A századvég népesedési viszonyai és a századelő valószínű demográfiai forgatókönyve Magyarországon

1.Bevezető

A népesség lélekszámának és összetételének ismerete minden hosszú távú program megtervezésének előfeltétele. Demográfiai referenciák nélkül valójában nem lehet fontos, megalapozott, az egész ország jövőjét érintő döntéseket hozni. Magyarországon különösképpen nagy jelentősége van a népességtudomány illetékességébe tartozó kérdéseknek, tekintettel arra, hogy a demográfiai mutatók az 1950-es évek vége, az 1960-as évek eleje óta projiciálják a népesség lélekszámának *potenciális* fogyását. A tiszta reprodukciós együttható[1] már 1958-ban 0,973 volt és azóta mindig 1,000 alatt maradt (1997: 0,655). A természetes fogyás[2] - a potenciális fogyáshoz képest - mintegy két évtizeddel később kezdődött és azóta is tart. 1981-ben az élveszülöttek és meghaltak egyenlegének deficitje még kevesebb, mint kétezer fő volt, 1998-ban azonban már több, mint negyvenezer lakossal csökkent a népesség lélekszáma[3]. Tizennyolc év alatt összesen mintegy 425 ezer fővel lettünk kevesebben. Az előreszámítások a populáció létszámának további csökkenését jelzik; a leginkább reális forgatókönyv adatai szerint Magyarországnak a jelenlegi 10 100 000 lakossal szemben 2020-ban csak 9 360 000 lakosa lesz. Megjegyzendő, hogy a természetes fogyás kiszámításában a nemzetközi vándormozgalom adatai nem szerepelnek. Az 1981-1998 közötti időszakban bekövetkezett lélekszám csökkenés tehát a migráció nélkül csak a fertilitás és mortalitás egyenlegét tartalmazza. A 2020-ra előreszámított adatban azonban a nemzetközi vándormozgalomnak a populáció nagyságát növelő hatását is figyelembe vették.

---

[1] / A tiszta (nettó) reprodukciós együttható azt fejezi ki, hogy az egy nőre jutó leánygyermekek közül az adott év halandósága mellett hányan jutnának el szülőképes korba. Ha ennek értéke 1,0 az a népesség stagnálására mutat, az ezen felüli érték szaporodást, az ezen aluli érték fogyást jelent.
[2] / Az élveszületések és halálozások egyenlege.
[3] / Előzetes adat.

A népesség *összetételének* változásai a népesség lélekszámának alakulásával azonos, vagy még nagyobb jelentőségű demográfiai jelenségek. A 21. századnak talán legnagyobb demográfiai (és nem csak demográfiai) kihívása a populáció *öregedése*. 1949-ben a 65 évesek és idősebbek a népességnek mindössze 7,5 százalékát adták. Ötven év alatt részesedésük csaknem a kétszeresére nőtt, 1998. január 1-én 14,4 százalék volt. Valószínűsíthető, hogy 2020-ban proporciójuk eléri legalább a 18,5 százalékot.

A *nemzetközi vándormozgalom* mind a népesség lélekszámát, mind annak összetételét befolyásolja. Az erre vonatkozó adatok azonban hiányosak, nagyobbrészt megbízhatatlanok és pontatlanok. Ez más-más módon vonatkozik mind a múltra, mind a jelenre. A bevándorlókat viszonylag könnyű nyilvántartásba venni, a kivándorlók regisztrálása azonban valójában megoldatlan. 1997-ben közel 150 ezer külföldi állampolgár tartózkodott az országban; részarányuk az ország népességében kevesebb, mint másfél százalék. A külföldi állampolgárok közel fele Romániából érkezett. 1997-ben a Magyarországra belépő külföldi állampolgárok száma kevesebb, mint tízezer volt. Az előreszámítások bevándorlási többlettel számolnak. Az immigránsok sokaságában alig van hatvan éven felüli; a bevándorlás tehát "fiatalítja" a népességet.

Európában *demográfiai apály* van: a legtöbb országban az 1990-es évek második felében természetes fogyást regisztráltak. Kiváltképpen jelentős a népesség lélekszámának csökkenése az Elbától keletre, a szocialista gazdaságból a fejlett piacgazdaságba tartó országokban. Csakúgy mint Magyarországon, az öregedésnek és a nemzetközi vándormozgalomnak kitüntetett jelentősége van minden európai országban.

2. Házasságkötés, válás

A *házasságkötések* száma az 1970-es évek közepe óta csökken, és ez a jelenség az elmúlt néhány évben még kifejezettebbé vált. 1997-ben mindössze 47 ezer pár kötött házasságot, az 1970-es évtizedben évente átlagosan még 96 ezer volt a házasságkötések száma. 1 000 lakosra két évtizeddel korábban 9,1, jelenleg már csak 4,6 házasságkötés jut. Ennél alacsonyabb házasságkötési arány csak az első világháború idején volt a 20. században Magyarországon.

A házasságkötések csökkenő száma azzal is összefügg, hogy egyre nagyobb teret hódít a hivatalos bejegyzés nélküli *együttélés*, az élettársi kapcsolat. Erre utal egyébként a házasságon kívül született gyermekek számának és arányának jelentős növekedése is.

1. tábla

A házasságkötések és a válások számának és arányának alakulása

Év	Házasságkötések		A férfi	A nő	Válások	
	száma	1000 lakosra	átlagos életkora (év)		száma	1000 lakosra
1921	93 310	11,6	29,3	25,1	6 188	0,8
1930	77 907	9,0	28,1	23,9	5 495	0,6
1941	79 074	8,5	29,6	24,5	6 858[a/]	0,5[a/]
1948	97 710	10,7	28,8	24,5	11 058	1,2
1960	88 566	8,9	28,8	24,7	16 590	1,7
1970	96 612	9,3	27,1	23,6	22 841	2,2
1980	80 331	7,5	27,2	24,2	27 797	2,6
1990	66 405	6,4	27,4	24,4	24 888	2,4
1991	61 198	5,9	27,4	24,4	24 433	2,4
1992	57 005	5,5	27,4	24,4	21 607	2,1
1993	54 099	5,3	27,6	24,5	22 350	2,2
1994	54 114	5,3	28,1	25,0	23 417	2,3
1995	53 463	5,2	28,3	25,3	24 857	2,4
1996	48 930	4,8	28,5	25,4	22 590	2,2
1997	46 905	4,6	29,7	26,6	24 992	2,5

a/ Magyarország 1941. évi területén.

A házassági mozgalom változásait nem csak a házasodási arány csökkenése jelzi; nő a *házasságra lépők átlagos életkora* és még soha nem volt olyan magas, mint 1997-ben. A férfiak csaknem harminc, a nők közel huszonhét évesek házasságkötéskor. Még a két világháború közötti időszakban is fiatalabbak voltak a férfiak az egybekeléskor, pedig az akkori gazdasági viszonyok és életfelfogás azoknak a férfiaknak a házasodási szándékát támogatta, akiknek "már volt egzisztenciájuk". A nők átlagos házasodási kora természetesen jelentősen alacsonyabb volt. A magas és emelkedő házasodási kor lehet a nehezebbé váló megélhetés, a "szolid egzisztenciát" is magába foglaló polgári értékrend terjedésének következménye, főleg a férfiak esetében. A nőknél a házasságkötés későbbre halasztása esetleg a nők emancipációjával, nevezetesen azzal függ össze, hogy egyre több nő tanul egyetemeken és főiskolákon és jelentős részük csak tanulmányai befejezése után, már munkaviszonyban lévőként köt házasságot. A magyar házasodási átlagkort természetesen az is befolyásolja, hogy a házasodók csaknem 21 százaléka újra-házasuló. De az ismételten házasulók nagy viszonylagos súlya - mivel az utóbbi években szinte változatlan - nem játszik szerepet a házasságra lépők átlagos életkorának az 1990-es években megfigyelhető emelkedésében.

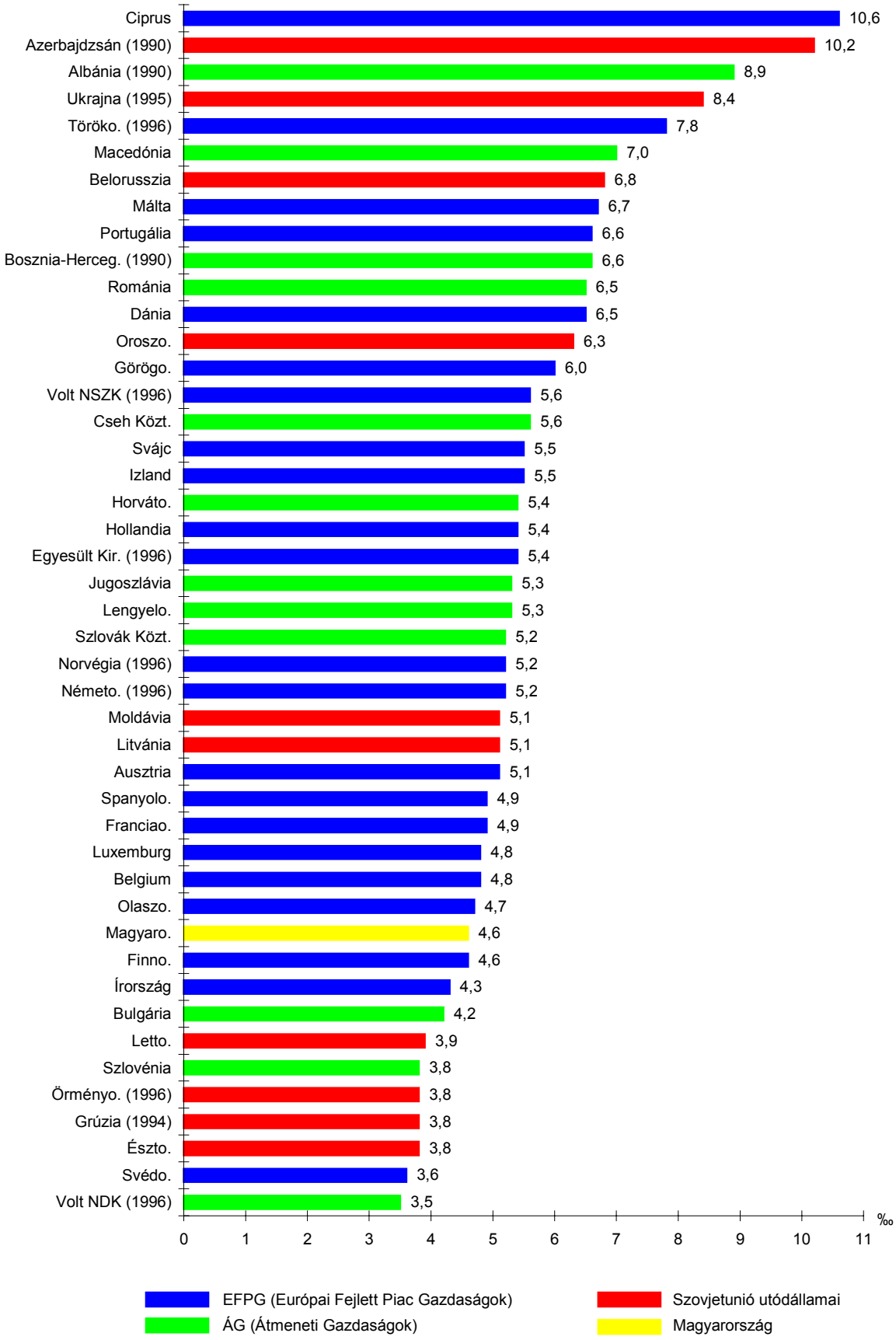
A házasságkötések 71 százalékában egyik fél sem volt házas; az első házasságkötések részaránya évtizedek óta alig változik. Az újraházasodók nagy része családos ember: a férfiak 77, a nők 80 százalékának van gyermeke. Ez azt bizonyítja, hogy a gyerek(ek) léte általában nem akadálya a házasságkötésnek.

1997-ben a városokban 4,8, a községekben 4,4, Budapesten 4,2 ezrelék volt a házasságkötési arány. Elsősorban a községek, de valószínűleg a főváros alacsonyabb házasságkötési aránya is a népesség nagyobb elöregedésével magyarázható.

Az alacsony és csökkenő házasságkötési arány Magyarország esetében külön figyelmet érdemel, tekintettel arra, hogy a szakirodalom az országot hagyományosan a magas házasságkötési arányú országok között tartotta számon. Közhelynek számít, hogy a Szentpétervár-Trieszt vonaltól keletre sokkal alacsonyabb volt az agglegények és vénlányok részaránya, mint attól nyugatra. Ennek leginkább az volt az oka, hogy a vagyonnal kapcsolatos megfontolások, főleg az örökösödési szokások Magyarországon és Kelet-Európában általában nem nehezítették a családalapítást, míg Nyugat-Európában annál inkább (az elsőszülött fiú kizárólagos örökösödési joga). A modernizáció ebben az esetben a konvergencia irányába hat.

Az 1970-es évek eleje óta a házasságkötések számában Európa-szerte jelentős csökkenés következett be és ezzel összefüggésben a házasságkötési arányok mindenütt alacsonyabbak, mint korábban. Az ezer lakosra jutó 4,6-os házasságkötési aránnyal Magyarország az európai mezőny alsó részéhez tartozik; 4,0 és 4,9 ezrelék közötti a házasságkötési arány Belgiumban, Bulgáriában, Finnországban, Franciaországban, Írországban, Olaszországban és Spanyolországban. A legtöbb európai országban a házasságkötési arány 5,0 ezrelék felett van és mindössze hat olyan ország van, ahol a 4,0 ezreléket sem éri el.

1. ábra
A házasságkötési arány[a)] az európai országokban
1997 körül



a) 1000 lakosra jutó házasságkötés.

A *válások* száma az 1980-as évek második felében volt a legmagasabb. Azóta előbb egy csökkenő, majd újra emelkedő alapirányzat figyelhető meg. 1997-ben 25 ezer házasság végződött válással, a válási arány 2.5 ezrelék volt; ez még mindig 16 százalékkal kevesebb, mint az 1987. évi válások száma, midőn a legtöbben váltak el Magyarországon. Ennél sokkal informatívabbak azok az adatok, miszerint 1000 fennálló házasságra 11, két házasságkötésre (több mint) egy válás jutott. Váláskor a férfiak átlagosan 38, a nők 35 évesek. A legtöbb válás a házasság második, illetve harmadik évtizedében következik be. A felbontott házasságok 75 százalékában van kiskorú gyermek.

Az 1000 lakosra jutó 2,2-2,5 válással Magyarország az 1990-es évek közepén az európai középmezőnyben található. Idetartozik többek között Ausztria, Dánia, Finnország, Hollandia, Norvégia, Svédország és Svájc is. Az országonkénti különbségek e tekintetben - különböző okokból - igen nagyok. Kiemelkedően magas a válási arány a volt Szovjetunió legtöbb utódállamában (kivéve a kaukázusi és közép-ázsiai köztársaságokat). 1000 lakosra 4,6 válás jut Belaruszban, 3,8 Oroszországban és Ukrajnában, 3,6 Észtországban, 3,1 Litvániában. Ezzel szemben a Földközi tenger medencéjében lévő országokban a válási arány néhány kivételtől eltekintve egy ezrelék alatt van.

3. Családtervezés, születésszabályozás, termékenység

3a. Családtervek

A fiatal házasok körében az 1990-es évek elején lefolytatott, országos, reprezentatív vizsgálatban a párokat házasságuk első évében családterveikről kérdezték. Ezek teljesülése esetén 100 családban 214 gyermek születne. Ez az átlag magasabb volt, mint a tíz évvel korábban házasságot kötött fiatalok családterveiből számított átlag. Különösen az volt feltűnő, hogy a házaspárok egynegyede kívánt három vagy ennél több gyermeket, ami jelentős emelkedést jelentett egy korábbi vizsgálat gyermekszám terveihez képest. A legtöbben (62%) továbbra is két gyermeket szeretnének. Gyermek nélküli házasságban nem akarnak élni az emberek. Egy másik vizsgálat a 18-41 éves nőket kérdezte arról, hány gyermeket szeretnének. A kívánt gyermekek száma átlagosan 2.10 volt, ami nagyon hasonló a fiatal házasok által tervezett 2,14-es átlaghoz. Megjegyzendő, hogy a kor előrehaladtával a kívánt gyermekszám csökken.

