

VIZSGÁLATOK

Szerzők:

Kollányi Zsófia
ESSRG, Budapest; ELTE TÁTK,
Közgazdaságtudományi
Tanszék, Budapest

Laczkovich Anna
Szociológus

Bernáth Gábor
Szociológus

Várad Balázs
Budapest Szakpolitikai Elemző
Intézet, Budapest; ELTE ÁJK
Közgazdaságtan és
Technológiai Tanszék,
Budapest

Cikkadatok:

DOI: [10.58701/mej.22044](https://doi.org/10.58701/mej.22044)

Beküldve: 2026. 02. 14.
Elfogadva: 2026. 02. 14.
Megjelentetve: 2026. 06. 08.

2026. 4. évfolyam 2. szám

Copyright © 2026 Kollányi
Zsófia; Laczkovich Anna;
Bernáth Gábor; Várad Balázs.
Kiadó: Magyar Népegészség-
ügy Megújításáért Egyesület.
Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a
CC-BY-SA-4.0
licenzszerződés alapján.

Egy kerületi népegészségügyi program tervezése - Esettanulmány

*Design process of a local public health strategy –
A case study*

Kulcsszavak: népegészségügy; szakpolitika; önkormányzat; tervezés

Keywords: public health; public policy; municipality; planning

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

A közleményben egy járható utját mutatjuk be a helyi népegészségügyi programok tervezésének.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

A tervezés alapelvei eddig is tudottak voltak, de kevés olyan példa ismert országosan, ahol valóban az érintettek bevonásával, az elérhető kvantitatív adatok rigorózus elemzésével, a megtérülés és a helyi Önkormányzat anyagi lehetőségeit is szem előtt tartó módon, és a hátrányos helyzetű népességcsoportok érdekeinek előnyben részesítésével készült volna a helyben élő állampolgárok egészségi állapotának javítását célul kitűző népegészségügyi program.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

A bemutatott adatbázisok, kvalitatív módszerek és elemzési szempontok bármely önkormányzat számára iránymutatóak lehetnek. Az adatokhoz való hozzáféréssel kapcsolatban felderített anomáliák alapul szolgálhatnak a jövő, adatokon alapuló helyi egészség-tervezésének magasabb szintű támogatásához.

Bevezetés: A tanulmány esettanulmány-jelleggel mutatja be egy budapesti kerület népegészségügyi szakpolitika-tervezési folyamatának első fázisát, középpontban az egészségügyi szükségletek felméréssel és a beavatkozások megtervezésével. A Budapest Intézet 2023 őszén nyert el egy megbízást Budapest VIII. kerületének Önkormányzatától az egészséggel kapcsolatos szükségletek és a helyi egészségügyi szolgáltatások felmérésére, valamint egy jelentős egészségnyereséget kínáló, rászorultság alapján célzott, az Önkormányzat költségvetési és szervezeti kapacitáskorlátait is figyelembe vevő népegészségügyi program kidolgozására.

Módszertan: A módszertanban vegyes megközelítést alkalmaztunk: kvalitatív adatgyűjtésként 18 félig strukturált interjú készült egészségügyi dolgozókkal és önkormányzati munkatársakkal, valamint öt fókuszcsoporthoz szerveztünk 40 év feletti kerületi lakosokkal. A kvantitatív elemzés adminisztratív adatbázisokra épült, beleértve a KSH népszámlálási adatait, a NEAK háziorvosi ellátottsági adatait, és egy speciális, szegregátumok egészségügyi helyzetét feltáró országos adatbázist.

Eredmények: Az eredmények jelentős területi egyenlőtlenségeket tártak fel a kerületen belül. Kiemelkedően magas volt a szív- és érrendszeri halálozás, az asztma és COPD miatti kórházi felvételek száma, valamint aggasztóan alacsony a mammográfiai szűrések igénybevétele, különösen a szegregált területeken. A gyógyszerek kiváltása elmaradt az országos átlagtól, ami utalhat az anyagi hozzáféréssel vagy az előírások betartásával kapcsolatos problémára. A kerületi lakosok egy jelentős része (13%) nem jelentkezett be háziorvoshoz, 5%-uk pedig nem rendelkezett biztosítási jogviszonnal. A reprodukív egészség területén kiugróan magas volt a terhességmegszakítások és a fiatal anyák aránya. A kvalitatív kutatás rávilágított az orvos-beteg kapcsolatok problémáira, a háziorvosi rendelők infrastrukturális hiányosságaira és a szakellátás hosszú várólistáira. Az alacsony társadalmi státuszú lakosok gyakran kerülnek az egészségügyet táppénztől vagy biztosítás hiányától való félelem miatt.

A kutatás alapján egy 15 pontos beavatkozási javaslatcsomagot dolgoztunk ki, amelynek kiindulópontja egy politikai, anyagi és szakmai erőforrásokkal is bíró népegészségügyi kabinet felállítása. Emellett ingyenes oltási programokat, a reprodukív egészség fejlesztését, az ellátók helyzetének fejlesztését és az ellátók és a lakosság közötti kapcsolatok javítását javasolják, például népegészségügyi profilú szakemberek és egészségmediátorok alkalmazásán keresztül.

Következtetések: A tanulmány kritikusan reflektál a kutatási folyamat korlátaira is: az adathozzáférés nehézségei, az érintettek bevonásának akadályai, a különböző igazgatási szintek közötti kompetenciamegosztás, valamint a politikai határidők és szakmai megalapozottság közötti feszültségek mind befolyásolták a kutatómunkát. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a helyi népegészségügyi tervezéshez elengedhetetlen lenne egy nyilvánosan elérhető, folyamatosan frissített országos adatbázis, amely támogatja a hátrányos helyzetű területek egészségügyi ellátásának tervezését és monitorozását.

