabb, illetve legalacsonyabb értékeket mutató kistérségek, halálokok szerint, 2001–2003
Sub-regions of minimal and maximal mortality of the middle-aged by causes of death, 2001–2003

Halálok	Maximális halandóságú kistérség	SHH	Minimális halandóságú kistérség	SHH	Maximum/minimum, %
Daganat	Mezőkovácsháza	134	Zirc	71	188
Ischaemiás szívbetegség	Baktalórántháza	184	Csepreg	41	449
Egyéb szívbetegség	Csepreg	225	Balatonfüred	35	1112
Agyérbetegség	Kisbér	189	Szentgotthárd	38	497
Légzőszervi betegség	Sátoraljaújhely	374	Hajdúszoboszló	21	1781
Alkoholos májbetegség	Oroszlány	295	Körmend	42	702
Egyéb emésztőszervi betegség	Őriszentpéter	310	Hajdúszoboszló	8	8780
Egyéb természetes halálok	Szentgotthárd	246	Balatonfüred	41	600
Öngyilkosság	Mórahalom	267	Dunakeszi	34	785
Baleset	Pétervására	211	Csorna	38	555

A nagy különbségek néhány esetben a kis esetszámmra, illetve halálloki besorolási differenciákra vezethetők vissza. Bizonyára ez utóbbi miatt látszik úgy, hogy a Csepregi kistérségben igen alacsony az ischaemiás és igen magas az egyéb szívbetegségek aránya. A szívbetegségek együttesen területileg már egyenlőbben oszlanak meg.

2001–2003-ban az *időskorúak* (a 65 évesnél, idősebbek) voltak az áldozatai a halálozások több mint 70%-ának. Esetükben a kistérségek szerinti halandósági különbségek kisebbek, mint a középkorúaknál, de így is jelentős (különösen a magas halandósági arányokat tekintve). A maximumok és minimumok halálokonként a következőképpen alakultak (20. táblázat).

20. Az időskorúak halandóságában a legmagasabb, illetve legalacsonyabb értékeket mutató kistérségek, halálokok szerint, 2001–2003
Sub-regions of minimal and maximal mortality of the aged by causes of death, 2001–2003

Halálokok	Maximális halandóságú kistérség	SHH	Minimális halandóságú kistérség	SHH	Maximum/minimum, %
Daganat	Sárbogárd	128	Mórahalom	61	210
Ischaemiás szívbetegség	Püspökladány	159	Celldömölk	63	252
Egyéb szívbetegség	Mórahalom	185	Komárom	47	394
Agyérbetegség	Letenye	171	Püspökladány	57	300
Légzőszervi betegség	Sátoraljaújhely	267	Komárom	38	703
Alkoholos májbetegség	Kisbér	235	Sarkad	20	1175
Egyéb emésztőszervi betegség	Gödöllő	185	Mórahalom	33	561
Egyéb természetes halálok	Tatabánya	184	Balatonalmádi	48	383
Öngyilkosság	Balmazújváros	307	4 kistérség	0	
Baleset	Nagyatád	182	Sarkad	39	467

Időskorban a magas halandóság miatt már realisabbak a különbségek, de itt sem értékelhető az öngyilkosság, mivel négy kistérségben nem fordult elő a vizsgált időszakban.

Halálloki különbségek Budapesten

Budapest és a legalacsonyabb halandóságú vidéki kistérségek az egyes halálloki csoportok szerint elég nagy differenciákat mutatnak. Vannak olyan halállokok, amelyeket tekintve Budapest helyzete rosszabb: mindkét időszakban a daganatos betegségekből eredő (10, illetve 8%-kal), az első időszakban az egyéb szívbetegségekből és az öngyilkosságból eredő halandóság volt magasabb Budapesten (6, illetve 18%-kal), mint a legalacsonyabb halandóságú kistérségekben. A második időszakban az emésztőszervi betegségek mutatnak (7%-os) többletet. De ha a vidéki átlaghoz viszonyítjuk a budapestit, csak a daganatos halálozás esetében találunk egy árnyalatnyi fővárosi többletet.