Ezek az adatok azért keltenek figyelmet, mert az 1990-es években jelentősen csökkent a *termékenység*. Nőtt a különbség a jövőbeni szándékot kifejező családtervek és az aktuális termékenység szintje között. Ez más szóval azt jelenti, hogy egy jelentős kivárási, illetve

időzítési elem található a fiatalok jelenlegi termékenységi magatartásában: elhalasztják az egyébként kívánt gyermekek világra hozatalát. Míg az 1970-es években a szülések előrehozatala okozott emelkedést a termékenységben, most a fiatalok későbbre halasztott szülései csökkentik a termékenységet. A kérdés az, hogy ezek a jelenleg még kívánt, de későbbre halasztott gyermekek megszületnek-e a jövőben?

3b. Művi vetélések

A terhességmegszakítást több alkalommal szabályozták a legutóbbi négy évtizedben. Az 1953. évi törvényes rendelkezés kivételes esetektől eltekintve lényegében megtiltotta a művi vetélést, az 1956. évi szabályozás viszont valójában csak a terhesség tartamától tette függővé az abortusz elvégzését. A *politika* meghatározó szerepet játszott a terhességmegszakítás szabályozásában. Az 1953. évi erősen restriktív törvényes rendelkezés pronatalista volt és a sztálinizmus primitív koncepciójának szellemében fogant. E szerint adminisztratív eszközökkel még a magánélet legbensőségesebb szférájában is keresztül lehet vinni az állam (valójában a párt) politikáját, függetlenül az egyén elképzeléseitől Az 1956-ban deklarált szabályozás összefüggött az "olvadásnak" elkeresztelt politikai változással, amely általában igyekezett a népszerűtlen intézkedéseknek legalább egy részét megszüntetni. A permisszív törvényes rendelkezés nem mérlegelte a szinte feltétel nélküli terhességmegszakítás következményeit. Az azóta bevezetett módosítások lényege abban van, hogy egy mértéktartó pronatalista népesedéspolitika jegyében és főleg az ismételt művi abortuszok egészségkárosító hatásának ismeretében igyekeznek csökkenteni a terhesség-megszakítások számát, de nem kívánják magát a műtétet eltiltani. N.b. bizonyított, hogy hosszú távon nem a terhességmegszakítás eltiltása a pronatalista politika hatékony eszköze. A művi vetéléseknek, mint "ultima ratio"-nak a korlátozott engedélyezése annak a felfogásnak az érvényesülését jelenti, miszerint a teljes tiltás rendkívül népszerűtlen intézkedés lenne és az illegálisan elvégzett terhességmegszakítások számottevően emelnék az anyai megbetegedések és halálozások számát (a román tapasztalatok meggyőzően bizonyítják a szigorú adminisztratív intézkedések egészségkárosító hatását). A pronatalista argumentum mellett a (magzati) élet védelme hasonlóképpen erős érv a művi abortusz eltiltása mellett.

2. tábla

A terhességmegszakítások számának és arányának alakulása

Év	Terhességmegszakítások			
	száma	1.000 15-49 éves nőre	100 élveszületésre	100 összes szülészeti eseményre
		jutó arány		
1960	162 160	65	111	47
1969*	206 817	78	134	52
1970	192 283	72	127	51
1980	80 882	31	54	32
1990	90 394	36	72	39
1991	89 931	35	71	38
1992	87 065	34	72	39
1993	75 258	30	64	36
1994	74 491	29	64	36
1995	76 957	30	69	38
1996	76 600	30	73	39
1997	74 564	29	74	39

*) Az előfordult legmagasabb érték.

Az abortusz arány (az 1.000 15-49 éves nőre jutó terhességmegszakítások száma) 1969-ben volt a legmagasabb, azóta süllyed; 1990-ben az abortusz ráta 36 ezrelék volt, kevesebb, mint fele az 1969. évinek. Az 1993. január 1-én hatályba lépett *magzatvédelmi törvénynek* minden bizonnyal szerepe van abban, hogy 1993-ra az 1.000 szülőképes korú nőre jutó terhességmegszakítások száma 30-ra csökkent, igaz azóta lényegében változatlan. Ez az abortusz ráta lényegesen magasabb, mint a nyugati országokban, de sokkal alacsonyabb, mint a legtöbb volt szocialista országban.

Az abortuszok számának 1993-ban észlelt csökkenése főleg a házas nőket érintette, ahol ennek mértéke 17% volt. Egyébként is a terhességmegszakítás sokkal inkább a hajadon, mint a házas nők születésszabályozási módszere, a művi abortusz gyakorisága jelenleg 30 százalékkal nagyobb az előbbi, mint az utóbbi sokaságban. A terhességmegszakítások és a születések kor szerinti alakulásában egymással ellentétes irányzatok erősödtek fel az utóbbi időben. Míg a gyermekvállalás későbbre halasztása miatt a szülő nők átlagos életkora határozottan emelkedik, addig az abortuszon átesett nők egyre fiatalabbá válnak.

Társadalmi és egészségügyi szempontból egyaránt figyelmet érdemel a 20 év alatti fiatalok terhességmegszakítási gyakorlata. Itt észlelhető a legkisebb mértékben kedvező

változás. Ennek a korcsoportnak a szülési gyakorisága harminc százalékkal csökkent 1990 óta, az abortuszok aránya viszont mindössze négy százalékkal.

A húsz éven aluliak születésszabályozási magatartását a magzatvédelmi törvény alig befolyásolta. Abortusz gyakoriságuk a törvény hatályba lépése óta alig csökkent, sőt nagyobb időtávlatban a ráta még emelkedett is. Ebben a sokaságban 100 élveszületésre 105 terhességmegszakítás jutott 1997-ben, valójában a felismert terhességek legalább fele művi abortusszal végződött.

A legutóbbi évek adatai azt mutatják, hogy a magzatvédelmi törvény a korábbinál felelősségteljesebb családtervezési magatartás elterjedését segíti elő; a termékenység alakulását ugyanakkor nem befolyásolja.

3c. A termékenység alakulása

A népesedési helyzet egyik meghatározó tényezője a születés gyakoriság; ennek (egyik) mutatója az 1000 lakosra jutó élveszületések száma, amit (nyers) *élveszületési aránynak* nevezünk. A *termékenység* a tényleges reprodukciós teljesítményt méri, valójában azt fejezi ki, hogy a nők (egy nő, száz nő) hány gyermeknek adnak életet.

Magyarországon négy évtizede kevesebben születnek, mint ami a népesség utánpótlásához szükséges. Ez a jelenség meglehetősen általános Európában, de a többi országban lényegesen később kezdődött, mint hazánkban. Megjegyzendő, hogy az alacsony termékenység minden bizonnyal nem átmeneti jelenség, hanem olyan demográfiai alapirányzat, amelynek kedvező változására a közeljövőben sem Magyarországon, sem a többi európai országban nem lehet számítani.

A termékenység csökkenése - történelmi távlatban - a modernizáció következménye. Ez a hosszantartó és bonyolult folyamat minden országban végbement, amely a modernizáció utjára lépett. Leegyszerűsítve az történt, hogy a halandóság csökkenését követte a termékenység csökkenése. Ezt a folyamatot úgy szokták meghatározni, hogy "hagyományos társadalmakban a termékenység és a halandóság magas, modern társadalmakban alacsony, ami a kettő között van az az (első) demográfiai átmenet". Magyarországon ez a szerves fejlődés nem volt zavartalan. Az ország traumatizált történelme többször is "beleszólt" a demográfiai folyamatokba.

A magyar statisztikai szolgálat 1876 óta rendelkezik népmozgalmi adatokkal. Ezek szerint az élveszületési arány 1876-ban még 46,7 ezrelék volt, a századfordulón 39,7 ezrelék,

ötven évvel később 20,9 ezrelék és 1997-ben már csak 9,9 ezrelék. A legutóbbi félévszázadban a termékenység változásaiban jelentős *inkonzisztencia* figyelhető meg. Ebben az is szerepet játszik, hogy a zsákutcás modernizáció kereti között a (közvetlen és közvetett) népesedéspolitika *átmenetileg* hol jó, hol rossz irányba befolyásolta a fertilitás alakulását.

Nincs közmegegyezés a tekintetben, hogy van-e optimális élveszületési arány. Magyarország népesedési viszonyai között mindenesetre kívánatos az olyan születés gyakoriság, amely a népesség legalább egyszerű (nem bővített) reprodukcióját biztosítja. Ilyen élveszületési arány utoljára - az 1974-77 között született nemzedékektől eltekintve - 1957-ben volt.

Különösképpen nyugtalanító a termékenységnek a *rendszerváltozás* óta bekövetkezett számottevő csökkenése. Míg 1960 és 1989 között a teljes termékenységi arány 2,02-ről 1,78-ra, tehát mindössze 0,24 század ponttal süllyedt, addig a legutóbbi nyolc évben 0,46 század ponttal.

1997 mélypontot jelentett a magyar termékenység történetében: ebben az évben alig több, mint 100 ezer gyermek született, 1000 lakosra mindössze 9,9 élveszületés jutott. (Előzetes adatok szerint 1998-ban az élveszületések száma valószínűleg nem éri el a százezret.) A *teljes termékenységi arány* 1,38-ra csökkent, ami azt jelenti, hogy a jelenlegi termékenység tartós megmaradása esetén 100 nő 138 gyermeket hozna világra; ez 70-75-tel kevesebb, mint ami a szülői nemzedék reprodukciójához szükséges. Másképpen fogalmazva: a gyermeknemzedékek nagysága 35 százalékkal kisebb a szülő generációk nagyságánál.

3. tábla

Élveszületések száma és aránya

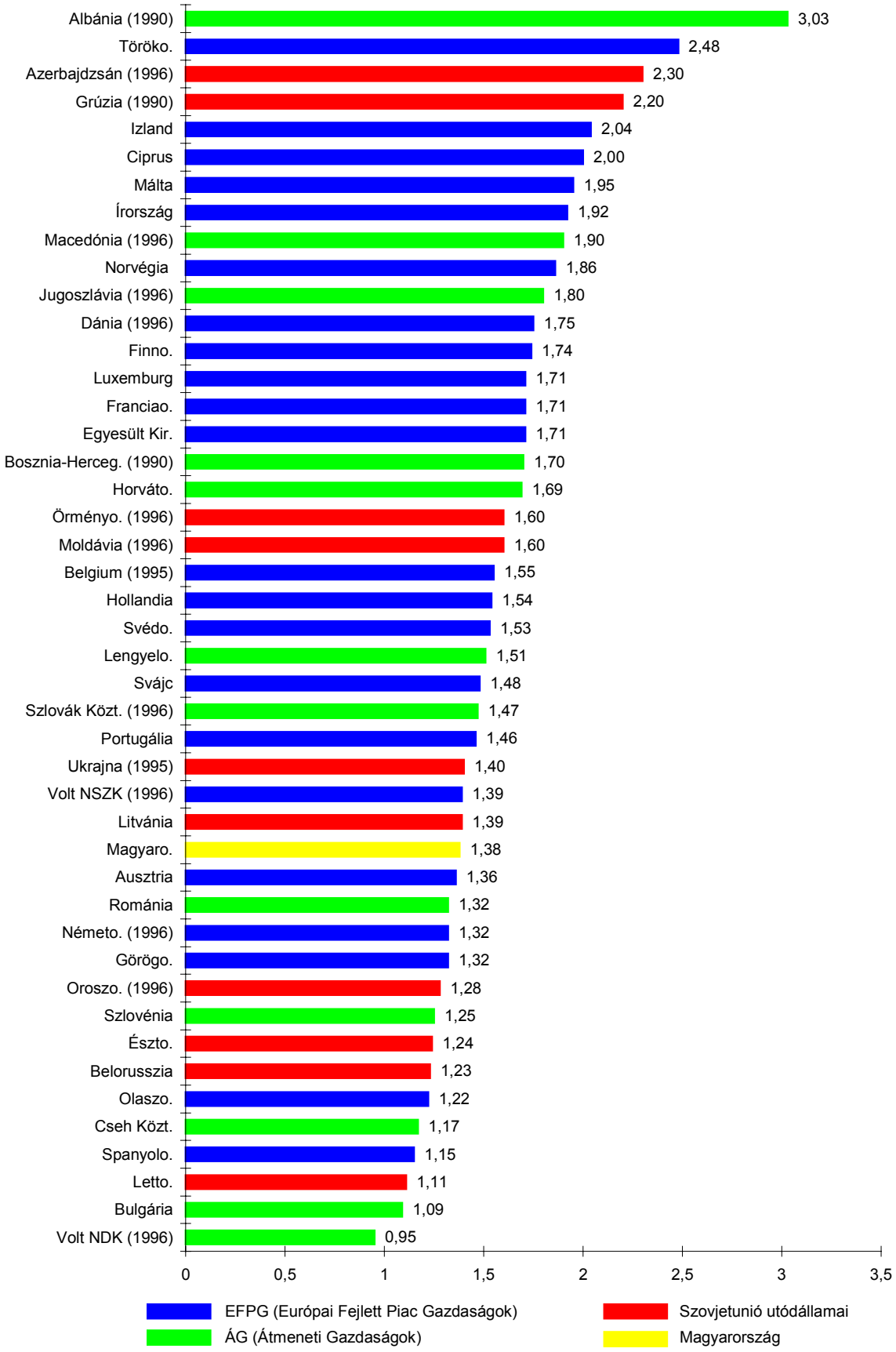
Év	Száma	1000		15-49 éves házas nőre
		lakosra	15-49 éves nőre	
1920	249 458	31,4	..	..
1930	219 784	25,4	88,0*/	134,5*/
1941	177 047	18,9	71,3*/	104,5*/
1949	190 398	20,6	75,4	111,3
1960	146 461	14,7	58,8	76,9
1970	151 819	14,7	56,6	76,1
1980	148 673	13,9	57,6	73,7
1990	125 679	12,1	49,4	67,4
1991	127 207	12,3	49,7	68,4
1992	121 724	11,8	47,3	65,3
1993	117 033	11,4	45,3	62,4
1994	115 598	11,3	44,7	61,5
1995	112 054	11,0	43,3	59,9
1996	105 272	10,3	40,7	55,9
1997	100 350	9,9	38,9	52,9

*/ Az 1930-31, 1940-41 évek átlaga.

1997-ben a teljes termékenységi arány Budapesten 1,08, a városokban 1,34, a községekben pedig 1,58 volt. Fejér, Győr-Moson-Sopron, Vas és Zala megyékben a teljes termékenységi arány az 1,30-t sem éri el, míg Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 1,73 és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 1,85 volt.

A kilencvenes évek közepén 13 olyan európai ország van, ahol alacsonyabb az *élveszületési arány*, mint hazánkban; Beloruszban, Bulgáriában, a Cseh Köztársaságban, Észtországban, Lettországban és Oroszországban kevesebb, mint 9,0 ezrelék. A magyarországihoz hasonló, 9,5-10,0 ezrelék közötti az élveszületési arány Görögországban és Németországban. A reprodukció szempontjából meghatározó *teljes termékenységi arány* különösképpen alacsony a volt szocialista országokban, Görögországban, Németországban, Olaszországban és Spanyolországban. Megjegyzendő, hogy soha, egy országban sem alakult ki olyan alacsony termékenység, mint az 1990-ben megszűnt Német Demokratikus Köztársaság területén.

2. ábra
A teljes termékenységi arány az európai országokban
1997 körül



A termékenységben 1990 óta megfigyelhető változások azonban nem csak a születés gyakoriság csökkenését jelentik. A nőknek, illetve a házastársaknak, élettársaknak a fertilitást meghatározó magatartása néhány egyéb vonatkozásban is változóban van. Nagy jelentőségű fejlemény a *szülések későbbi életkorra való halasztása* és ennek eredményeképpen a harminc év feletti nők nagyobb részvállalása a szülésekben, illetve élveszületésekben. A szülés posztponálása természetesen összefügg a házasodási kor jelentős emelkedésével. De csak bizonyos mértékig, mert a házasságon kívüli élveszületések gyakorisága a harminc éven aluli nők korcsoportjában 1990-1997 között is emelkedett.