ABSTRACT

Introduction: The study presents a case study of the first phase of a public health policy planning process in a Budapest district, focusing on health needs assessment and intervention planning. In autumn 2023, the Budapest Institute won a commission from a municipal government of a capital district to assess health-related needs and local health services, and to develop a public health program that offers significant health gains, is targeted based on need, and takes into account the municipality's budgetary and organizational capacity constraints.

Methodology: The methodology employed a mixed approach: qualitative data collection included 18 semi-structured interviews with healthcare workers and municipal staff, and five focus groups were organized with district residents over 40 years of age. The quantitative analysis was based on administrative databases, including census data from the Hungarian Central Statistical Office (KSH), primary care coverage data from the National Health Insurance Fund (NEAK), and a special national database examining the health situation in segregated areas.

Results: The results revealed significant territorial inequalities within the district. Cardiovascular mortality, hospital admissions due to asthma and COPD were remarkably high, and mammography screening uptake was alarmingly low, particularly in segregated areas. Prescription medication collection fell below the national average, indicating gaps in care provision. A significant proportion of district residents (13%) were not registered with a general practitioner, and 5% had no health insurance coverage. In reproductive health, the rates of pregnancy terminations and young mothers were exceptionally high. The qualitative research highlighted problems in doctor-patient relationships, infrastructural deficiencies in general practices, and long waiting lists for specialist care. Low-status residents often avoid healthcare due to fear of sick leave or lack of insurance.

Based on the research, a 15-point intervention package was developed, with the starting point being the establishment of a public health cabinet with political, financial, and professional resources. Additionally, they recommend free vaccination programs, reproductive health development, improvement of healthcare providers' conditions, and enhancement of relationships between providers and residents, for example through employing public health professionals and health mediators.

Conclusions: The study also critically reflects on the limitations of the research process: difficulties in data access, obstacles to stakeholder engagement, the division of competencies between different administrative levels, and tensions between political deadlines and professional rigor all influenced the work. The authors emphasize that a publicly accessible, continuously updated database would be essential for local public health planning, supporting the planning and monitoring of healthcare provision in disadvantaged areas.

BEVEZETÉS

Ebben a cikkben esettanulmány-jelleggel mutatjuk be egy helyi, népegészségügyi szakpolitika-tervezési folyamat első fázisát. Ha a szakpolitikai ciklusban szeretnénk elhelyezni (ld. pl. Bardach, 2012), kifejezetten a szakpolitikai beavatkozások tervezése áll a fókuszban. A jelen közleményben leírt folyamat lezárul azon a ponton, amikor a szakértői anyagot a megrendelő Önkormányzat megkapta, vagyis sem az anyag további sorsára, az azzal kapcsolatos politikai döntés(ek)re, jogalkotási és implementációs folyamat elemzésére nem térünk ki, hiszen e cikk lezárásakor az még bőven folyamatban van. Reményeink szerint a későbbiekben lehetőség nyílik a folyamat további nyomon követésére és bemutatására.

A jelen közlemény szándéka szerint hangsúlyozottan módszertani: bár a közérthetőség érdekében röviden közöljük kutatásunk eredményeit és az Önkormányzatnak átadott javaslatokat is (Kollányi et al, 2024), a fókuszt nem ezek jelentik, hanem az alkalmazott módszerek, az ezek által támasztott kihívások és tanulságok.

A Budapest Intézet (BI) 2023 októberében azt a feladatot kapta Budapest VIII. kerületének Önkormányzatától, hogy mérje fel a kerületben az egészséggel kapcsolatos szükségleteket és a helyben elérhető egészségügyi szolgáltatásokat, majd tegyen javaslatokat egy egészségügyi-népegészségügyi program alapvonalaira és elemeire, kiemelten figyelembe véve a speciális

igényekkel rendelkező társadalmi csoportok (fogyatékkal élők, romák, idősek) szükségleteit is.

Jobbító javaslatokat nem lehet anélkül megfogalmazni, hogy ne azonosítsanak azokat a célokat, irányokat, amelyekben a reformok megrendelője gondolkodik. Munkánkhoz, az Önkormányzattal folytatott egyeztetések alapján, a következő rész-célokat azonosítottuk:

- Minél nagyobb egészségnyereséget kínáló beavatkozások azonosítása.
- Rászorultság-alapú célzás. Bár jutottunk bőven olyan javaslatokra is, melyek célzása univerzális, egy kerületi önkormányzat nem tudja összes polgárának az egészségügyi ellátását jelentős mértékben javítani. Ezekben az esetekben a szocioökonómiai szempontból hátrányosabb helyzetű polgárokat célzó beavatkozást részesítettük előnyben, részben a megrendelő explicit értékválasztása miatt. Másrészt, mert mint kiderült, ezen csoportok egészsége a legrosszabb, tehát sok területen az ő helyzetük javításával lehet a legnagyobbat előre lépni.
- A felelős gazdálkodás és a költségvetési- és más kapacitáskorlátok szempontjainak figyelembevétele.

MÓDSZEREK

A tervezési folyamatban, a szakirodalmi forrásokon és a helyi egészségügy tágabb intézményi-jogszabályi környezetének felmérésén kívül, kvalitatív és kvantitatív

adatokkal dolgoztunk. A kvantitatív adatok kivétel nélkül adminisztratív, vagyis az államapparátus valamely szerve által „hivatalból” gyűjtött és tárolt, és nem a kutatás keretében gyűjtött adatok voltak. Egyrészt a kerület saját adatai, másrészt országos szervek által gyűjtött és birtokolt (részben pedig feldolgozott) adatok.