Budapest kerületei között a halandósági különbségek sokkal nagyobbak, mint a vidéki kistérségekben. A fővárosi átlaghoz viszonyítva az első időszakban legmagasabb halandóságú kerületekben 43%-kal több baleset, 41%-kal több emésztőszervi betegség, illetve 36%-kal több egyéb szívbetegség és légzőszervi betegség miatti halálozás történt. Az átlagtól való eltérés az ischaemiás szívbetegségek (17%) és az agyérbetegségek, illetve a daganatos betegségek

okozta halál esetében volt a legkisebb (22%). Az öngyilkosságból következő többlethalandóság 29%-os volt. A második időszakban e differenciák erősen módosultak: A legmagasabb halandóságú kerületekben az átlaghoz viszonyított többlet a légző- és emésztőszervi betegségeknél volt a legmagasabb (30% feletti), de meghaladta a 20%-ot a szívbetegségek és a balesetek esetében is. Viszonylag kisebb a különbség a daganatok és az agyérbetegségek esetében (egyhatodnyi). Az öngyilkossági mutató nem a legmagasabb halandóságú kerületekben volt kiugró, hanem a „2. Magas” halandóságú csoportban (itt közel 30%-os a többlet).

Még számottevőbbek a különbségek, ha a legmagasabb és a legalacsonyabb halandósági szintű kerületek adatait vetjük össze. Az előzőekben az első időszakban 2,2-szer akkora volt az emésztőrendszeri betegségek miatti halandóság, mint az utóbbiakban, de 1,8–1,9-szeres mértékű volt az egyéb szívbetegségekre, a légzőszervi betegségekre, valamint a balesetekre visszavezethető halandóság is. Az öngyilkosságoknál 70%-os, a daganatoknál és az ischaemiás szívbetegségeknél 42–44%-os volt a halandósági többlet. A második időszakban is az emésztőszervi betegségek halandósága mutatta a legnagyobb eltérést (a legmagasabbaké 1,8-szorosa volt a legalacsonyabbakénak). Ezen belül az alkoholos májbetegségek halandóságában 2,5-szörös a különbség. De kétharmadnyi a többlet az ischaemiás szívbetegségek és alig valamivel kisebb az egyéb szívbetegségek esetében is. Magasak még a differenciák (másfélszeresek) a légzőszervi betegségeket és a baleseteket tekintve is. A daganatoknál, az agyérbetegségeknél egyharmadnyi a különbség. Az öngyilkossági arány azonos a legalacsonyabb és a legmagasabb kategóriában.

A budapesti kerületek halálokok szerinti halandóságát az alábbi adatok jellemzik (21. táblázat).

21. Halandóság halálteki csoportonként a budapesti kerületek halandósági szintje szerint

Cause-specific mortality by the mortality level of districts in Budapest

Halandósági szint	Standard halandósági hányados									
	da- ganat	ischa- emiás	egyéb	agyér- beteg- ség	légző-	emésztő-	egyéb termé- szetes halá- lok	bal- eset	ön- gyil- kos- ság	összes
		szívbetegség			rendszeri betegség					
1996–2000										
1. Legmagasabb	122	117	138	122	136	141	139	143	129	119
2. Magas	105	125	103	109	81	113	92	95	124	110
3. Átlagos	97	97	116	97	100	104	98	96	115	102
4. Alacsony	93	90	83	90	96	86	90	86	82	91
5. Legalacsonyabb	86	81	73	91	74	63	77	81	75	82
Budapest	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2001–2003										
1. Legmagasabb	115	123	120	116	134	121	121	91	108	119
2. Magas	105	125	112	118	139	114	82	129	139	111
3. Átlagos	100	119	103	107	104	100	96	106	108	104
4. Alacsony	97	88	100	95	87	89	100	96	90	92
5. Legalacsonyabb	86	73	77	85	53	88	84	103	89	83
Budapest	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

A budapesti kerületek halandósági különbségei valamivel mérsékeltebbek, mint a vidéki kistérségeké. De a maximális és minimális értékek differenciái itt is az emésztőszervi betegségek esetében a legszámtotévbek, de mintegy két és félszeres a különbség a szívbetegségeket és a légzőszervi betegségeket illetően is. A fővárosban szintén a daganatos betegségek esetében mérték a legkisebb különbséget (de a minimumhoz mérve így is másfélszeres a maximum).