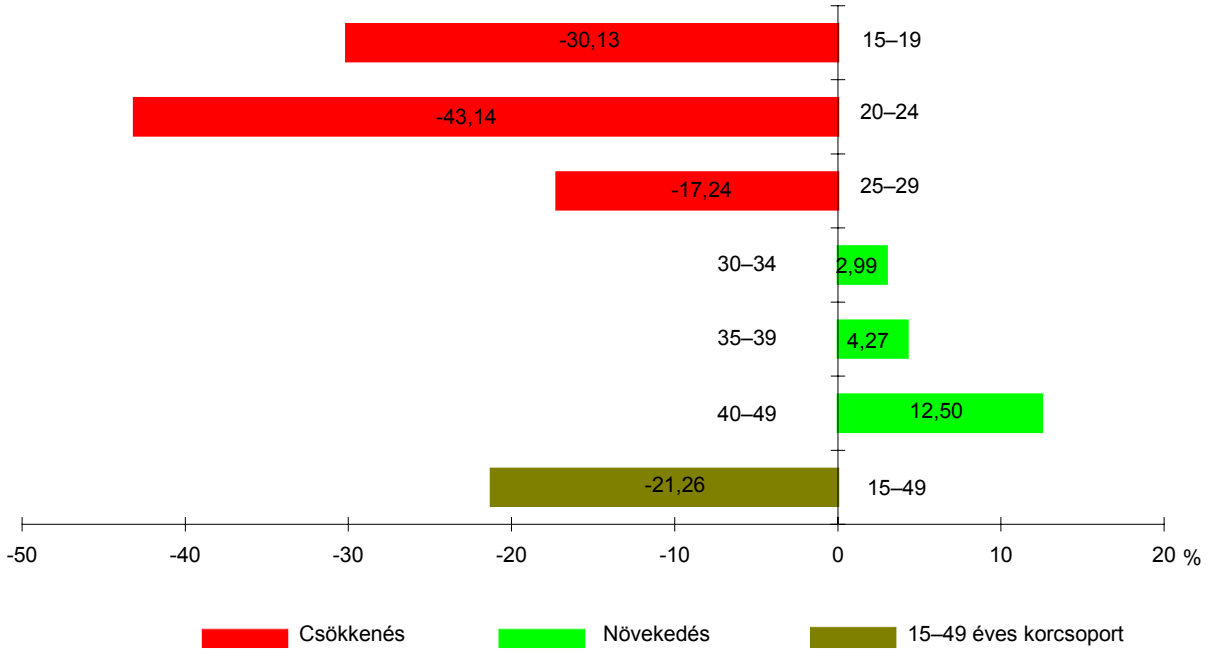
4. tábla

Élveszületési arányok az anya korcsoportja szerint

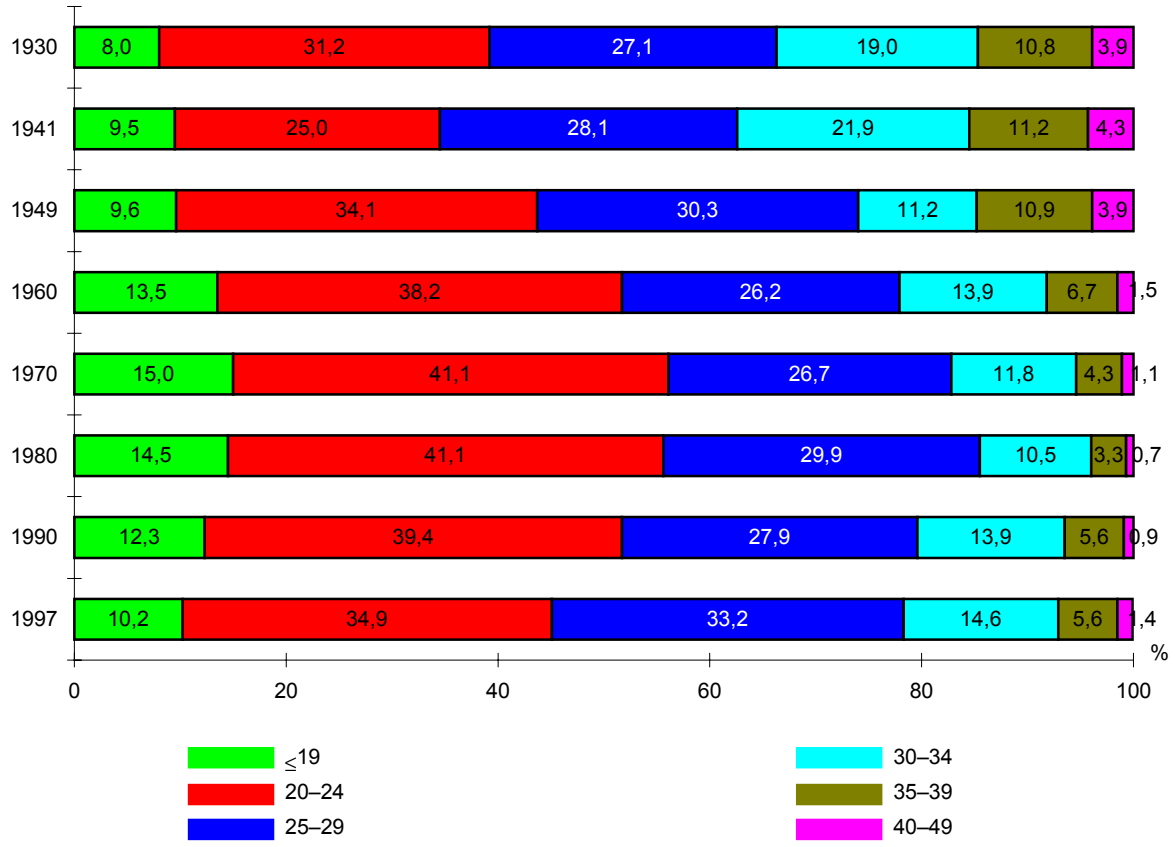
Év	1000 megfelelő korú nőre jutó élveszületés							Teljes termé-kenységi arány (egy nőre)
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	15-49	
1921	40,7	202,0	212,1	126,7		25,2	116,8	3,80
1930-1931	40,9	158,5	151,8	110,7	74,8	15,7	88,0	2,84
1940-1941	41,1	144,9	134,5	95,8	56,6	12,1	71,3	2,48
1949	47,3	162,6	140,7	84,0	52,7	10,9	75,4	2,54
1960	52,8	159,2	105,2	53,1	24,9	3,5	58,8	2,02
1970	50,0	159,3	110,3	51,4	18,4	2,2	56,6	1,97
1980	68,0	158,6	100,0	40,9	13,7	1,5	57,6	1,92
1990	39,5	147,2	115,4	46,9	16,4	1,6	49,4	1,84
1991	38,1	146,1	117,4	49,7	16,8	1,8	49,7	1,86
1992	35,6	136,3	113,5	48,0	16,5	1,7	47,3	1,77
1993	34,0	123,2	112,3	48,1	16,1	1,9	45,3	1,69
1994	33,6	113,9	110,3	50,2	17,2	2,0	44,7	1,64
1995	31,4	103,9	108,6	49,8	16,9	1,9	43,3	1,57
1996	29,5	92,6	100,0	48,9	16,9	1,8	40,7	1,46
1997	27,6	83,7	95,5	48,3	17,1	1,8	38,9	1,38

1990 és 1997 között az élveszületési arányok az anya korcsoportja szerint a következőképpen változtak (3. ábra)

3. ábra
Élveszületési arányok változása az anya korcsoportja szerint
Százalék
1990 – 1997



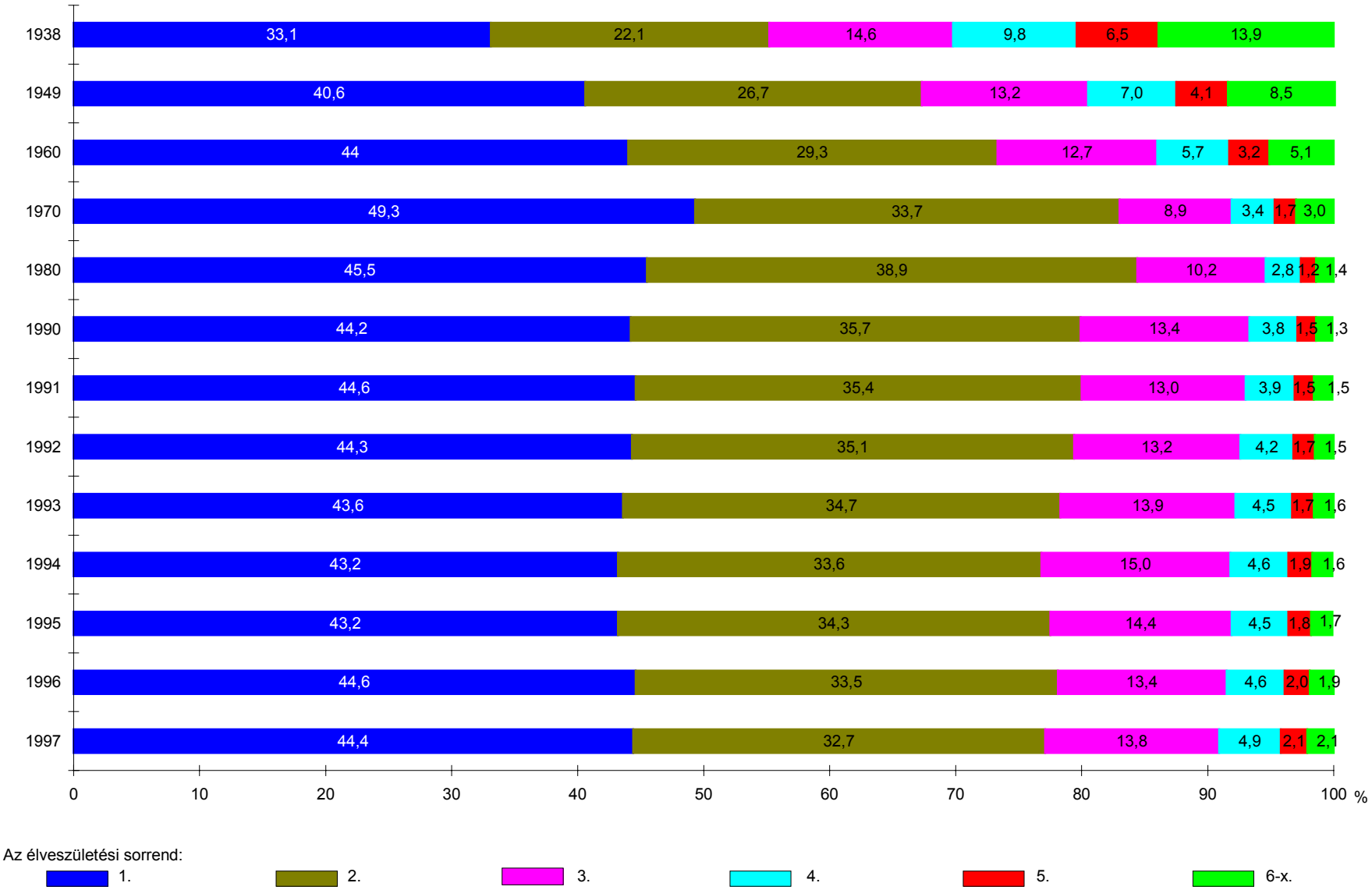
4. ábra
Az élveszületések megoszlása az anya korcsoportja szerint
Százalék
1930 – 1997



Szólni kell egy sajátos jelenségről, a *család-eltartó gyermek* megjelenéséről, illetve arról, hogy az ilyen gyermek megszületése egyre gyakoribbá válik. A munkanélküliség, amely főleg az iskolázatlan (alacsony iskolai végzettségű), szakképzetlen munkát végző rétegekben súlyos probléma, ezeket a rétegeket reménytelen helyzetbe sodorta. Nem csak arról van szó, hogy az ilyen emberek közül igen sokan munkanélküliek, de arról is, hogy szinte kilátásuk sincs arra, hogy munkához jussanak. Ezeknek az embereknek a családjában a fő, ha nem az egyedüli jövedelemforrás a gyerek(ek) után járó juttatások.

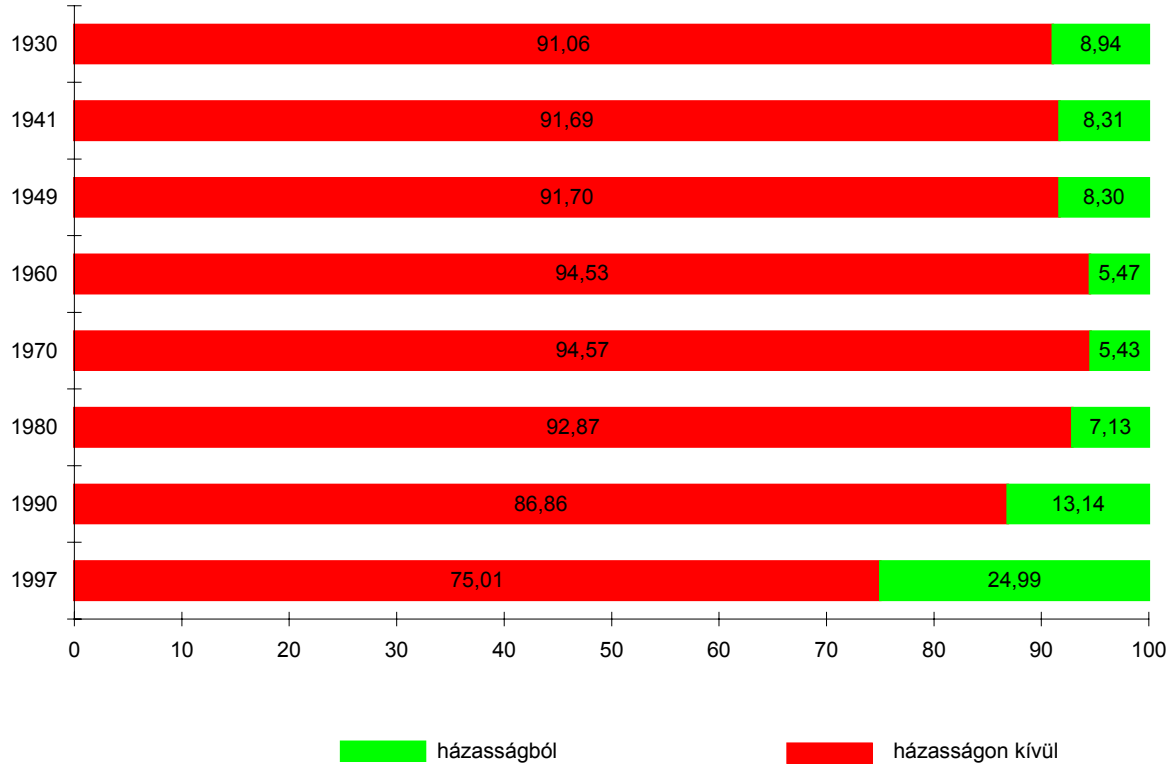
A család-eltartó gyermekek számának növekedését közvetve bizonyítja, hogy miközben az elsőszülött gyermekek részaránya lényegében alig változott és a másodszülötteké csökkent 1990, de kiváltképpen 1980 óta, a harmad- és további szülötteké jelentősen nőtt. Az ilyen újszülöttek életesélyei rosszabbak, mint a csecsemőké általában; magasabb körükben a koraszülöttség részaránya. Az élveszületési sorrend emelkedésével párhuzamosan meredeken nő a 2500 grammnál kisebb súllyal születettek hányada; a teljes újszülött sokaságban ez 8,4 százalék, míg az ötödik szülötteknél közel huszonegy százalék, a hatodik és további szülötteknél pedig csaknem minden negyedik újszülött 2500 grammnál kisebb súllyal születik. (A születési sorrenddel párhuzamosan emelkedő, alacsony születési súlyú újszülött hányad részben biológiai, részben szociális okokra vezethető vissza.) Figyelemre méltó jelenség, hogy a törvényes kötés nélkül létrejött párkapcsolatokban nagyobb a negyedik, ötödik, hatodik és további élveszülöttek hányada, mint házasságban. Valószínű, hogy az előbbi sokaság túlnyomórészt a társadalom perifériájára szorult emberekből áll. A család-eltartó gyermek, illetve számuk növekedése főleg az 1990-es években súlyos társadalmi, közegészségügyi probléma.

5. ábra
Élveszületés az élveszületési sorrend szerint



Egyre több gyermek születik házasságon kívül: az 1960-as, 1970-es években alig több mint öt százalék volt a házasságon kívüli élveszületések részaránya, 1997-ben már elérte a 25 százalékot; Budapesten a gyermekek 30 százaléka házasságon kívül született.

6. ábra
A házasságból és a házasságon kívül történő élveszületések aránya
1930 – 1997



Számos európai országban ennél jóval magasabb a házasságon kívüli születések részaránya. 1970 és 1997 között Izlandon harmincról hatvanöt, Svédországban (1996) tizennyolcról ötvennégy, Észtországban tizennégyről ötvenkét százalékra nőtt a nem házasságban született gyermekek hányada. A további sorrend, Norvégia, Dánia, Franciaország, Finnország, Nagy Britannia, Lettország; ezekben az országokban a házasságon kívüli születések viszonylagos súlya 30-50 százalék között van.