A kvalitatív adatok részben félig strukturált interjúkból, részben állampolgári fókuszcsoportokból származtak. Ezeken felül a folyamat során több alkalommal tartottunk belső szakértői workshopokat meghívott szakemberek bevonásával, és a tanulmány véglegesítése során is kikértük népegészségügyi és közpolitikai szakemberek véleményét, és beépítettük javaslataikat a szövegbe.

Interjúk

A munkához 2024. novemberétől januárig az Önkormányzat és önkormányzati szociális intézmények munkatársaival, és az egészségügyi ellátásban résztvevő stakeholderekkel összesen 18 félig strukturált kutatási interjú készült, ebből 12 egészségügyi dolgozókkal.

Az Önkormányzatnál, illetve a kerületben dolgozó alábbi szakemberekkel készítettünk interjút:

- a Humán Főosztály vezetője – az Önkormányzat egészségügyért is felelős szerve
- a Vagyongazdálkodási Iroda

- az Önkormányzat Családtámogatási Irodájának vezetője – a szociális és pénzügyi támogatások operatív működésével és a korábbi Covid-oltás támogatás lebonyolításának részleteivel kapcsolatban
- az Önkormányzat romaügyi referense
- a kerületben működő védőnők.

A projekt során hat józsefvárosi, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, kettő a kerületben dolgozó, de nem az önkormányzathoz tartozó és kettő nem a kerületben dolgozó háziorvossal, valamint két, a kerületi szakrendelőben dolgozó szakorvossal készítettünk interjút. A velük készített interjúkban többek közt a következőkre tértünk ki:

- Háziorvosi indikátorrendszerrel kapcsolatos tapasztalatok
- Praxisok jellemzői
- A TAJ-számmal nem rendelkező betegek (létszám, eljárások, viszony)
- Fő problémáik, nehézségeik a betegellátás során
- Milyen problémákat tapasztalnak a betegek oldaláról
- Védőoltások – mit ajánlanak, mit ajánlanának, ha ingyenes lenne
- A feltételes készpénztranszfer bevezetésével kapcsolatos attitűdjük
- A kerületi Önkormányzattal, a szakrendelővel, egyéb szociális szervezetekkel fenntartott viszony
- Javaslataik az alapellátás fejlesztésével kapcsolatban

Fókuszcsoportok

A lakosság és különösen a célcsoportok attitűdjeit és meglátásait fókuszcsoportos kutatás keretében mértük fel.

2024 januárjában összesen öt fókuszcsoportot szerveztünk negyven évnél idősebb józsefvárosiak körében az egészségükről és az egészségügyről. Két további

szempontot érvényesítettünk: egyrészt igyekeztünk a kerület lokális sokszínűségét reprezentálni, másrészt az alacsonyabb társadalmi státuszú csoportokat felülreprezentálni. A beszélgetésekről egy kivétellel (ahol nem járultak hozzá a hangfelvétel készítéséhez) hangfelvétel, és jegyzőkönyvek készültek.

No.	Résztevők	„Célcsoport”	A csoport egyéb jellemzői
1.	3 nő, 5 férfi	Önkormányzati lakásbérlet és szomszédai	alacsony státuszú környékek lakosai, mindannyian munkavállalók
2.	8 nő, 3 férfi	Kerületi nyugdíjasklubok tagjai	átlagosan magasabb státuszú környékeken laknak, klubtagként az átlagos nyugdíjasokénál élénkebb társas élettel
3.	2 nő, 2 férfi	A Magyar Evangéliumi Testvérek közösség egy iskolájának szülői és nagyszülői	kifejezetten alacsony társadalmi státuszú emberek, bevonásuk különösen fontos volt annak érdekében, hogy a legelesettebb kerületiek is reprezentálva legyenek. Többségük évek óta Budapesten élő erdélyi roma vendégmunkás, albérlet, illetve önkormányzati bérlet.
4.	2 nő, 7 férfi	Kerületi közterületfelügyelők vagy biztonsági őrök valamely önkormányzati intézménynél (egyikük a szakrendelőben, egy másik interjúalany a családtámogatási irodában)	Zömmel a kerület középső részének, többen a panellakótelepek lakói.
5.	4 nő	Az Önkormányzat alkalmazásában álló takarítók	Ketten albérletben élnek, mindannyian két munkahelyen dolgoznak.

1. táblázat: A fókuszcsoportok összetétele

A nemi arány 19:17 volt a nők javára, és bár erre külön nem kérdeztünk rá, más utalásokból arra következtethetünk, hogy a csoportokban 10–12 roma résztvevővel találkoztunk.

A beszélgetések kitértek arra, hogy a résztvevők

- a mindennapi döntéseikben mennyire képviselik az egészségmegőrzés szempontjait;
- mit tapasztalnak ezügyben a környezetükben;
- járnak-e rendszeresen szűrésekre, illetve előfordult-e már, hogy az orvosok által előírtakat valamiért nem tartották be;
- mik a tapasztalataik a házi orvosuk, illetve a szakrendelő kapcsán.

A résztvevőket a beszélgetés végén arra is megkértük, hogy a kerületi házi orvos listán jelöljék be a saját orvosukat. Ez alapján annak ellenére, hogy ez nem volt kiválasztási szempont, azon beszélgetőtársaink, akik a kerületben járnak házi orvoshoz (28-an) összesen 12 házi orvos páciensei. (8 résztvevőnek nem a kerületben volt, vagy nem volt házi orvos a beszélgetések idején.)