22. Maximális és minimális halandóságú kerületek halálokok szerint,
2001–2003

*Districts in Budapest of maximal and minimal mortality
by causes of death, 2001–2003*

Halálok	Maximális halandóságú kerület	SHH*	Minimális halandóságú kerület	SHH*	Maxi- mum/mi- nimum, %
Daganat	VII.	120	II.	79	154
Ischaemiás szívbetegség	X.	161	V.	69	233
Egyéb szívbetegség	IX.	149	II.	62	240
Agyérbetegség	IV.	143	II.	76	188
Légzőszervi betegség	X.	165	XIV.	64	258
Alkoholos májbetegség	VIII.	154	I.	43	358
Egyéb emésztőszervi betegség	IV.	126	II.	69	519
Egyéb természetes halálok	IX.	139	XXIII.	65	214
Öngyilkosság	IX.	139	V.	75	185
Baleset	VII.	137	II.	69	199

*SHH = standard halandósági hányados (a budapesti átlaghoz viszonyítva).

Budapesten is nagyok az egyes korcsoportba tartozók halálloki struktúrájának különbségei. 2001–2003 között a három nagy korcsoportban a halálokok megoszlása a következő volt (23. táblázat).

23. Halálozás a budapesti kerületekben korcsoportok és halálokok szerint,
2001–2003

*Mortality in the districts of Budapest by age groups and causes of death,
2001–2003*

Halálok	Százezer lakosra jutó standard halálozás			Halálozások %-os megoszlása		
	fiatal-	közép-	idős-	fiatal-	közép-	idős-
	korú					
Daganat	19	413	1323	19	40	27
Ischaemiás szívbetegség	6	160	1217	6	16	25
Egyéb szívbetegség	3	66	636	3	6	13
Agyérbetegség	4	75	756	4	7	16
Légzőszervi betegség	2	27	152	2	3	3
Alkoholos májbetegség	9	97	67	9	10	1
Egyéb emésztőszervi betegség	4	52	174	5	5	4
Egyéb természetes halálok	25	54	277	25	5	6
Öngyilkosság	11	31	36	11	3	1
Baleset	16	45	195	16	4	4
Összesen	99	1020	4833	100	100	100

A fiatalok halandóságában Budapesten is három halál oka dominál. A daganatos betegségekből eredő halandóság 137% (XVIII. kerület) és 62% (XXI. kerület) között szóródik. Az öngyilkosságból következő halálozás ebben a korcsoportban a IX. kerületben a legmagasabb (156%) és az V. kerületben a legalacsonyabb (34%). Baleseti halandóság tekintetében a maximum a XIX. kerületben van (147%), a minimum a II. kerületben (78%).

A középkorúakban a legnagyobbak a halandóság halál oka különbségei. A maximumok és minimumok a következőképpen alakultak (24. táblázat).

24. A középkorúak halandóságában legmagasabb, illetve a legalacsonyabb értéket mutató budapesti kerületek, halálokok szerint, 2001–2003
Districts in Budapest of minimal and maximal mortality of the middle-aged by causes of death, 2001–2003

Halál oka	Maximális halandóságú kerület	SHH	Minimális halandóságú kerület	SHH	Maximum/minimum, %
Daganat	VII.	138	II.	59	309
Ischaemiás szívbetegség	X.	159	I.	46	449
Egyéb szívbetegség	VIII.	165	II.	43	384
Agyérbetegség	XXIII.	163	II.	58	281
Légzőszervi betegség	IX.	203	I.	31	655
Alkoholos májbetegség	VIII.	168	II.	36	467
Egyéb emésztőszervi betegség	XXI.	144	XXIII.	46	313
Egyéb természetes halál	IX.	156	II.	39	400
Öngyilkosság	IX.	180	XXII.	42	429
Baleset	VIII.	179	II.	32	559

Kisebbség a különbségek az időskorúak körében, de a nagyobb esetszám miatt ezek valószínűsíthetőbbek, mint a 65 éven aluliakra vonatkozóak.