A házasságon kívüli születések 82 százaléka hajadonoktól, 16 százaléka elvált, 2 százalék özvegy nőktől származik. A hajadonok gyermekvállalása különösen az elmúlt néhány évben emelkedett nagy mértékben; 1990 óta a hajadonok termékenysége meghaladja az elváltakét.

Minél fiatalabb korban következik be a terhesség és az ezt követő gyermekvállalás, annál nagyobb az esélye annak, hogy a gyermek házasságon kívül születik. Úgy látszik a házasságon kívüli terhesség egyre kevésbé játszik szerepet mint kényszerítő tényező a házasság megkötésében. A nők bátrabban vállalnak házasságon kívül is gyermeket akár olyan áron is, hogy apa nélkül, egyedül nevelik fel őket. A 20 évesnél fiatalabb anyáknál a gyermekek 59,6 százaléka születik házasságon kívül, ami 3,3-szoros növekedést mutat 1980-hoz képest. A magas arány és a fiatal kor miatt ez komoly szociális gondot jelent, különösen akkor, ha nem következik be a későbbi házasságkötés. Nem tudjuk pontosan, hogy a házasságon kívüli gyermekvállalás jelentős emelkedésében milyen arányban játszik szerepet az együttélés keretei közötti gyermekvállalás, vagy az apa nélküli gyermeknevelés szándéka, illetve gyakorlata.

A koraszülöttek hányada az elmúlt évtizedbenkismértékben ugyan, de csökken, 1997-ben 8,4 százalék volt.

4. A halandóság alakulása

4a. Általános halandóság

A halandóság évtizedek óta tartó rosszabbodását a legutóbbi négy évben annak mérsékelt, de következetes *javulása* váltotta fel. Ennek eredményeképpen a halálozások száma 1997-ben csaknem tizenegyezerrel kevesebb volt mint a legmagasabb mortalitású 1993-as évben. A halálozási arány 14,6 ezrelékről 13,7 ezrelékre csökkent. A férfiak születéskor várható élettartama 64,53 évről 66,35 évre, a nőké 73,81 évről 75,08 évre emelkedett. Mindezek ellenére továbbra is igaz, hogy a népesség egészségi állapota *kritikus*. Csak így lehet definiálni a jelenlegi állapotot, amelyre többek között az jellemző, hogy a férfiak életesélyei rosszabbak mint három évtizeddel korábban és a 40-54 év közötti korcsoporttokban a nők halálozási aránya magasabb az 1960 évi szintnél. A krízis szituáció legsúlyosabb következményei a *középkorú férfiak* körében jelentkeznek.

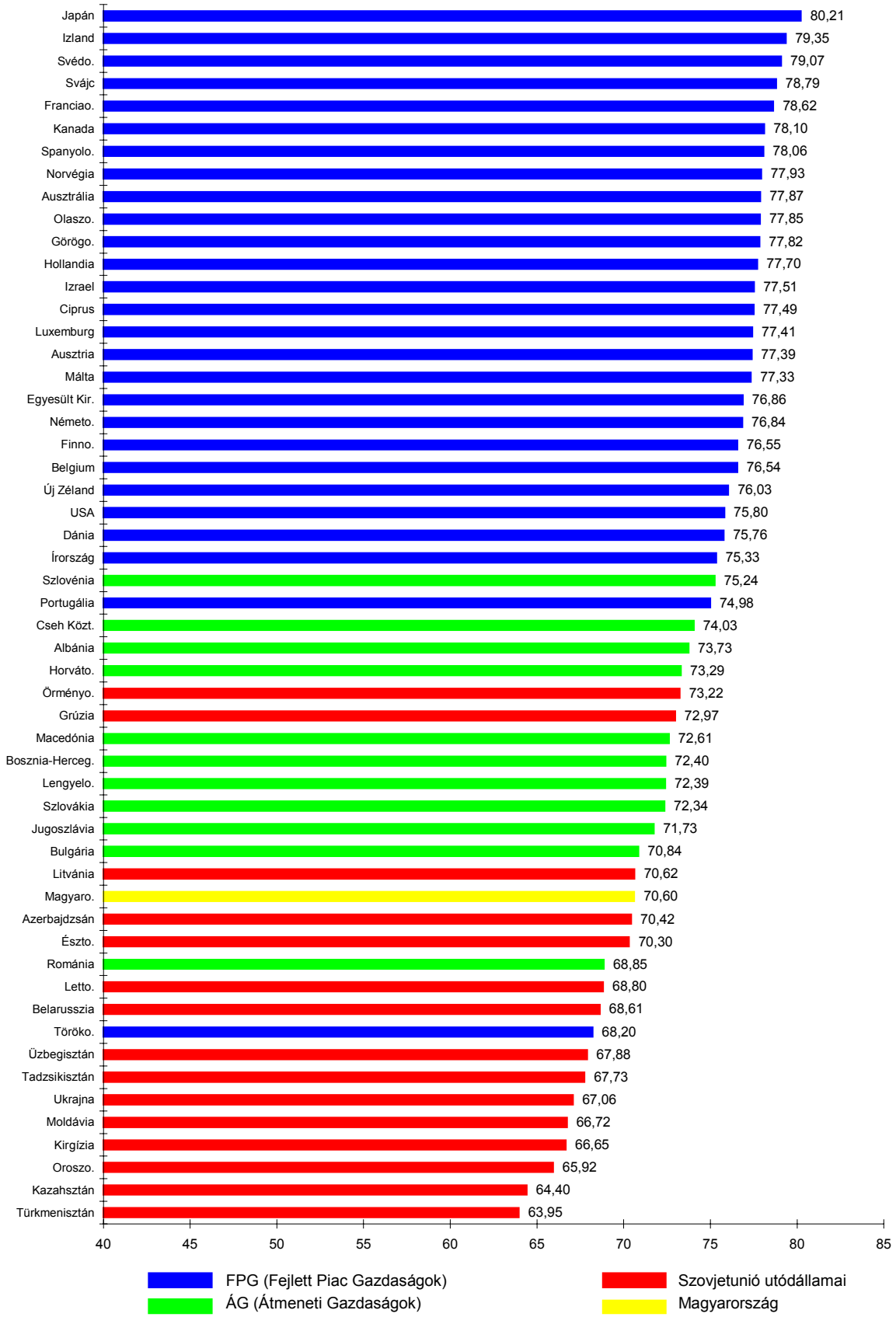
Ebben a népességcsoportban a halandóság az 1930-as évek halálozási gyakoriságait idézi. A hat, hat és fél évtizeddel ezelőtti halálozási arányok újbóli megjelenése azt is jelenti, hogy néhány, középkorú férfi korcsoportban hazánk mortalitása a legrosszabbak között van a fejlett egészségi kultúrájú, ipari országok csoportjában. Valójában csak a volt Szovjetunió utódállamaiban találhatók a magyarországinál magasabb férfi korspecifikus halálozási arányok a 35-65 év közötti népességben.

Valószínűleg nincs az életnek még egy olyan területe, ahol annyira súlyos gondok jelentkeznének, mint a népesség egészségi állapotában. Ebben a vonatkozásban a *magyar társadalom fejlődésében egyedülálló ellentmondás alakult ki*. Az ország általában nehéz helyzetben van, de az 1990-es évek viszonyai mégsem hasonlítanak a hatvan-hetven évvel ezelőtti állapotokhoz. Ez csak a felnőtt férfi népesség halálozási arányairól mondható el. Mindebből az következik, *hogy az egészségi állapot javítását, a halandóság csökkentését tekintve sürgősek a tennivalók* és rendkívüli erőfeszítésre van szükség ahhoz, hogy az életesélyeket jelentősen növeljük.

A morbiditás és mortalitás javítása nemcsak azért lesz nehezen megvalósítható, mert egy évtizedek alatt kialakult *epidemiológiai válságból* igen nehéz kilábalni, de azért is, mert jelentős *ellenérdekeltségek működnek a népesség kedvezőbb egészségi állapotát elősegítő erőfeszítésekkel szemben.* Elég, ha csak a dohányzásból, alkoholfogyasztásból származó jövedelmekre gondolunk.

A nehéz gazdasági helyzet, a fokozódó elszegényedés, az életminőség szociális különbségeinek növekedése, általában a társadalmi polarizáció valószínűleg növelni fogja a már jelenleg is igen jelentős, halál előtti egyenlőtlenséget.

7. ábra
Születéskor várható élettartam a fejlett egészségi kultúrájú, ipari országokban az 1996 körüli években
Férfi, nő együtt



Adatok a WHO halandósági adatbázisából.

A magyarországi halálozási viszonyok alakulása akkor válik érthetőbbé, ha azokat nemzetközi kontextusban vizsgáljuk. A magyar és a többi volt szocialista országban a születéskor várható átlagos élettartam az 1960-as évek közepén volt a legközelebb a nyugati országok értékeihez. A *konvergencia* annak eredménye volt, hogy a II. világháború befejezése utáni két évtizedben az Elbától keletre - a megkésett epidemiológiai fejlődés következtében - a halandóság csökkentésének igen nagy, viszonylag könnyen előhívható tartalékai voltak (a fertőző betegségekből származó mortalitás). Ilyen tartalékok Nyugaton már nem léteztek.

Az életesélyekben jelentkező, egyre kifejezettebbé váló *divergencia* Kelet és Nyugat között az 1960-as évek második felében, az 1970-es években kezdődött. Ez annak következménye, hogy a fejlett piacgazdaságokban sikerült csökkenteni a cardiovascularis és erőszakos eredetű mortalitást. E mellett jelentős eredményeket értek el az egyéb krónikus, nem-fertőző betegségek okozta halandóság javításában is. Mindez azzal járt, hogy minden életkorban javultak az életesélyek. Először fordult elő, hogy a még várható élettartamok öregkorban számottevően emelkedtek. Japánban a nők születéskor várható élettartama elérte a 83,6 évet, a férfiaké a 77,0 évet. Franciaországban és Svájcban a nők várható élettartama 82 év felett van, míg Svédországban és Izlandon a férfiaké 76, illetve 77 év.

A közép- és kelet-európai országokban és a Szovjetunióban két, két és fél évtizeden keresztül tehetetlenül szemlélték a zsákutcás modernizáció következményeként jelentkező epidemiológiai korszakváltást, amely leginkább az idült nem-fertőző betegségek okozta mortalitás meredek emelkedésében manifesztálódott és egy minden vonatkozásban vesztésre álló társadalmi-gazdasági, politikai formációban végül kritikus epidemiológiai helyzetet teremtett, stagnáló, vagy éppen csökkenő várható élettartamokkal.

Az Elbától keletre, a szocialista gazdaságok összeomlása epidemiológiai vonatkozásban eltérő következményekkel járt a két világrendszer ütköző államaiban és a volt Szovjetunió utódállamaiban. (A Balkán félsziget volt szocialista országaiban az epidemiológiai jelenségek az előző két ország-csoportétól különböző, sajátos jegyeket mutatnak.) A krónikus epidemiológiai válság Csehszlovákiában, Lengyelországban és Magyarországon mindvégig *kvalifikált* maradt: túlnyomórészt a középkorú népességet érintette, főleg a 35-64 év közötti férfiak életesélyei csökkentek. A 65 éves és idősebb népesség epidemiológiai viszonyai is rosszabbodtak, de nem számottevő mértékben. A gyermekek, serdülőkorúak, fiatal felnőttek életesélyei mindvégig nőttek. A 35 évnél fiatalabb népességben bekövetkezett kedvező epidemiológiai jelenségek hosszú időn át kiegyenlítették a középkorú populációban krónikusan jelenlevő kedvezőtlen

epidemiológiai fejleményeket és ennek az ellentétes irányú alapirányzatnak eredőjeként az egész népességre számított születéskor várható élettartam általában emelkedett, esetleg stagnált, a férfiaké azonban az 1960-as évek végétől, az 1970-es évek elejétől csökkent.

A rendszerváltozás a Cseh Köztársaságban, Lengyelországban és Magyarországon (Szlovákiára vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre) az epidemiológiai krízis lassú, de következetes enyhülését eredményezte. Először a Cseh Köztársaságban, majd Lengyelországban és végül Magyarországon a születéskor és egyéb életkorokban (még) várható élettartamok emelkedni kezdtek és a halandóság más mutatói is a mortalitás konzekvens javulását mutatták. Magyarországon az epidemiológiai krízis 1993-ban tetőzött, azóta - ahogy erről korábban már szó volt - a halálozási viszonyok kedvezőbbre fordultak. Az epidemiológiai válság enyhülése azonban a kelet-nyugat között a halandóság szintjében három évtized alatt kialakult szakadékot nem szüntette meg.

A volt Szovjetunió utódállamaiban a rendszerváltozás következményeképpen az 1970-es, 1980-as években már meglévő epidemiológiai válság *általánossá* vált: az egész népességet sújtja és az életesélyek békeidőben példátlan rosszabbodását hozta magával. Főleg Oroszországban, de Belaruszban és Ukrajnában is valójában összeomlott a közegészségügy: korábban már eradikált fertőző betegségek, például diftéria, követelnek halálos áldozatokat. A szegénység, elesettség, a megelőzés és gyógyítás színvonalának nagymértékű süllyedése, a társadalom és gazdaság anarchikus viszonyai a tuberkulózis morbiditás és mortalitás jelentős emelkedésével járnak. Az AIDS főleg a nagyvárosokban az egyik legsúlyosabb közegészségügyi problémává vált. Az alkoholizmus nem csak az epidemiológiai viszonyok rosszabbodásának egyik legfontosabb tényezője, de meghatározó jelentőségű a családok és az egész társadalom dezintegrációjában. Mindezek következményeképpen a születéskor várható élettartam főleg a férfiaké a legszegényebb ázsiai országok szintjére esett vissza. Igaz, hogy a legutóbbi egy-két évben ebben a vonatkozásban igen szerény javulás tapasztalható. A közép-ázsiai köztársaságok halálozási viszonyai sokkal inkább hasonlítanak a szomszédos ázsiai országok halálozási viszonyaihoz, mint az európai országokéhoz.

5. tábla

A halálozások számának és arányainak alakulása nemenként

Év	A meghaltak száma			1000 megfelelő nemű lakosra jutó halálozások száma		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
1920[a/]	89 821	86 041	175 862	23,3	21,0	22,1
1930	69 135	65 206	134 341	16,3	14,8	15,5
1941	63 583	59 766	123 349	13,9	12,6	13,2
1948	55 797	49 983	105 780	12,7	10,5	11,6
1960	51 667	49 858	101 525	10,7	9,6	10,2
1970	62 545	57 652	120 197	12,5	10,8	11,6
1980	76 729	68 626	145 355	14,8	12,4	13,6
1990	76 936	68 724	145 660	15,5	12,8	14,1
1991	76 762	68 051	144 813	15,5	12,6	14,0
1992	79 633	69 148	148 781	16,1	12,9	14,4
1993	80 498	69 746	150 244	16,3	13,0	14,6
1994	78 654	68 235	146 889	16,0	12,8	14,3
1995	77 344	68 087	145 431	15,8	12,8	14,2
1996	74 827	68 303	143 130	15,4	12,8	14,0
1997	73 278	66 156	139 434	15,1	12,5	13,7

a) Magyarország 1920. évi területén.

Magyarországon az 1990-es évtizedben - 1997 kivételével - a halálozási arány elérte, vagy meghaladta a 14 ezreléket. A kivételesen magas halálozási arány az egyik oka a lélekszám természetes fogyásának. Az epidemiológiai válság ily módon *demográfiai krízisbe* torkollik. 1981-1989 között 145 ezer fővel, míg 1990-1998 között már 280 ezer fővel csökkent a népesség lélekszáma.

A 20. század végén lényegében az életmód, az egészségügyi ellátás minősége és a környezeti ártalmak határozzák meg a halandóság szintjét. A biológiai okok jelentősége ezek mellett elhanyagolható. *Legfontosabb* a fentiek közül *az életmód*: a táplálkozás, a dohányzás, az alkoholizmus, a mozgásszegény életvitel stb. Az *egészségügyi ellátás* minősége a mortalitás nívóját kevésbé befolyásolja. A *környezeti ártalmak* a megbetegedési viszonyok alakulásában játszanak egyre nagyobb szerepet, a halandóság változásában azonban viszonylagos súlyuk jelentéktelen.

A magyar népességben azoknak a mutatóknak, például *kockázati tényezőknek* a népességi átlagértékei, amelyekkel a sokaságok egészségi állapotát mérjük (koleszterin, vérnyomás, túlsúly stb.), magasabbak a kritikus értékeknél. Ez érthetővé teszi a rendkívül kedvezőtlenné vált halálozási viszonyokat.