Kerületi adminisztratív adatok

Az Önkormányzattól megkaptuk a kerület-részekkel kapcsolatos földrajzi-demográfiai, a házi orvosi és védőnői körzetekre, a Covid-oltás támogatásra és a kerületi élet-pályamodellel keretében felújított házi orvosi rendelőkre vonatkozó részletes információkat, valamint a 2022-ben elindult szociális koncepció keretében megújult és kibővített pénzügyi támogatások összegeit és a támogatottak számát. Ezeknek hasznukat láttuk egyrészt a kvalitatív adatfelvétel célzásában és a kérdéssorok összeállításában, másrészt a javaslatok (pl. területi) célzásában, harmadrészt a javasolt intézkedések nagyjából egészséghatásának becslésében is.

Külső forrásból származó adminisztratív adatok

A kerület lakosainak demográfiai jellemzőiről, egészségi állapotáról, egészségmagatartásáról, és a kerületi egészségügyi rendszer kapacitásairól és forgalmáról egyrészt nyilvános adatbázisokból jutottunk adatokhoz, másrészt kutatási hozzáférést kértünk és kaptunk különböző adminisztratív adatokhoz, többek között egy szegregatív adatbázishoz.¹ A 2. táblázat a kvantitatív adatok hozzáférést és felhasználását foglalja össze.

¹ Az adatbázis kialakítása a következő projektek támogatásában valósult meg: Szegregált telepeken élő roma felnőttek rutin egészségstatisztikai rendszerbe építhető egészségmonitorozása (BM/16145-3/2019, FEIF/1616/2019-itm_szerz); Szegregált telepeken élők rutin egészségstatisztikai rendszerbe épített folyamatos egészségmonitorozása (BM/6327-3/2021, FEIF/951/2021-itm_szerz); Szegregált telepeken élők egészségügyi ellátása a rutin egészségstatisztikai rendszerbe épített monitoring alapján 2022-ben és 2023-ban (BM/2573-2/2025).

Adatforrás	Adatok	Felhasználás
Pulvita egészségügyi forgalmi adatbázis ²	Járóbeteg forgalmi adatok	Az egészségügyi szakellátások igénybevétele a kerületi lakosok által.
KSH nyilvános STATINFO adatbázisai ³	Halálzási adatok (elhunytak száma nem, életkor és halálok szerint)	A kerületi többlethalálozás kalkulációja. Ehhez elkészítettük a fő kerületi halálokok profilját öt éves időszakra, a vizsgált és a szomszédos kerületekre, valamint Budapestre és az egész országra vonatkozólag, az összehasonlíthatóság érdekében az életkor szerinti és nemi összetételre kontrollálva.
Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (TeIR) ⁴	Mortalitási, iskolázottsági és a háziiorvosi rendszer igénybevételére vonatkozó adatok	A kerület lakosainak szocioökonómiai státuszának és egészségi, egészségügyi szükségleteinek meghatározására vonatkozó adatok kiegészítése
Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (NEAK) Megj.: Térítési díj ellenében	Aggregált adatok – Budapest és a VI., VII., VIII. és IX. kerületi háziiorvosi ellátottság, praxisok mérete, ellátással nem rendelkező lakosok száma, a háziiorvosi indikátorrendszer adatai	Az egészségbiztosítási jogosultság és a háziiorvosi ellátottság jellemzőinek feltárása és a háziiorvosi ellátásminőség indikátorainak elemzése.
KSH – 2022-es népszámlálás irányítószám-szintű adatai Megj.: Térítési díj ellenében	Irányítószám-szintű adatok – a Józsefvárosi negyedek lakásvizonyai, lakosok demográfiai és szocioökonómiai összetétele	A kerület egyes részein élők szociodemográfiai státuszának (életkor, nem, iskolai végzettség, roma családok aránya, egy főre jutó lakóterület) felmérése
A Társadalmi Felzárkózásért Felelős Helyettes Államtitkárság „Szegregátumban élők egészségügyi ellátása” projektje során készült adatbázis ⁵ (a továbbiakban: szegregátumi adatbázis) Megj.: Az adatbázis használatában a Debreceni Egyetem azt gondozó munkatársai voltak segítségünkre	150 népegészségügyi indikátora a józsefvárosi szegregátumokban és a kerület egészében észlelhető népegészségügyi problémákról, a kritikus betegségtípusokról.	Kórházi felvételi ráták kerületi, illetve szegregátumi többlete. Szűrések és oltások igénybevétele. Betegségek előfordulása, az ellátáshoz való hozzáférés eltérései a gyógyszerfogyasztás alapján. Reproduktív egészség (fogamzásgátlás, terhességmegszakítások, rendellenes szülések). Ennek az adatbázisnak az adatgazdagságán túl kiemelt előnye, hogy előkészített adataival lehetővé teszi az egyes területek összehasonlítását úgy, hogy kezelje az eltérő lakossági jellemzőkből fakadó szükségszerű különbségeket – hátránya ugyanakkor, hogy viszonylag régi (2019-2020-as) adatokat tartalmaz.

2. táblázat: A kutatásban felhasznált országos kvantitatív adatok bemutatása

² https://prod.eadatlap.hu/PULVITAsysR2_S0/SysLogin/index.php

³ <https://statinfo.ksh.hu/Statinfo/index.jsp>

⁴ <https://www.oeny.hu/oeny/teir/#/>

⁵ <https://estat.unideb.hu/>

EREDMÉNYEK ÉS JAVASLAT

A kvalitatív eredmények összefoglalása

A kerületi házi orvosok közül többen elégedetlenek voltak a rendelkezésükre bocsátott helyiségek méretével és beosztásával, a beteghozzáférés kereteivel (telefonok, telefonvonalak, diszpécierszolgálat hiánya, beengedés), és a szakrendelő hosszú várólistáival és ellátásszervezési gyakorlatával. A kerületi egészségfejlesztési és prevenciók kezdeményezésekről azt mondták, hogy a nem kellően aktív kommunikáció miatt az események nem jutnak el megfelelő időben és elég széles körben az egyénekhez, különös tekintettel a hátrányos helyzetű lakosokra.