25. Az időskorúak halandóságában legmagasabb, illetve legalacsonyabb értéket mutató budapesti kerületek, halálokok szerint, 2001–2003

Districts in Budapest of minimal and maximal mortality of the aged by causes of death, 2001–2003

Halálok	Maximális halandóságú kerület	SHH	Minimális halandóságú kerület	SHH	Maxi- mum/mi- nimum, %
Daganat	IV.	118	II.	79	162
Ischaemiás szívbetegség	X.	161	V.	72	224
Egyéb szívbetegség	IX.	145	II.	67	216
Agyérbetegség	IV.	146	II.	76	192
Légzőszervi betegség	XX.	166	XXI.	62	252
Alkoholos májbetegség	XVII.	166	II.	54	307
Egyéb emésztőszervi betegség	IV.	152	I.	74	415
Egyéb természetes halálok	IV.	120	II.	66	182
Öngyilkosság	IV.	120	VI.	54	222
Baleset	VII.	169	XXIII.	70	241

Érdeemes azt is áttekinteni, hogy milyen halálokokból származik a halandósági többlet. Ha a legmagasabb halandóságú vidéki kistérségek, illetve budapesti kerületek haláloki adatait hasonlítjuk a lekedvezőbbekével, akkor ki tudjuk mutatni a többlethalandóság forrásait.

Vidéken az első vizsgált időszakban a standard halandósági arány két poláris értéke átlagosan 29%-os többletet mutat. A budapesti kerületek két szélső kategóriája között még magasabb a különbség: 43%-os. A második időszakban ezek a differenciák 33, illetve 49%-ra emelkedtek. Ha ezeket a halandósági többleteket halálokok szerint kívánjuk megállapítani, a következő képet kapjuk (26. táblázat).

26. Legmagasabb halandóságú térségek halandósági többlete
halálloki csoportonként

Mortality surplus of the sub-regions of highest mortality by causes of death

Halálok	Legmagasabb halandóságú térségek többlethalandósága a legalacsonyabb halandóságúakéhoz viszonyítva			
	százezer lakosra		százalékban	
	vidéki kistérségek	budapesti kerületek	vidéki kistérségek	budapesti kerületek
<i>1996–2000</i>				
Daganat	20	79	8,1	21,6
Ischaemiás szívbetegség	54	65	22,4	17,7
Egyéb szívbetegség	26	77	10,8	21,0
Agyér betegség	56	28	23,4	7,6
Légzőszervi betegség	14	17	6,0	4,7
Emésztőszervi betegség	28	45	11,5	12,4
Egyéb természetes halálok	18	30	7,3	8,1
Baleset	13	24	5,5	6,6
Öngyilkosság	6	10	2,3	2,7
Összesen	241	366	100,0	100,0
<i>2001–2003</i>				
Daganat	29	60	12,8	31,9
Ischaemiás szívbetegség	51	72	22,8	38,6
Egyéb szívbetegség	33	37	14,9	19,9
Agyér betegség	48	22	21,5	11,9
Légzőszervi betegség	20	9	8,7	5,0
Emésztőszervi betegség	22	32	9,4	17,1
Egyéb természetes halálok	20	44	9,1	23,7
Baleset	1	5	0,4	2,5
Öngyilkosság	3	3	1,1	1,7
Összesen	225	187	100,0	100,0

A fentiekből látszik, hogy lényeges különbségek vannak a vidéki és budapesti többlethalálozások halálloki struktúrájában. Budapesten mindkét időszakban több mint egyötödnyi volt a daganatokból eredő halálozások súlya, vidéken csak 8, illetve 13%-os. Ezzel szemben az agyérbetegségek vidéken a többlethalandóság 23, illetve 22%-áért felelősek, Budapesten pedig csak 8, illetve 12%-áért. Nagy volt mindkét időszakban az ischaemiás szívbetegség többlethalandóságban játszott szerepe (vidéken mindkét időszakban 20%), a fővárosban pedig erősen emelkedő súlyú (18-ról 39%-ra nőtt). Viszont az egyéb szívbetegségek hozzájárulása Budapesten sokkal jelentősebb (21, illetve 20%), mint vidéken (11, illetve 15%). Hasonló az emésztőszervi betegségek képviselője a halandósági többlet okai között (vidéken 12, illetve 9%, Budapesten pedig 12, illetve 17%).