A mortalitás csökkentéséhez nem elegendő a nagy kockázatnak kitett csoportok egészségi állapotának javítása. *A kedvező változásnak az egész népességben kell bekövetkeznie.* Ennek keretében szükséges az egészségi állapotban fellelhető különbségek mérséklése. Másképpen fogalmazva: *az erőfeszítéseket a társadalmi hierarchiában alul lévőkre kell összpontosítani.*

Szoros és bonyolult összefüggés van a populáció egészségi állapota és *a társadalmi beilleszkedési zavarok* között. Ez utóbbiak visszaszorítása egyik igen fontos feltétele a kedvezőbb megbetegedési és halálozási viszonyok kialakulásának.

Anélkül, hogy a gyógyító orvoslás jelentőségét kisebbítenénk, hangsúlyozni kell, hogy áttörést a megbetegedési és halálozási viszonyok javulásában csak *a betegségek megelőzésével, az egészség megőrzésével lehet elérni.*

6. tábla

A születéskor várható élettartam és a csecsemőhalandóság alakulása

Év (évek átlaga)	Születéskor várható élettartam években			Ezer élveszülöttre jutó egy éven aluli meghaltak
	férfi	nő	együtt	
1900 - 1901	36,56	38,15	37,38	218,2
1920-1921	41,04	43,12	42,11	192,6
1930-1931	48,70	51,80	50,29	157,0
1941	54,95	58,24	56,64	115,6
1949	59,28	63,40	61,39	91,0
1960	65,89	70,10	68,05	47,6
1966	67,53*/	72,23	69,94	38,4
1970	66,31	72,08	69,27	35,9
1980	65,45	72,70	69,17	23,2
1990	65,13	73,71	69,53	14,8
1991	65,02	73,83	69,54	15,6
1992	64,55	73,73	69,26	14,1
1993	64,53	73,81	69,29	12,5
1994	64,84	74,23	69,66	11,5
1995	65,25	74,50	70,00	10,7
1996	66,06	74,70	70,49	10,9
1997	66,35	75,08*/	70,83*/	9,9

*/ A leghosszabb várható élettartamok.

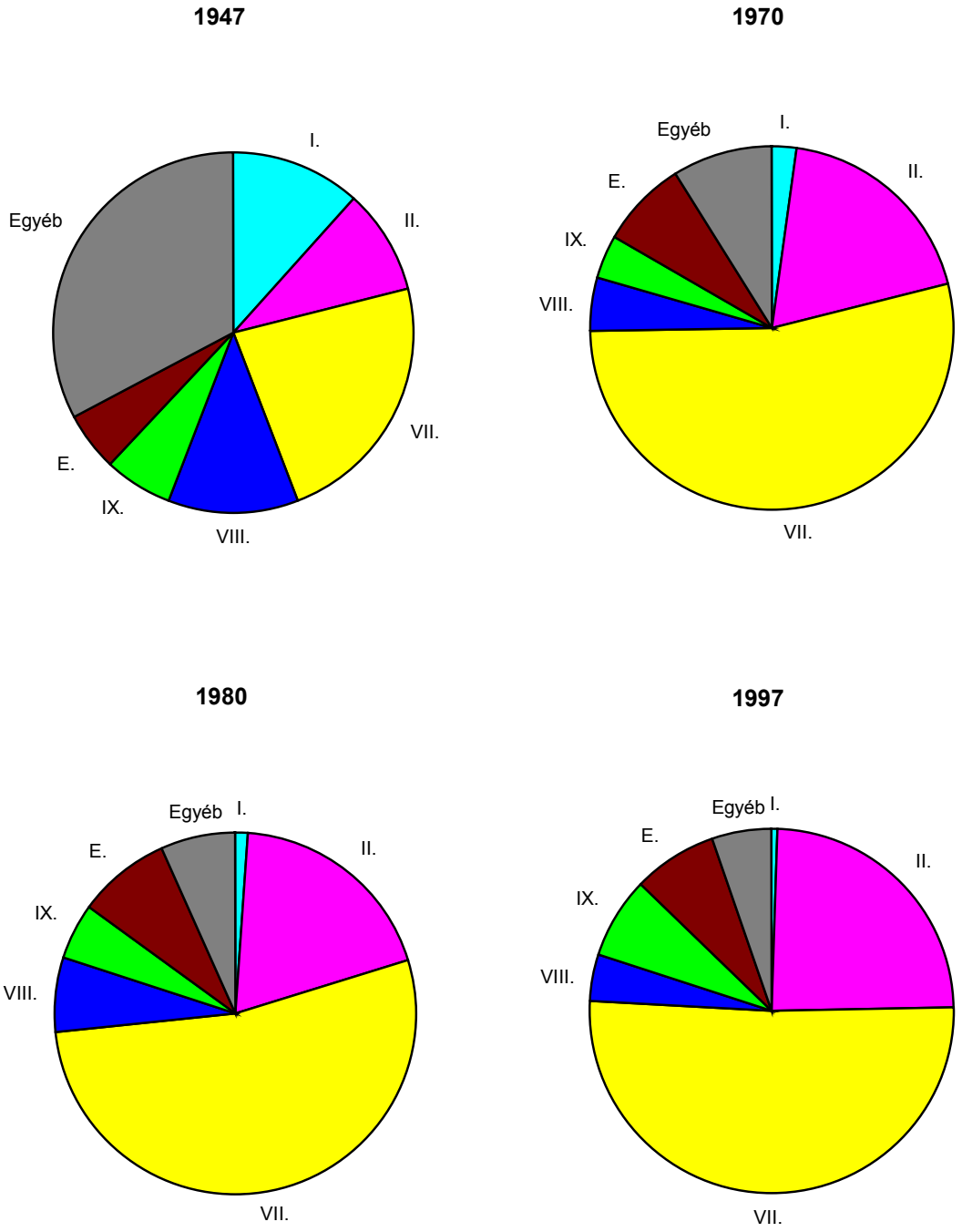
Az 1990-es évek közepén a születéskor várható élettartam - az egész népességre számítva - alig haladta meg a 70 évet; ez Európában igen alacsony érték. Hazánk csecsemőhalandósága - a fejlett egészségi kultúrájú országok csecsemőhalandóságával összehasonlítva - viszonylag magas, annak ellenére, hogy évtizedek óta igen nagy mértékben csökken, 1997-ben 9,9 ezrelék volt. A viszonylag magas csecsemőhalandóság nagyobbrészt a koraszülöttséggel összefüggő problémává zsugorodott.

4b. Haláloki struktúra

Az 1990-es évek közepén minden ötödik férfi halálát szívkoszorúér-betegség okozta. Halálozási gyakoriságukat tekintve az agyérbetegségek, a tüdőrák, a májzsugorodás és öngyilkosság a további sorrend.

A nők halandóságában a szívkoszorúér-betegségnek, illetve az agyérbetegségnek van a legnagyobb viszonylagos súlya: az előbbi az összes női halálozás huszonhárom, az utóbbi mintegy tizenhat százalékát adta 1997-ben. Ezek után sorrendben az emlőrák, a májzsugorodás és a tüdőrák mortalitás következik.

8. ábra
A halálozások megoszlása a leggyakrabban halált okozó haláloki főcsoportokban
1947 – 1997



I. Fertőző és élősdiek okozta betegségek
II. Daganatok
VII. A keringési rendszer betegségei
VIII. A légzőrendszer betegségei
IX. Az emésztőrendszer betegségei
E. A sérülések és mérgezések külső okai
Egyéb

Valójában a két nem *haláloki struktúrájában* nincs lényeges különbség. Lényeges különbség van azonban az okspecifikus halálozási arányokban. A férfiak okspecifikus mortalitása a leggyakrabban előforduló nosológiai entitásokban sokkal magasabb a nőkénél. A dohányzással és alkoholizmussal kapcsolatos kórképekben a férfiak halálozási aránya legalább háromszor, illetve közel hétszer olyan magas, mint a nőké. Hasonlóképpen a férfi populáció mortalitása háromszor, illetve négyszer olyan nagy a közúti motoros jármű balesetek és az öngyilkosságok okozta halálozásokban, mint a női populációé.

7 tábla

Néhány kiemelt halálok halandósága (100 000 férfira jutó halálozás)[a,b/]

Kiemelt halálokok	1947	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Tuberkulózis	141,40	32,12	18,33	10,84	10,47	11,14	11,81	10,27	9,93	9,07	7,75
Az ajak, a szájüreg, a garat és a nyelőcső rosszindulatú daganata	..	10,57	18,74	31,39	33,61	35,76	36,53	37,05	38,62	39,26	40,43
A légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata	17,45	58,39	84,13	113,61	115,00	119,41	120,30	122,10	120,45	122,85	122,10
Szívkoszorúér-betegség	..	313,91	318,03	332,65	339,80	349,02	363,83	345,77	351,52	345,97	342,59
Agyérbetegségek	124,50	201,81	250,73	211,13	207,13	206,43	206,12	196,55	195,70	195,74	184,40
Idült májbetegség és májzsugorodás	8,72	19,19	42,02	76,83	84,10	107,26	123,99	129,92	127,29	101,68	102,45
Motoros jármű- közlekedési balesetek	..	26,07	25,64	38,70	35,02	34,11	26,91	25,61	26,78	21,33	21,61
Öngyilkosságok és önsértés	44,28	53,91	67,73	61,37	58,86	60,24	55,96	56,11	50,83	51,64	49,25

a/ A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának - BNO 9. és 10. Reviziója szerint.
b/ Az Egészségügyi Világszervezet - EVSz európai népességének kormegoszlására standardizált halálozási arányok

8 tábla

Néhány kiemelt halálok halandósága (100 000 nőre jutó halálozás)[a/,b/]

Kiemelt halálokok	1947	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Tuberkulózis	94,98	9,28	5,37	2,65	2,81	2,62	2,15	2,19	2,15	1,90	2,15
A légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata	5,17	11,11	15,11	22,56	22,77	24,19	25,93	25,27	26,99	29,37	28,65
A női emlő rosszindulatú daganata	12,00	22,97	29,03	32,26	33,41	33,90	35,00	35,41	33,22	34,17	34,37
Szívkoszorúér-betegség	..	198,24	162,00	171,32	173,88	176,81	185,43	181,47	182,84	191,79	187,89
Agyérbetegségek	107,31	171,87	194,12	153,08	149,96	147,24	143,43	135,53	137,38	138,78	128,57
Idült májbetegség és májzsugorodás	3,56	7,89	15,58	29,27	31,32	35,88	41,35	40,53	40,84	31,01	31,96
Motoros jármű- közlekedési balesetek	..	6,90	7,03	11,54	10,07	10,71	8,01	7,38	6,97	6,22	6,55
Öngyilkosságok és önsértés	16,14	18,75	24,60	18,77	18,03	17,31	15,88	14,57	14,30	14,33	12,94

a/, b/: lásd 7. tábla lábjegyzete.

Az okspecifikus halandóság alapirányzatának vizsgálatában lényeges körülmény a bázis-év, illetve az időszak megválasztása. Amennyiben egy hosszabb történelmi periódus történéseit elemezzük, ésszerű bázis-évnek 1947-et választani. Ez a második világháború befejezése utáni első olyan év, amelyben a halandóságot tekintve a háború *közvetlen* hatása már nem észlelhető. A fél évszázados megfigyelési időszakban az okspecifikus mortalitás alakulását tekintve a következő fontosabb megállapítások tehetők:

- A tuberkulosis mortalitás töredéke a félévszázad előttinek, a halálozási arány mindvégig következetesen csökkent.
- A szívkoszorúér-betegség halandóság jelenleg kb. két- és félszerese az ötven évvel ezelőttinek. A legutóbbi években azonban a mortalitás valamelyest javult.
- Az agyérbetegségek halálozási aránya az 1980-as években volt a legmagasabb, azóta mintegy 30 százalékkal süllyedt.
- A tüdőrák halandóság a többszörösére nőtt. 1997-ben közel hétszer olyan gyakori az ebből a betegségből származó halálozás, mint 1947-ben volt.
- Az emésztőrendszer felső harmadának daganatai által okozott halandóság kb. négyszerese az ötven évvel ezelőttinek.
- A női emlőrák mortalitása a háromszorosára nőtt.
- A májzsugorodás halandósága kb. tizenegyszerese az ötven évvel ezelőttinek.
- A motoros jármű közlekedési balesetekből származó mortalitás a kétszeresére emelkedett 1947-1997 között. Megjegyzendő azonban, hogy az okspecifikus halálozási arány 1990-ben tetőzött, azóta jelentősen csökkent.
- Az öngyilkosságok okozta halandóság meredeken emelkedett az 1980-as évek közepéig, a legutóbbi évtizedben azonban olyan jelentős csökkenés következett be a mortalitásban, hogy az 1997-ben mindössze 11 százalékkal volt magasabb, mint 1947-ben.

4c. Kockázati tényezők

Az ok szerinti halandóság 1980-1997 között bekövetkezett változásai azt bizonyítják, hogy mind a férfi, mind a női népességben *az alkoholizmus és a dohányzás az a két rizikófaktor, amely a mortalitás emelkedésében a legjelentősebb.* Becslések szerint a dohányzás és az alkoholizmus 1997-ben legalább negyvenezer ember halálát okozta, ez az összahlálozás közel 29 százaléka.

Megjegyzendő azonban, hogy a halandóság jelenlegi magas szintjében az *egészségkárosító táplálközásnak* kitüntetett jelentősége van. Az egészségre ártalmas vegyületeket (például koleszterin) tartalmazó élelmiszerek nagymértékű fogyasztása és a túzott kalóriabevitel valójában szinte az egész népesség egészségi állapotában okoz jóvátehetetlen károkat és ily módon ez a tényező valószínűleg minden másnál fontosabb a mortalitás alakulásában.

Becslések szerint a halálozások kb. 18 százaléka, mintegy 25 ezer halálozás évenként, azért következik be, mert az egészségügyi ellátás nem megfelelő.

A halandóság - főleg a férfiak esetében - lényegesen magasabb a községekben, mint a városokban. A megyék közül Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye mortalitása alakult a legkevezőtlenebbül. 1997-ben *Borsod-Abaúj-Zemplén megyében annak valószínűsége, hogy egy 35 éves férfi megéri a 65 évet, mindössze ötvenhat százalék volt*, ez alig magasabb a századfordulón mért országos értéknél. A halandóság szociális különbségei hasonlóan nagyok, mint a területileg meghatározottak: általában minél alacsonyabban helyezkedik el valaki a társadalmi hierarchiában, annál magasabb a halandósága. A cigány népesség halandósága például - minden valószínűség szerint - lényegesen magasabb a magyar népességénél.

5. A valószínű demográfiai forgatókönyv, 2000-2020*/

A demográfiai forgatókönyvek módszertana az ENSZ ajánlásait követi. A legutóbb elkészült szcenáriók emelett lényegében eurokonformak is. Általában a frogatókönyv három változatban készül: van egy fiatal, egy alap- és egy idős változat; a legvalószínűbb az *alapváltozat.* Ez utóbbiban a népesség lélekszámának és összetételének alakulását meghatározó termékenység, halandóság és nemzetközi (külső) vándorlás mutatói közepes (tehát sem nem magas, sem nem alacsony) értékeket adnak. A közepes érték a jelenlegi magyar és nemzetközi szint figyelembevételével projiciált leginkább valószínű érték.

Az alapváltozat szerint a 2000-re várt *teljes termékenységi arány* - amely 1997-ben 1,38 volt - 1,26-ra csökken, majd lassan, de következetesen emelkedik és 2020-ra eléri az 1,56-os értéket.

A *születéskor várható átlagos élettartam* - amely 1997-ben a férfi népességben 66,35, a női népességben pedig 75,08 év volt - 2000-ben 66,81, illetve 75,28 év lesz. A 2020-ra előreszámított érték 70,52 és a férfiak és 78,37 év a női populációban

A *nemzetközi vándorlások egyenlege* becslések szerint 2000-ben 5000 fő többletet mutat és ez a többlet 2020-ig minden naptári évben jelen lesz.

A függőségi arány (0-19 éves + 65 éves és idősebb népesség/20-64 éves népesség) - amely 1997-ben 0,65 volt - 2000-ben 0,62, 2020-ban pedig 0,63 lesz.

Amennyiben ezek a feltételezések beválnak a *népesség lélekszáma* 2000-ben 10 064 000, 2020-ban 9 358 000 lesz.

*/ Az ebben a fejezetben leírtak Hablicsek László "Demográfiai forgatókönyvek 1997-2050" c. munkájának hipotéziseit, illetve adatait használják fel.