Ugyanakkor azt is hozzátették, hogy ha nincs, aki a szűrések után megfelelő időben ellátja a betegeket, akkor nincs értelme növelni ezeket a szűrőkapacitásokat.

A felnőttkori oltások önkormányzati támogatását többen üdvözölnék. Az Önkormányzattal való kapcsolatukat passzívnak írták le, kiemelték, hogy nincsenek rendszeres találkozók a két fél között. Összességében pozitívan nyilatkoztak mindenféle, az Önkormányzattól érkező támogatás lehetőségével kapcsolatban, és az egészségügyi szakdolgozók speciális, az ellátásban jobban kihasználható kompetenciáit és javadalmasításuk javítását is illetően is.

A (fővárosi kerületek között kivételként önkormányzati fenntartásban maradt)

kerületi szakrendelő vezetőivel folytatott beszélgetések alapján egyértelmű, hogy az intézménynek jelentős kereslettel és limitált szakember-erőforrásokkal, a központi finanszírozás és procedurális szabályok és a kerület elvárásai között kell helytállnia.

A fókuszcsoportokon részt vevő, alacsony szocioökonómiai státuszú józsefvárosi lakosok nagyjából ismerték, de életmódjukban messze nem mind alkalmazták a legfontosabb egészségőrzési stratégiákat (pl. tudatosabb táplálkozás, rendszeres mozgás, nemdohányzás), és a felnőttkori védőoltásokat is kevesen vették fel. A kerületi szűrési lehetőségekről sokan nem is hallottak, de kritikusak voltak a hosszú szakellátási várólistákkal kapcsolatban. A munkaviszonyban állók közül sokan félték táppénzre menni, és inkább fizetett szabadságot vettek ki, ha szűrésre, kivizsgálásra akartak eljutni.

Azok, akik nem bejelentett munkaviszony keretében keresték a kenyerüket, ezért társadalombiztosítási jogosultság nélkül maradtak, az utolsóig kerülték az állami egészségügyi szolgáltatókat. Ez változatos gyakorlatokat eredményezett, a külföldről, illetve a feketepiacon vásárolt gyógyszerektől az előírt vizsgálatoktól való távolmaradásig.

A gyógyszerek kiváltása is gondot okozhatott, a be nem szerezhető gyógyszerektől kezdve egészen odáig, hogy orvosi vizsgálat nélkül, a gyógyszerértári személyzet javaslatai alapján vettek gyógyszert. Az érintettek szélsőséges különbségekről számoltak be a

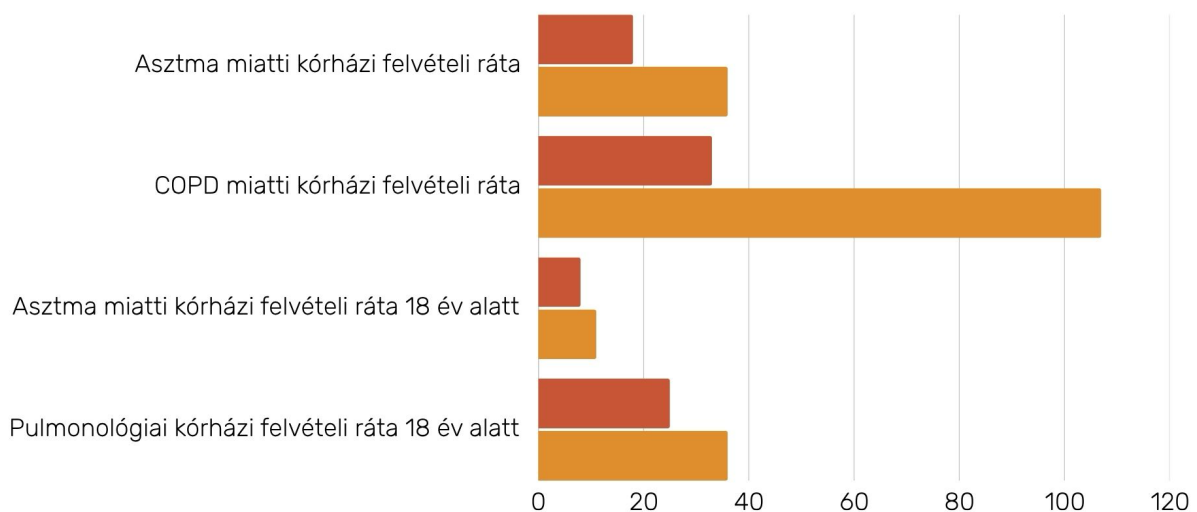
házi orvosok kapcsán: míg a résztvevők többsége elégedett volt, mások megrázó történeteit mesélték a közönynek és a cinizmusnak, sőt, rasszizmusnak. Általános vélemény volt ugyanakkor, hogy Covid óta az orvos-beteg találkozások száma csökkent, és hogy sok orvos vizsgálat nélkül, a gyógyszerek felírására és az adminisztráció elvégzésére szorítkozik kizárólag.