Összegzés

A vizsgálat eredményeiből összefoglalásképpen kiemelnénk néhány fontos mozzanatot. Mindkét elemzett időszakban és mindkét nem esetében a legmagasabb standardizált halandósági hányadosokat az ország két területén találtuk: Északkelet-Magyarországon és Délnyugat-Magyarországon, illetve a fővárostól közvetlenül délkeletre és délnyugatra. A legkedvezőbb képet nemtől függetlenül az északnyugati országrész mutatja, de a férfiakat tekintve a fővárostól nyugatra elterülő kistérségek is összefüggően alacsony halandóságú területnek tűnnek.

A nagyobb városokat magukban foglaló kistérségek általában a legalacsonyabb vagy legalábbis az alacsony halandóságú régiók közé tartoznak. Részben ez az oka annak, hogy jóval többen élnek olyan kistérségekben, ahol viszonylag alacsony a halandóság, mint olyanokban, ahol magasabb. Fogalmazhatunk úgy is, hogy minél kisebb egy kistérségben a települések átlagos népességszáma, annál magasabb a halandóság szintje. Ezzel együtt a halandóság emelkedésével párhuzamosan csökken az adott halandóságú csoport együttes népsűrűségi mutatója.

A vizsgált három nagy korcsoport (fiatalkorúak, azaz a 0–44 évesek, középkorúak, azaz a 45–64 évesek, az időskorúak, azaz a 65 évesnél idősebbek) halandósága szerint vizsgálva a kistérségeket azt látjuk, hogy megoszlásuk igen egyenetlen. A fiatalkorúak halandósága szerint a kistérségek 30%-a pedig a legmagasabb, szintén 30%-a a legalacsonyabb halandóságú csoportba tartozott 2001–2003-ban. A középkorúak esetében is a legmagasabb csoportba tartozók magas aránya tűnik ki: a kistérségek egynegyede sorolható ide. Az időskorúak halandóságát illetően sokkal egyenletesebb a kistérségek megoszlása. Az életkor függvényében tehát csökkennek a kistérségek közötti halandósági differenciák. A budapesti adatok minden korcsoportban alacsonyabbak voltak a vidékieknél, a főváros előnye főleg a fiatalkorúaknál mutatkozik meg. Budapesten a kerületek közötti halandósági különbségek korcsoportok szerint vizsgálva még erősebbnek látszanak, de a vidéki régiókkal ellentétben a középkorúak esetében a legerősebbek a differenciák.

Ha halálokok szerint vizsgáljuk a kistérségi halandóságot, azt tapasztaljuk, hogy struktúrája a két időszakban alig változott. Ugyanez érvényes a vidék és főváros közötti különbségre is. Említésre méltó azonban, hogy mind vidéken, mind a fővárosban növekedett valamelyest a daganatos betegségek miatti halálozások súlya, és ezzel együtt csökkent a keringési betegségeké. A kistérségek átlagos halandósági szintje szerint az agyérbetegségekre visszavezethető standard halandósági arányban mutatkozik a legnagyobb különbség. Szintén nagy az eltérés az emésztőszervi betegségek okozta halandóságban (főleg az alkoholo-