A népmozgalmi jelenségek a következőképpen alakulnak:

	1997 (tényleges érték)	2000	2020
Élveszületések száma	100 350	92 600	92 700
Halálozások száma	139 434	138 600	129 200
Természetes szaporodás	- 39 084	- 46 000	- 36 500

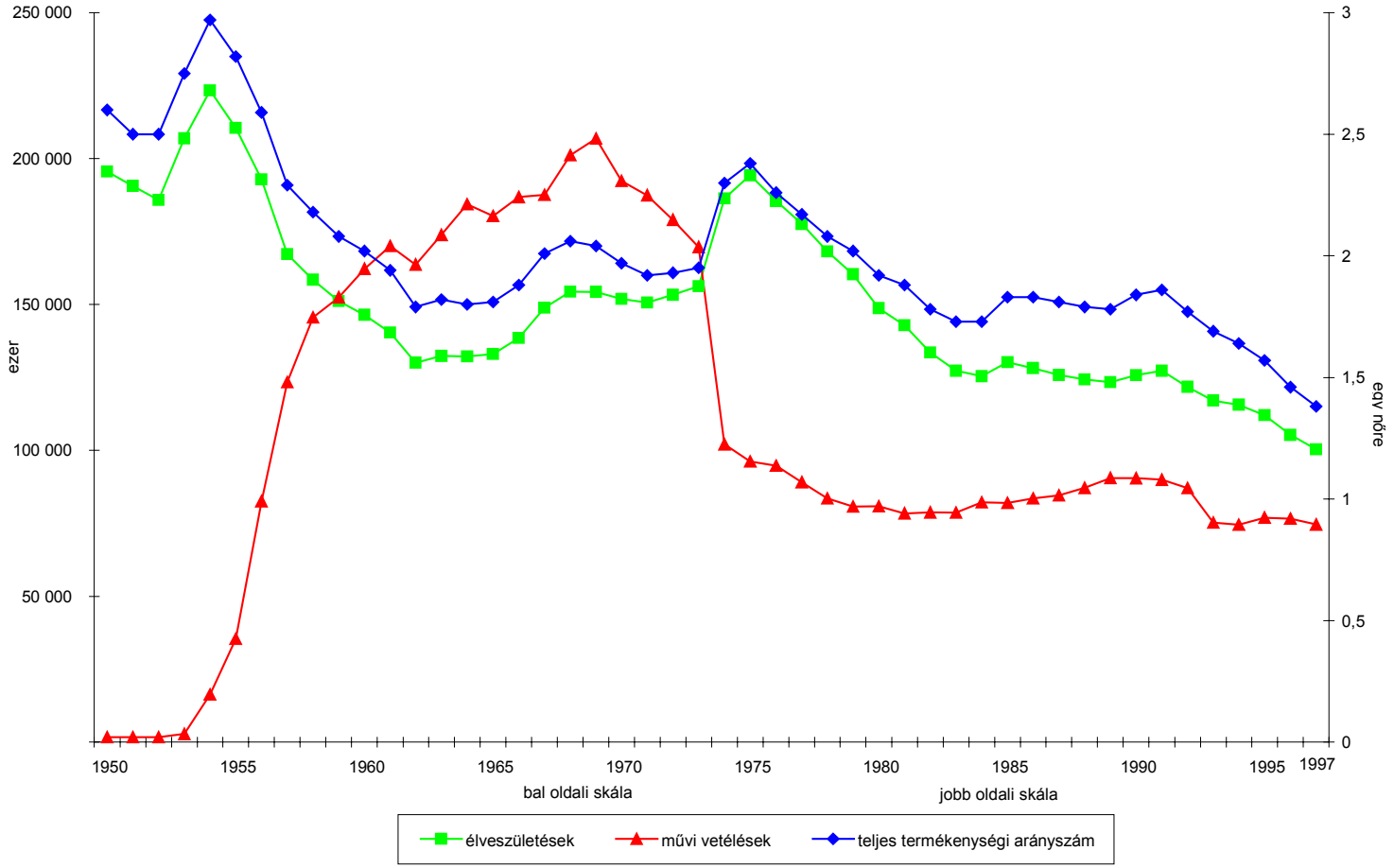
A népesség kormegoszlása

	1997 (tényleges érték)	2000	2020
0-19 évesek száma	2 571 110	2 371 200	1 894 100
20-64 évesek száma	6 148 541	6 220 900	5 733 700
65-X évesek száma	1 454 791	1 472 400	1 730 300
0-19 évesek aránya (%)	25,3	23,6	20,2
20-64 évesek aránya (%)	60,4	61,8	61,3
65-X évesek aránya (%)	14,3	14,6	18,5

9. ábra

Az élveszületések, terhességmegszakítások és a teljes termékenységi arány[a)] alakulása

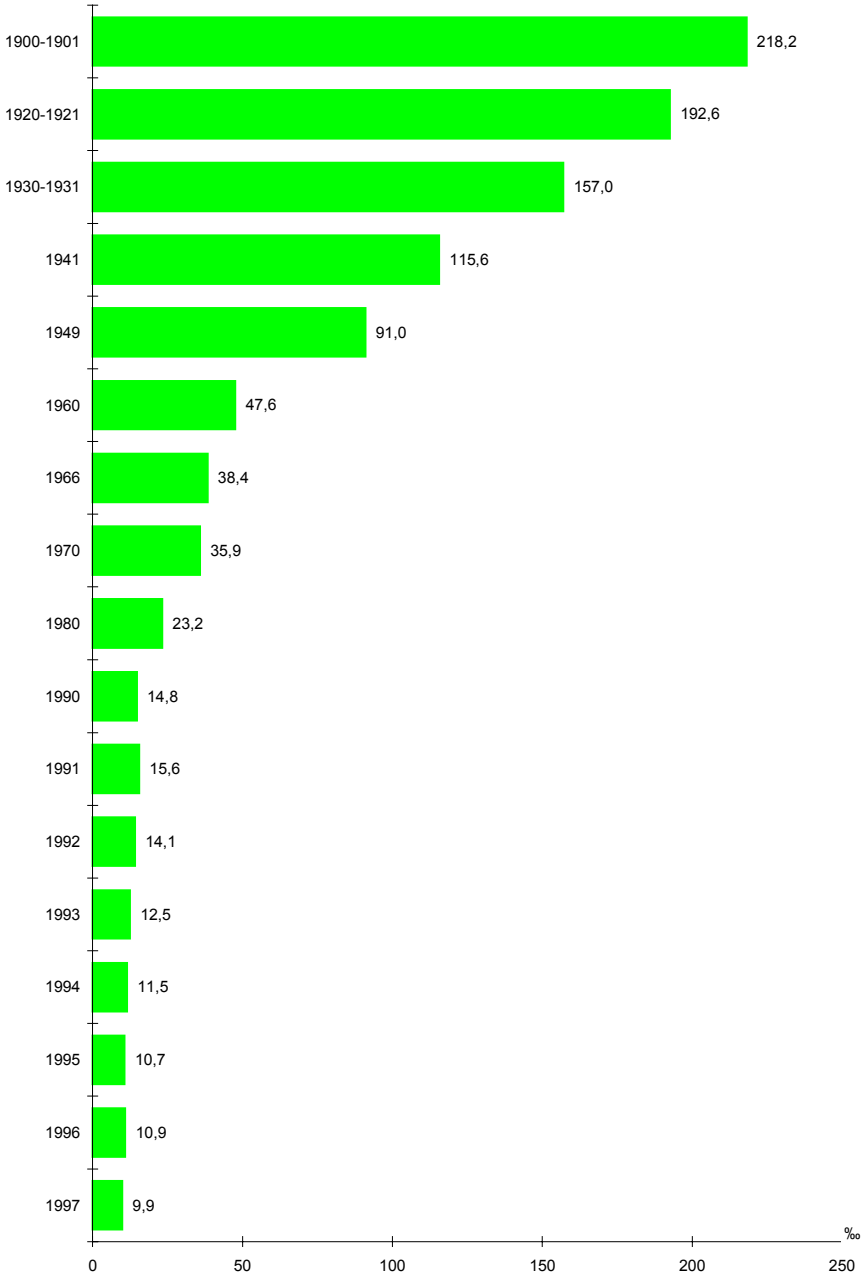
1950 – 1997



1968	15,1	11,2
1969	15,0	11,4
1970	14,7	11,6
1971	14,5	11,9
1972	14,7	11,4
1973	15,0	11,8
1974	17,8	12,0
1975	18,4	12,4
1976	17,5	12,5
1977	16,7	12,4
1978	15,8	13,1
1979	15,0	12,8
1980	13,9	13,6
1981	13,4	13,5
1982	12,5	13,5
1983	11,9	13,9
1984	11,8	13,8
1985	12,3	14,0
1986	12,2	14,0
1987	12,0	13,6
1988	11,9	13,4
1989	11,9	13,9
1990	12,1	14,1
1991	12,3	14
1992	11,8	14,4
1993	11,4	14,6
1994	11,3	14,3
1995	11	14,2
1996	10,3	14
1997	9,9	13,7

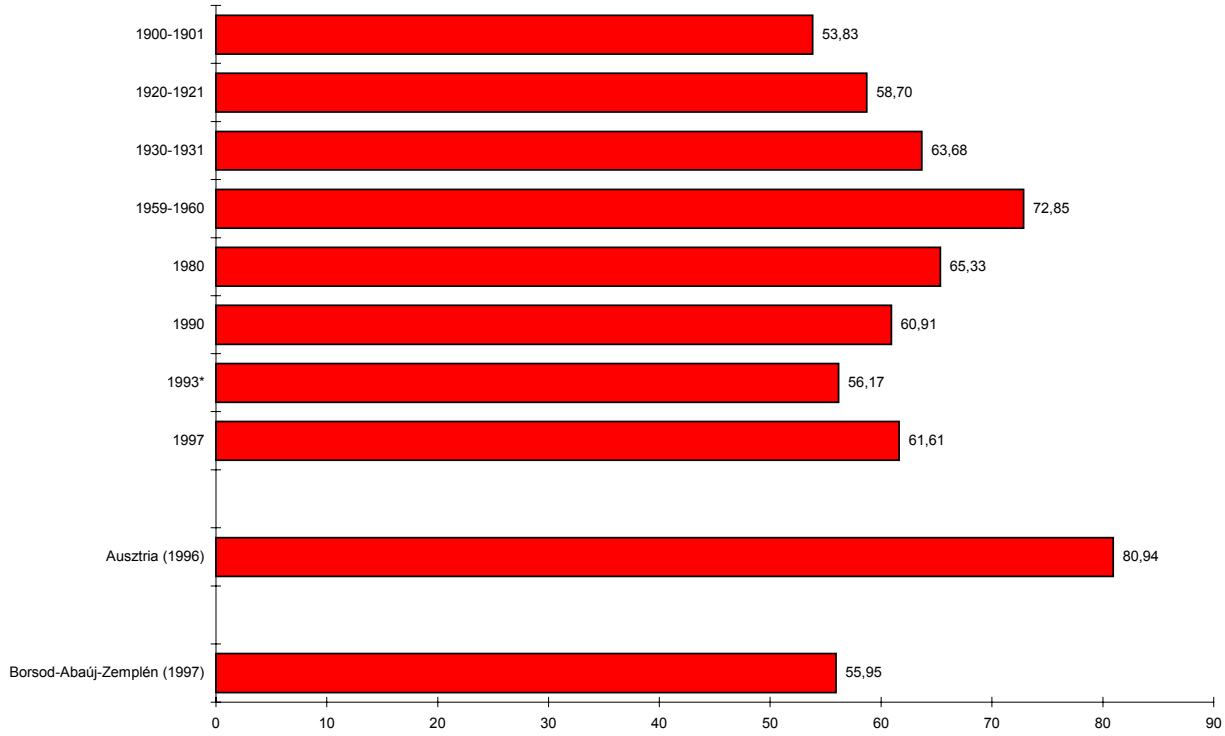
a) Egy nő élete folyamán születendő gyermekeinek átlagos száma az adott év termékenységi viszonyai mellett.

10. ábra
Csecsemőhalandóság alakulása
1900–1901 – 1997
Ezer élveszülöttre jutó egy éven aluli meghalt



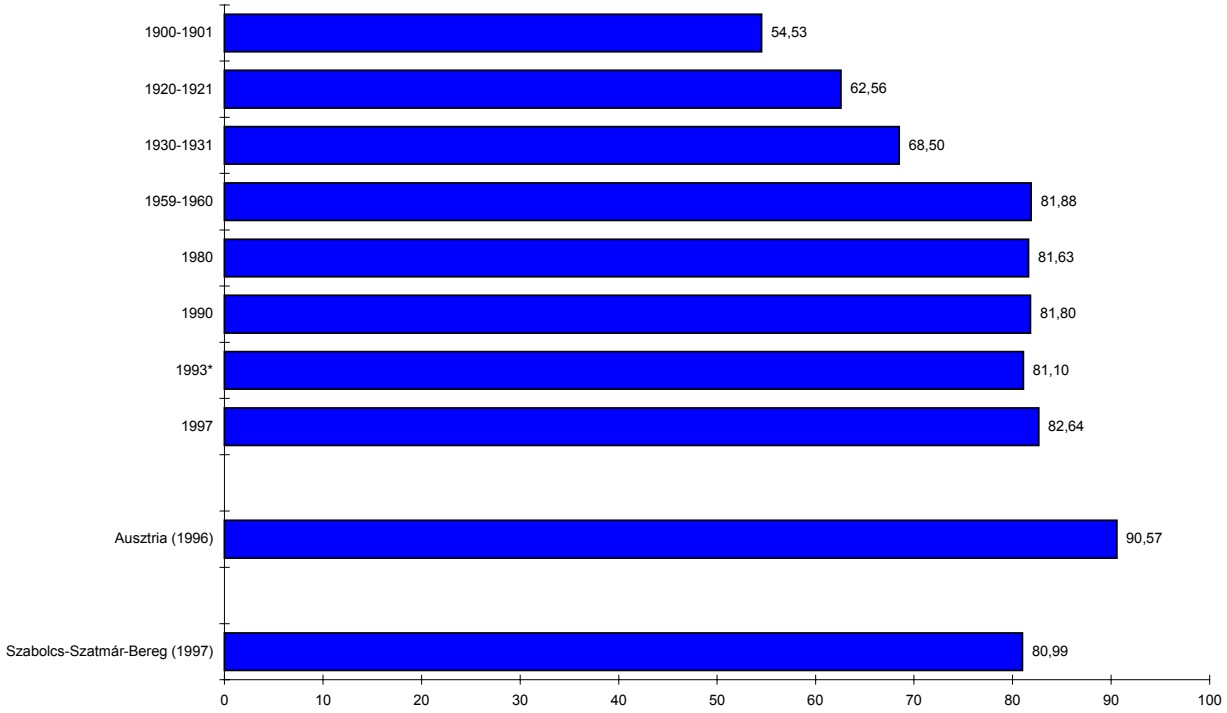
1997	9,9
1996	10,9
1995	10,7
1994	11,5
1993	12,5
1992	14,1
1991	15,6
1990	14,8
1980	23,2
1970	35,9
1966	38,4
1960	47,6
1949	91,0
1941	115,6
1930-1931	157,0
1920-1921	192,6
1900-1901	218,2

11. ábra
Továbbélési valószínűségek 35–65 év között (%)
Férfi



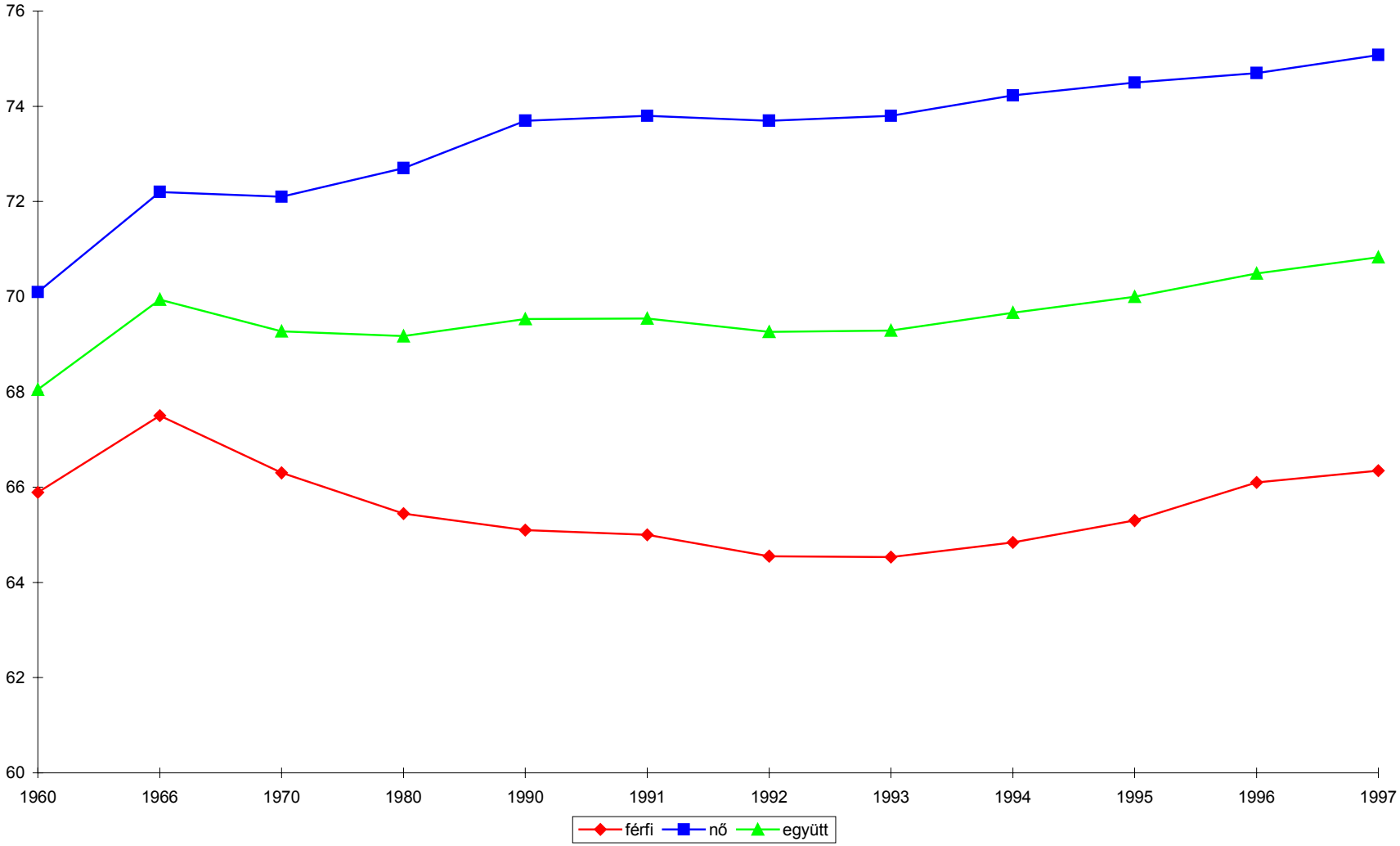
* 1993 - A legalacsonyabb érték.