A kvantitatív eredmények összefoglalása

A KSH népszámlálási adatai alapján az átlagosan alacsony státuszmutatók mellett

jelentős eltéréseket találtunk a kerületen belül szociális státusz és életkori megoszlás mentén. Az iskolai végzettség, a roma családtag, és az egy főre jutó lakóterület alapján készítettünk egy státuszindexet, amely az adott jellemzőkkel a kerület adott negyedeiben élő családok arányán alapul, és amit a későbbiekben a beavatkozások célzásánál alkalmaztunk.

A KSH Statinfo adatbázisa alapján a szív- és érrendszeri eredetű halálozást és az alsó légúti megbetegedések miatti halálozást találtuk kiugróan gyakori haláloknak a kerületben.



1. ábra: Felnőtt és gyerek légzőszervi betegségekkel összefüggő kórházi felvételi ráták kerületi eltérései a várható értékektől (fő, 2019) – Példa a szegregátumi adatbázis használhatóságára (Forrás: Szegregátumi adatbázis)

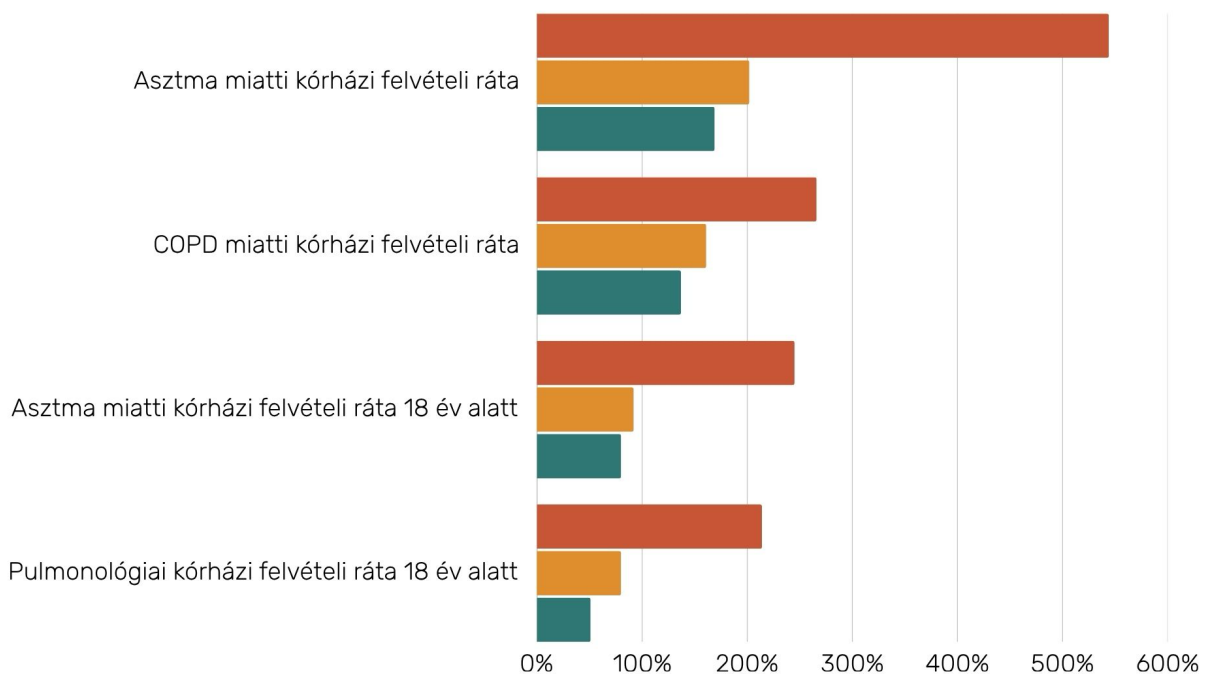
Jelmagyarázat:

Piros sávok: Többet a kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján várhatóhoz képest (fő)

Sárga sávok: Többet a teljes kerületben, az országos értékek alapján várhatóhoz képest (fő)

A szegregátumi adatbázis alapján kiemelkedően magasnak találtuk felnőttek és gyerekek körében is az asztma és COPD miatti kórházi felvételi rátákat. Detektálható volt a mammográfiai szűrések súlyos kihasználatlansága, különösen a szegregált területek lakossága körében. A várhatónál valamivel magasabb volt a diabéteszgyógyszerek kiváltása a kerületi szegregátumokban, de a hipertónia-gyógyszert

kiváltók aránya az egész kerületben alacsony. Az 1. és 2. ábrákon egy példát mutatunk arra, hogyan használható ez az adatbázis. Itt azt látjuk, hogy mekkora eltérés van az adott kerület, valamint a kerület szegregált részei és között, amennyi az országos értékek alapján várható volna, jelen esetben légzőszervi betegségekkel összefüggő, felnőtt és gyerekek kórházi felvételi ráták tekintetében.



2. ábra: Felnőtt és gyerek légzőszervi betegségekkel összefüggő kórházi felvételi ráták kerületi eltérései a várható értékektől (a várható érték %-ában, 2019) – Példa a szegregátumi adatbázis használhatóságára (Forrás: Szegregátumi adatbázis)

Jelmagyarázat:

Piros sávok: Többet a kerület szegregátumaiban az országos értékek alapján várhatóhoz képest (a várható érték %-a)

Sárga sávok: Többet a teljes kerületben, az országos értékek alapján várhatóhoz képest (a várható érték %-a)

Zöld sávok: Többet a teljes kerületben, a budapesti értékek alapján várhatóhoz képest (a várható érték %-a)

Az adatok alapján tehát például a felnőttek között a kerületi szegregátumokban 18-cal, a teljes kerületben 36-tal többen kerültek kórházba asztma miatt 2019-ben, mint az az országos adatok alapján várható lett volna. Ugyanakkor, ha a vizsgált területek népességszámát is figyelembe vesszük, kitűnnek a szegregált területek kiugró adatai: az összerületi érték az országos érték két-, a szegregátumbeli annak több, mint ötszöröse. Kevésbé drámai, de ugyancsak súlyos többletet mutat a gyerekek hospitalizációs mutatója is.