los eredetű májbetegségek eltérő előfordulása miatt). Ugyanakkor relatíve kisebbek a különbségek, ha a daganatos betegségek szerepéről van szó. A minimális és maximális halandóságú kistérségek adatai legnagyobb mértékben az emésztőszervi betegségek és az öngyilkosságok esetében térnek el egymástól. Ha Budapestet összehasonlítjuk a legalacsonyabb halandóságú kistérségekkel, azt látjuk, hogy mindkét vizsgált időszakban a fővárosban magasabb volt a daganatos betegségekre visszavezethető halandóság, az első időszakban az egyéb (nem ischaemiás) szívbetegségek és az öngyilkosság, a második időszakban pedig az emésztőszervi betegségek okozta halandóság haladta meg a legkedvezőbb vidéki átlagot. A vidéki átlaghoz viszonyítva csak a daganatos betegségek halálloki szerepében tapasztalhatunk egy árnyalatnyi fővárosi többletet. Budapesten belül a halandósági különbségek valamivel kisebbek, mint a vidéki kistérségek között, de a legjelentősebb differenciák itt is az emésztőszervi betegségek körében mutatkoznak. Szintén nagy különbségeket tapasztalhatunk a szívbetegségeknél és a légzőszervi betegségeknél, míg a legkisebbeket a daganatos betegségeknél.

Tárgyszavak:

Differenciális halandóság
Kistérségi különbségek

NEWER DATA ON THE MORTALITY DIFFERENCES OF THE COUNTRY SUB-REGIONS AND THE DISTRICTS OF BUDAPEST (I)

Abstract

The author examined the mortality differences of 149 country sub-regions and 23 districts in Budapest relating to the period 1996–2000 first in 2003. Hungary's mortality has significantly got better since then so it seems to be necessary to repeat the examination for the period 2001–2003. The analysis of the mortality has been carried out by the help of standardised death rates and standardised mortality ratios (death rates compared to the country average) calculated by sex. The basis of the standardisation was the age distribution of the world population published by WHO.

According to the analysis the highest standardised mortality ratios can be observed in North-eastern and South-western Hungary and south-east and south-west of the capital in both examined periods and relating to both sexes. Areas of low mortality are situated in the North-western part of the country, and in the case of males the sub-regions lying west of the capital also seem to be of low mortality.

Sub-regions with larger towns belong to the areas of low or lowest mortality. Generally the higher is the population number of the settlements and the population density within a sub-region, the lower is the mortality level of the given sub-region.

The distribution of the sub-regions by the mortality level of the examined three age groups (young: aged 0–44; middle-aged: 45–64; elderly: 65–) is very unequal. Examining by the mortality of the 'young' age group 30–30% of the sub-regions belong to the groups of highest and lowest mortality. As for the middle-aged a fourth part of the sub-regions belongs to the group of the highest mortality. In the case of old-age mortality the distribution of the sub-regions are much more equal, mortality differences decrease with advancing age. The mortality level of Budapest is lower in every age group than that of country sub-regions, the advantage of the capital is particularly obvious in the young age group. In Budapest the mortality differences of the districts examined by age groups are stronger than in the countryside, but contrary to that the differences are the strongest in the group of the middle-aged.

The structure of the death causes and the difference between the capital and the countryside in this respect hardly changed in the examined two periods. However, it is worth mentioning that both in the countryside and in the capital the death rates of malignant tumours increased and those of cardiovascular diseases decreased to some extent. Examining by the average mortality level of the country sub-regions the largest differences were measured in the standard death rates of cerebrovascular diseases. There are also large differences in the mortality caused by the diseases of the digestive system (mainly in consequence of the spatial differences of hepatic diseases caused by alcohol consumption). At the same time the differences in the mortality level of malignant tumours are relatively smaller. Comparing Budapest to the sub-regions of the lowest mortality it can be observed that the mortality caused by malignant tumours was higher in the capital in both examined periods. In the first period the mortality of other (non-ischaemic) cardiovascular diseases and suicides was higher than that of the best country average. In the second period we can experience the same in the case of the diseases of the digestive system. But comparing Budapest to the country average there is some mortality surplus of the capital only in the case of malignant tumours. Within the capital mortality differences are smaller than among country sub-regions. The strongest differences can be observed in the diseases of the digestive system while one can measure the least differences in the case of the mortality caused by malignant tumours.