12. ábra
Továbbélési valószínűségek 35–65 év között (%)
Nő

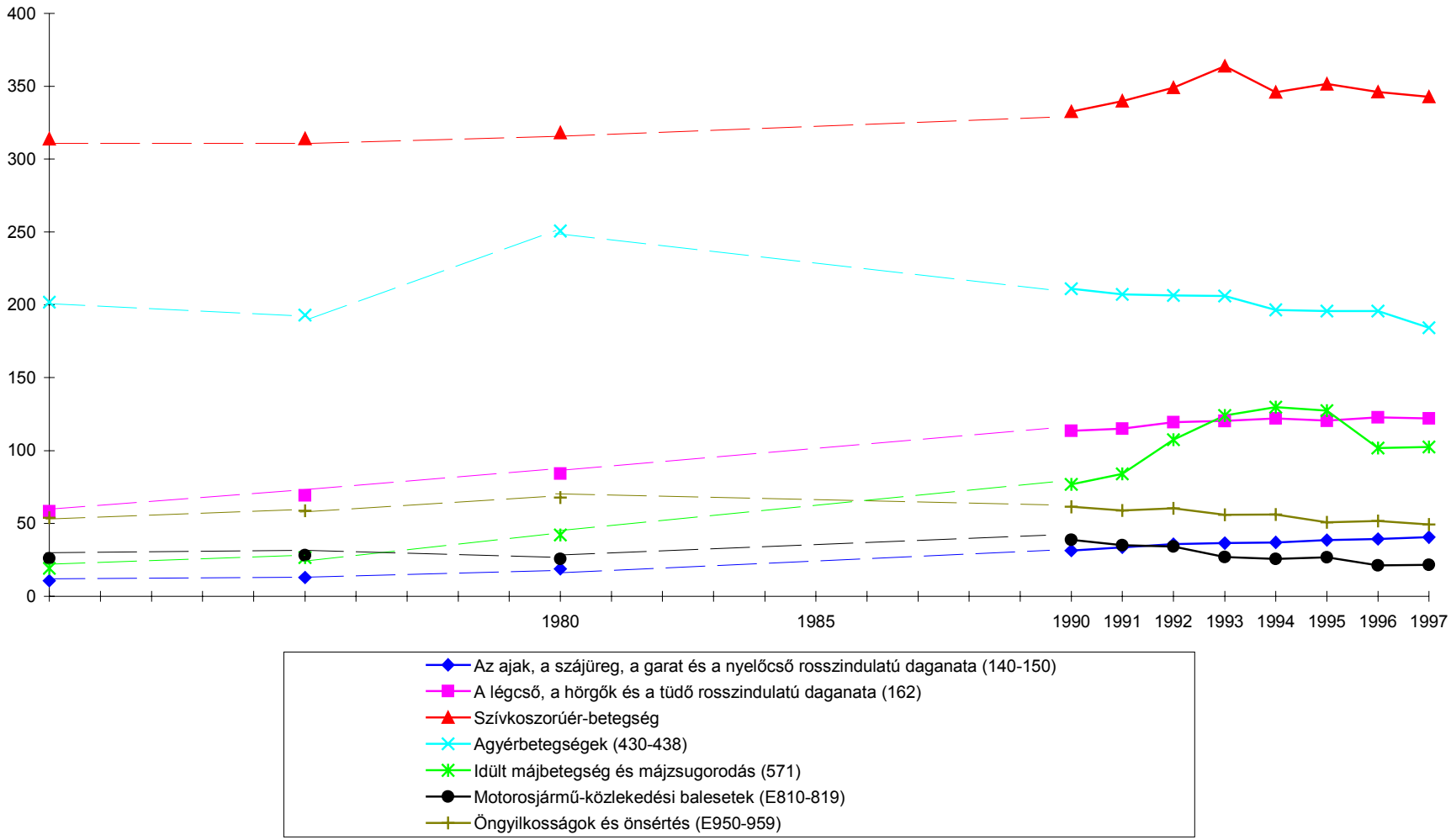


* 1993 - A legalacsonyabb érték.

13. ábra
A születéskor várható élettartam alakulása
1960 – 1997



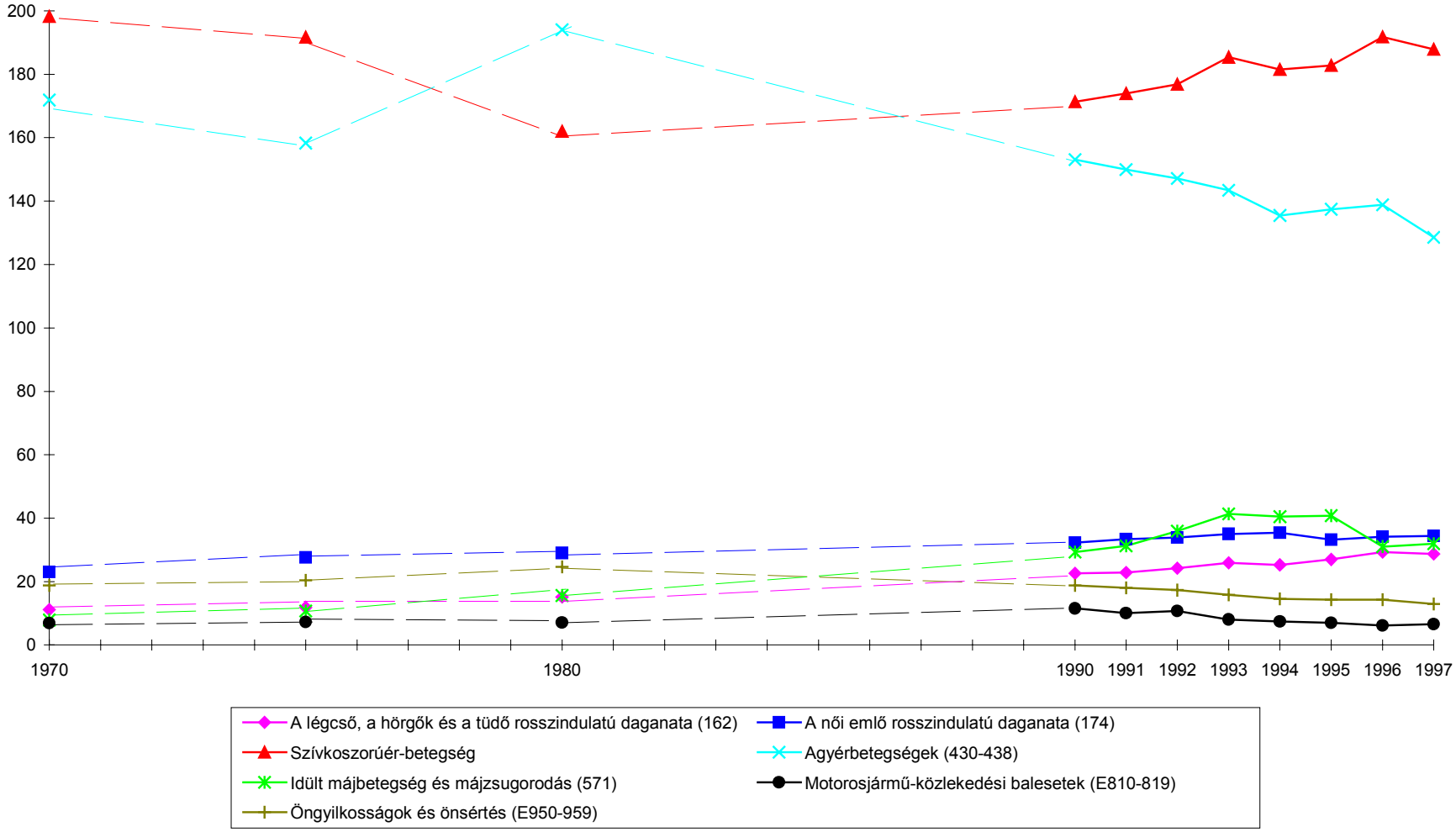
14. ábra
Néhány kiemelt halálok halandósága
100 000 férfira jutó halálozás
1970 – 1997



A Betegségek Nemzetközi Osztályozása 1992. évi, X. revíziója szerint.

Az Egészségügyi Világszervezet európai népességének kormegoszlására standardizált halálozási arányok.

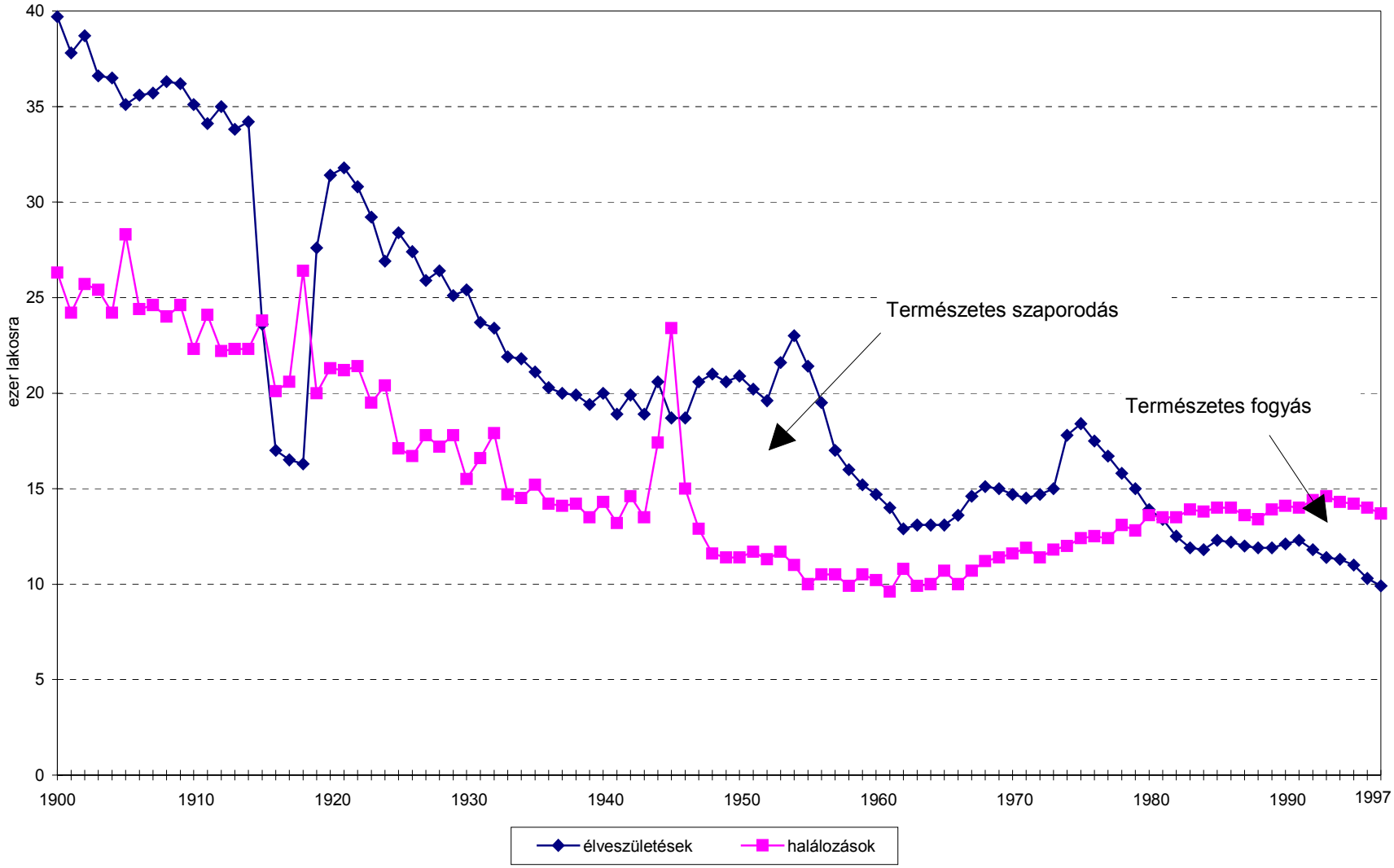
15. ábra
Néhány kiemelt halálok halandósága
100 000 nőre jutó halálozás
1970 – 1997



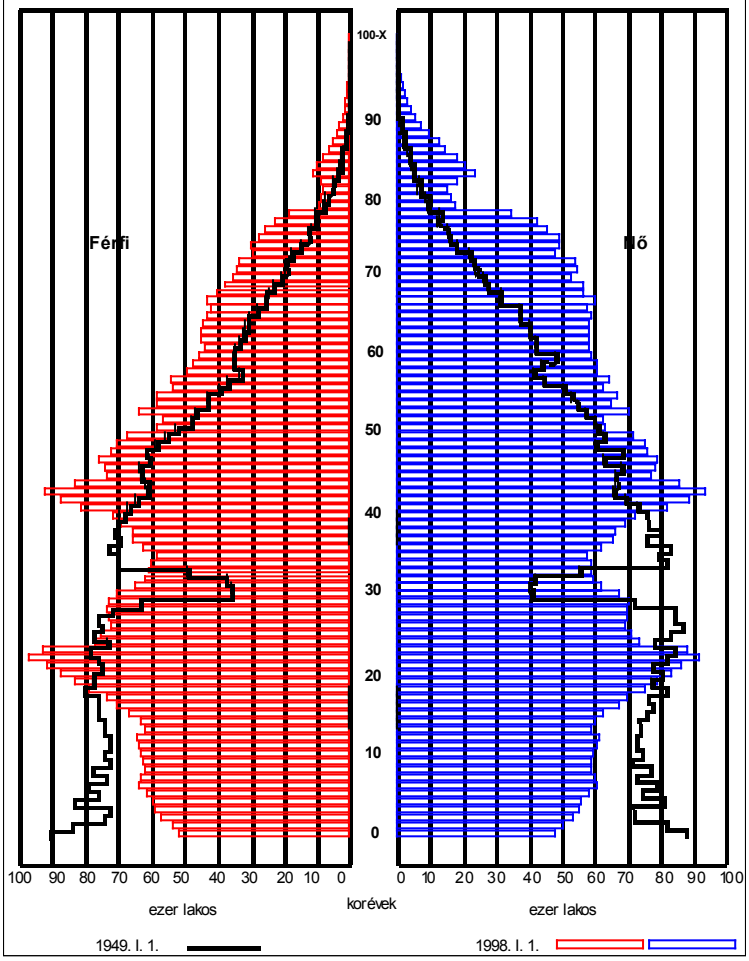
A Betegségek Nemzetközi Osztályozása 1992. évi, X. revíziója szerint.