Visszatérve az eredményekre: összességében, kevés kivételtől eltekintve,

minden nagyobb gyógyszercsoportban kevesebb gyógyszert írtak fel a kerületi lakosoknak, és azok még kevesebbet váltottak ki, mint az országos adatok alapján várható lett volna, ami feltehetően ellátási hiányt jelez.

A reprodukív egészséget illetően, annak ellenére, hogy a várandósgondozás az adatok alapján alapvetően rendben volt a kerületben, a kerületi nők fogamzásgátló-használata jelentősen elmaradt a várható értékektől, kiugróan magas volt – különösen a szegregátumok esetében – a fiatal- és serdülőkori terhességek és a bármely korban bekövetkező terhességmegszakítások aránya, és a perinatális problémák – koraszülés, alacsony születési súly, nem egészségesen születő újszülöttek) aránya is magasabb.

A NEAK adataiból kiderült, hogy a kerületben, a környező kerületekhez hasonlóan, Budapesthez viszonyítva magas volt mind a kerületi háziiorvoshoz bejelentkezett „külsősök” aránya (50% körüli), mind a „külsős” háziiorvoshoz bejelentkezett kerületi lakosoké (25% körüli). Sokaknak egyáltalán nem volt háziiorvosa (13%) és magasnak bizonyult a társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkezők aránya is (5%). A háziiorvosi indikátorrendszer adatai alapján úgy tűnik, hogy a diabétesz-ellátás minősége romolhatott a korábbi időszakhoz képest.

A Pulvita Adatbázis alapján 2016 óta a tüdőgyógyászat, kardiológia, diabetológia és labordiagnosztika területén egyaránt enyhén csökkenő igénybevételi trendet találtunk, ami a COVID időszak óta stabilizálódni látszik (a labordiagnosztika esetén a 2016-os szint kb. 90, a többi ellátások terén a 2016-os érték kb. 70%-án).

Beavatkozási javaslatcsomag

Mindezek alapján az alábbi javaslatokat fogalmaztuk meg. Vastaggal szedve azok, melyeknél a legnagyobb egészséggazdaságtani hasznot vélelmeztük. Terjedelmi okokból a javasolt beavatkozásokat egy kivétellel csak címszavakban közöljük, a részletes javaslatok megtekinthetők az eredeti tanulmányban (Kollányi et al, 2024). A 4. számú javaslatot példaképp valamivel részletesebben is bemutatjuk – mint itt látható, a javaslat indoklást, és az implementáció lépéseire, illetve a várható költségekre vonatkozó javaslatot és becslést is tartalmaz.

0. Népegészségügyi kabinet felállítása és népegészségügyi stratégia kidolgozása

1. Szociális háttér alapján célzott közvetlen feltételes készpénztranszfer a primer, szekunder és terciér prevenciók szolgáltatásainak igénybevitelére

2. Segítségnyújtás a kerület lakosainak a társadalombiztosítási jogviszonyuk rendezetlenségének tisztázásában és a probléma megoldásában

3. Esemény utáni tabletták ingyenessé tétele

4. Az influenza-oltás mellett felvett pneumococcus-oltás ingyenessé tétele idős rászorultaknak⁶

A javaslat pontos tartalma: A józsefvárosi idősek egy alcsoportja számára, ha az esedékes influenzaoltással egyszerre veszik fel a házi orvosnál, az Önkormányzat öt-évente egyszer teljes egészében vállalja át a pneumococcus-oltás beszerzésének árát.

Indoklás: Az oltás felvétele szakirodalmi és szakmai ajánlások szerint javasolt 65-75 éves kor felett (European Centre for Disease Prevention and Control, 2024). Az európai országok egy jelentős része univerzálisan, ingyenesen elérhetővé teszi ezt az oltást az időseinek. Ugyanakkor az oltás Magyarországon pillanatnyilag drága, a különböző oltásfajták ára 20 és 25 ezer forint között mozog. Az elmúlt években néhány úttörő önkormányzat (Szentés, Telki, Budapest I. kerület) bizonyos csoportok körében már átvállalta az oltás költségét.

Teendők: A célcsoport megállapítása; Információs kampány; A házi orvosok tájékoztatása.

Költségek: A célcsoport méretétől (életkor, társadalmi státusz) függően 1,5-14 millió forint egyszeri költség öt évente.

5. A HPV-oltás ingyenessé tétele és felajánlása 26 év alatti felnőtteknek

6. Rota-vírus ellenes gyermekkori oltás ingyenessé tétele

7. Szűrőkapacitások növelése

8. Képzések házi orvosok, nőgyógyászok, asszisztensek számára, a hátrányos helyzetűekkel, etnikai kisebbségekhez tartozókkal, külföldiekkel szembeni bánásmóddal, az ő sajátos szükségleteikkel kapcsolatban

9. A járóbeteg-szakellátás kapacitásbővítése, több szakorvos alkalmazása, az orvosok munkakörülményeinek javítása

10. A házi orvosi rendelők infrastruktúrájának fejlesztése

11. Kerületi kiegészítő népegészségügyi indikátorrendszer kidolgozása és pótlólagos finanszírozás hozzákapcsolása

12. Az eddig említett változásokat elvárásként/ajánlatként tartalmazó új házi orvosi szerződés tervezet készítése jogász bevonásával és a jelenlegi kerületi házi-