Az Egészségügyi Világszervezet európai népességének kormegoszlására standardizált halálozási arányok.

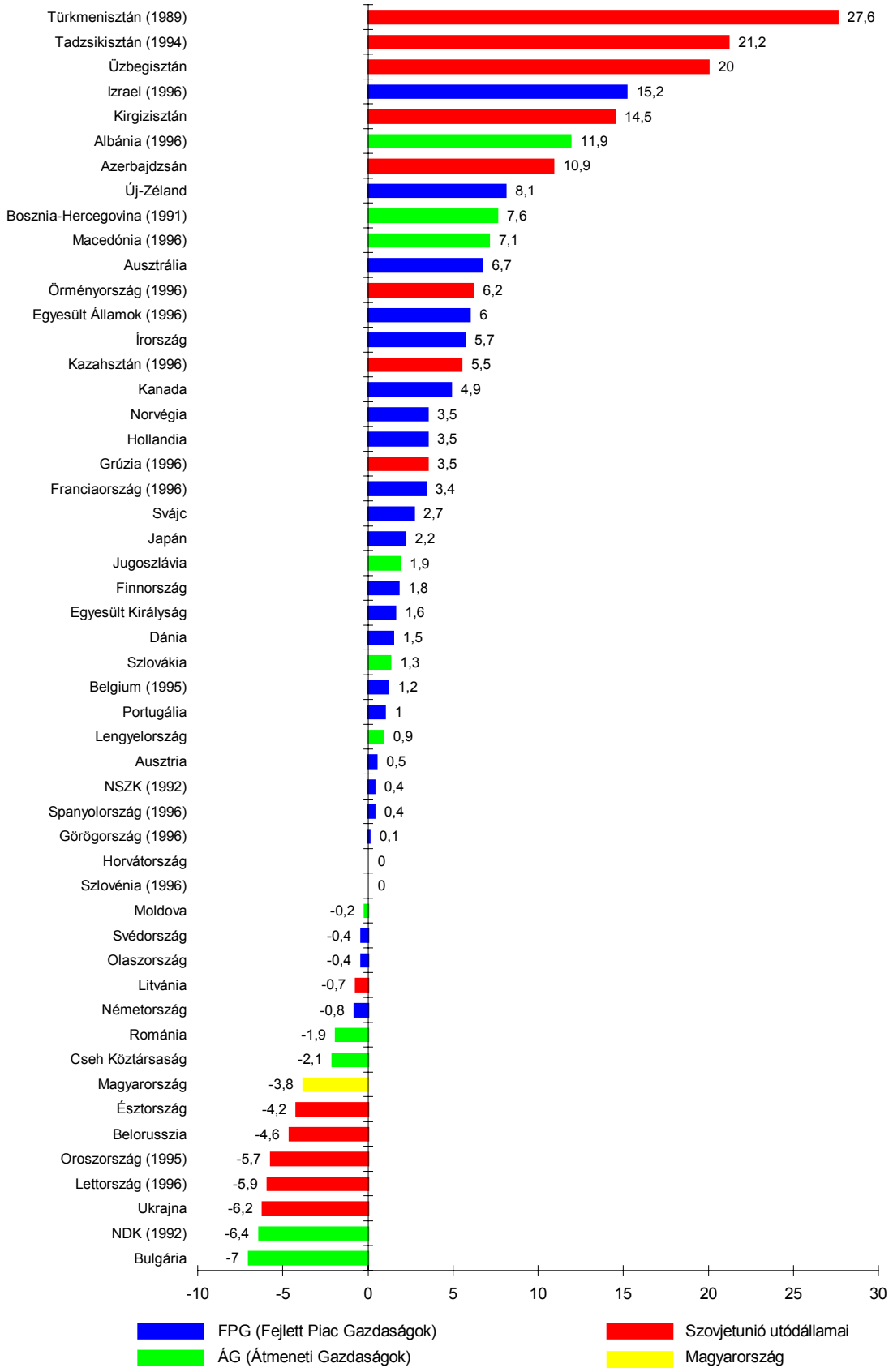
16. ábra
Az élveszületési és halálozási arány alakulása
1900 – 1997



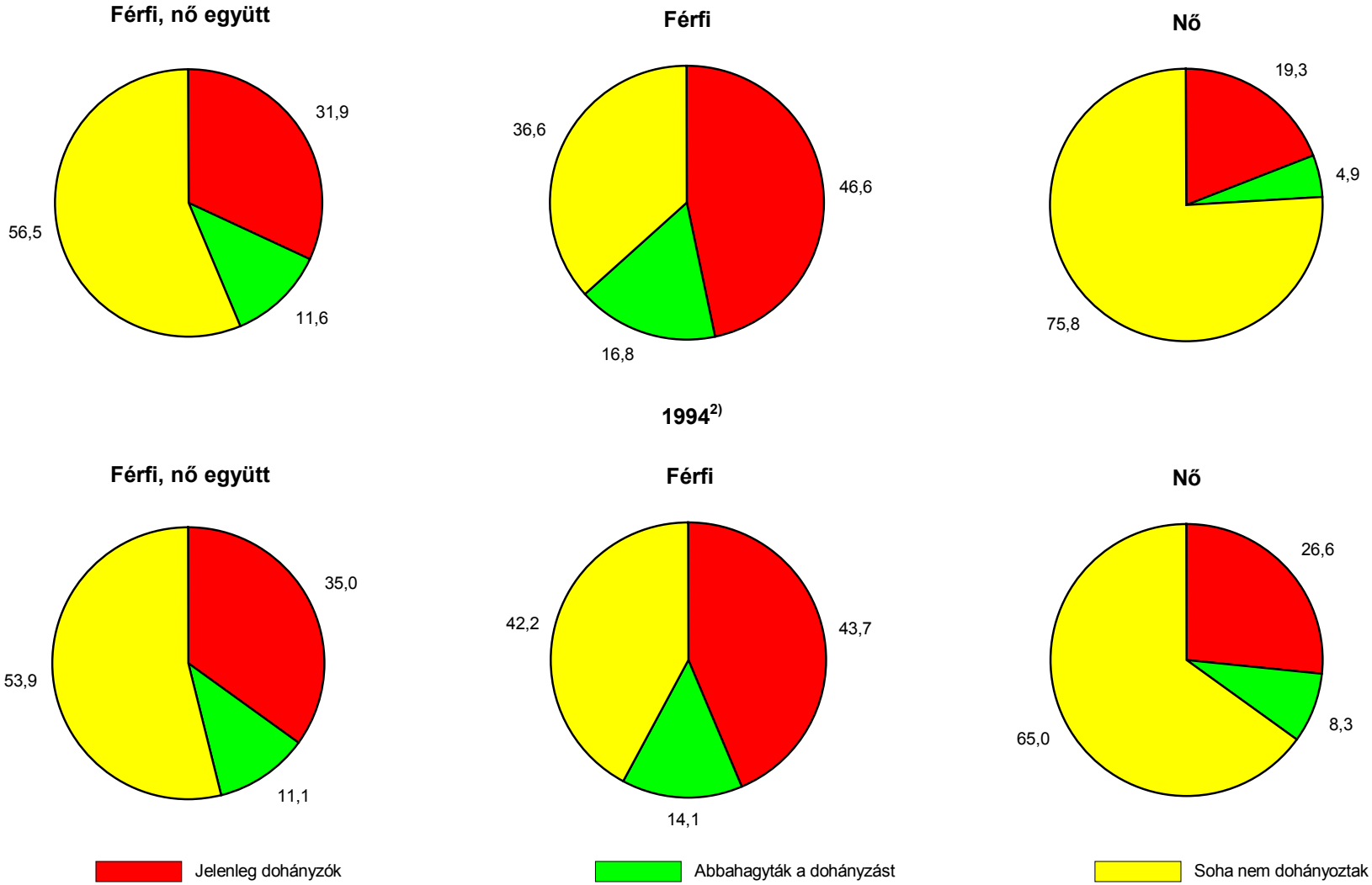
17. ábra
A népesség száma nem és életkor szerint



18. ábra
Természetes szaporodás/fogyás a fejlett egészségi kulturájú, ipari országokban 1997 körül
1000 lakosra jutó szaporodás/fogyás

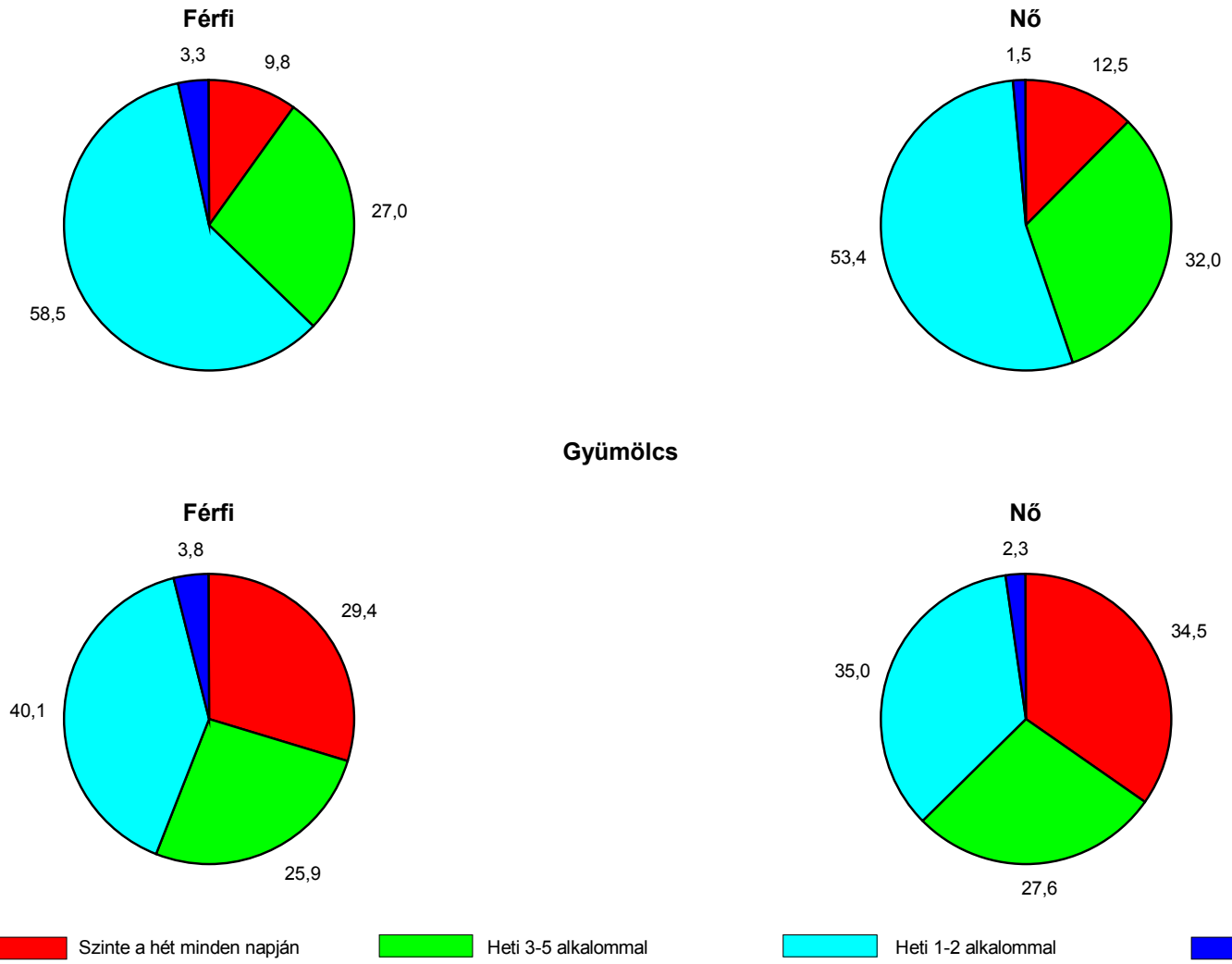


19. ábra
A 15–64 év közötti népesség megoszlása dohányzási szokások szerint
1986[1)]



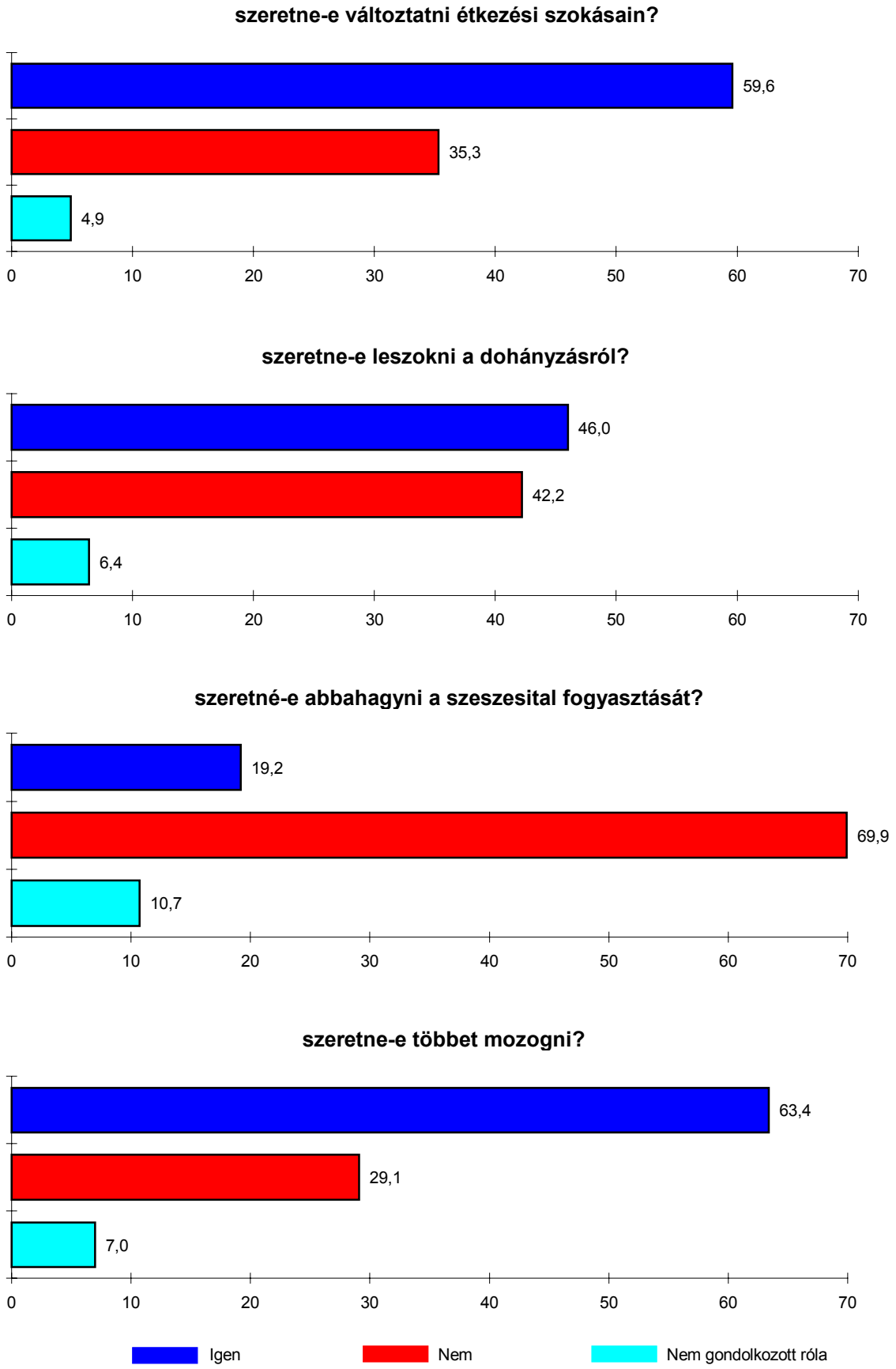
1) Az 1986. évi Egészségi Állapotfelvétel adatai: 15 éves és idősebb népesség.
2) Az 1994. évi Egészségi Állapotfelvétel adatai: 15-64 éves népesség.

20. ábra
Milyen gyakran fogyaszt zöldséget, friss gyümölcsöt télen?
1994[1)]
Zöldség



1) Az 1994. évi Egészségi Állapotfelvétel adatai: 15-64 éves népesség.

21. ábra
Egészsége érdekében...[1)]



1) Az 1994. évi Egészségi Állapotfelvétel adatai: 15-64 éves népesség.