⁶Ezt a javaslatot az Önkormányzat már a javaslatcsomag leadása előtt, az 2024 májusi ülésén elfogadta.

orvosoknál választható opcióként, a jövőben újonnan alkalmazott háziorvosoknál alapértelmezésként ennek alkalmazása betöltetlen praxisok esetén

13. Az Önkormányzatnál és önkormányzati vállalatoknál dolgozók munkavállalói lehetőségeinek erősítése: az alkalmazottak adott esetben munkaidejük alatt is el tudnak menni orvoshoz, táppénzre vagy szűrésre

14. Egészségügyi-népegészségügyi aszisztensek alkalmazása

15. Kerületi egészségmediátorok alkalmazása

A jelentésben (Kollányi et al, 2024) természetesen ezen javaslatok szinergiáit, kondicionalitási kapcsolódásait, intézménykapacitásbeli előfeltételeit is igyekeztünk feltárni.

DISZKUSSZIÓ – KORLÁTOK ÉS NEHÉZSÉGEK

Az alábbiakban egyrészt tisztázzuk, mely népegészségügyi szempontból fontos területek és kérdéskörök voltak azok, melyekre a kutatás során nem tudunk kitérni, illetve milyen akadályokkal és kihívásokkal szembesültünk a politikai döntéshozatal és a társadalmi szereplők közötti, speciális kutatói helyzetünkből fakadóan.

A kutatás helyi keretei és korlátai

1. Egészségügyi igazgatási szintek

A magyar egészségügyi ellátórendszer nagy része országos keretek között működik. Az Önkormányzat lehetőségeire koncentráció munkánkban ezt adott peremfeltételként kezeltük, akár csak a főváros által működtetett vagy beindításra váró néhány (pl. szűrő) programot.

2. Populációs és tematikus korlátok

A gyermekek egészségének alapos elemzése sajnos nem fért be a munka keretei közé. Nem tértünk ki a hajléktalan emberek ellátására sem, annak összetettsége és a kerület többi lakosától való jelentős eltérése miatt. Kevésbé fókuszáltunk a kerületi polgárok mentális egészségének területére, elsősorban a megbízható kvantitatív mutatók hiánya miatt. Ugyancsak nem foglalkoztunk a szenvedélybetegségekkel: alkoholizmussal, drogfogyasztással: ezen a területeken különálló, célzott önkormányzati stratégiára volna szükség.

3. Az egészség meghatározói

Csak jelzés szerűen tértünk ki az egészségfejlesztés szempontjából releváns, de nem közvetlenül (nép)egészségügyi területen kifejezhető önkormányzati szabályozási és tulajdonosi tevékenységekre (a tömegsporttól a közétkeztetésen át a közlekedés levegőtisztaságát javító újszabályozásáig), és szinte egyáltalán nem az egészséget meghatározó szocio-ökonomiai tényezőkre.

A feladat itt annak a tudatosítása, hogy az Önkormányzat számos beavatkozása, legyen szó óvodafejlesztésről vagy a segélyezési rendszer átláthatóbbá, hozzáférhetőbbé tételéről (Budapest Főváros VIII. kerület Józsefvárosi Önkormányzat, 2022, 2023), részben maga is „népegészségügyi”, amennyiben hatása van az egészségi állapota.

Adatokkal kapcsolatos kérdések

Az empirikus adatok felhasználása számos ponton ütközött akadályokba. Vagy nincsenek ilyenek, vagy nem elérhetőek, vagy bár elvileg elérhetőnek kellene lenniük, de gyakorlatilag nagyon nehezen lehet hozzánk jutni (például nagy késéssel vagy az Önkormányzatnak a kutatásra szánható anyagi lehetőségeit meghaladó költségekkel). Az adatigénylés anyagi vonzatai önmagukban kérdéseket vetnek fel: egyrészt állami szervek közötti viszonyokról beszélünk, másrészt a szóban forgó adatok a magyar lakosság érdekeit szolgáló beavatkozások tervezésének megalapozását szolgálják, a (borsos) térítési díjak számunkra nem tűnnek indokoltnak. Az általunk használt adatbázisok közül ki kell emelnünk a szegregátumi adatbázist, ami rendkívül jól használható, elemzésre előkészített adatokat tartalmaz, kifejezetten a hátrányos helyzetű területek népességének egészségügyi ellátásával és (áttételesen) -állapotával kapcsolatban. Ez az adminisztratív adatokra épülő adatbázis jelenleg nem nyilvános, ezért csak korlátozottan hozzáférhető, és tudomásunk szerint sem az újabb adatokkal való frissítése, sem esetleg olyan egyéb,

adminisztratív elérhető, szociodemográfiai adatokkal való kiegészítése nem biztosított, ami felhasználhatóságát és értékét jelentősen növelné. Határozottan javasoljuk, hogy az adatbázis szélesebb körben elérhetővé váljon és gondozása, bővítése, frissítése prioritást kapjon.

Bár igyekeztünk adatalapon dolgozni, javaslatainknak vannak bőven olyan elemei is, melyeket munkánk során „szakértői becslés” jelleggel csak nagyjából tudtuk azonosítani. Ezeket jeleztük, ahogy azt is, hogy ezekkel kapcsolatban további munka, pilot-jelleggel való próbálkozás, óvatosság lehet indokolt. Ugyanakkor azt is jeleznünk kell, hogy a szakpolitikai tervezésnek és elemzésnek szükségszerűen vannak ilyen elemei – még a legjobb adathozzáférés esetén is tere van szakértői interpretációnak, a szakmailag elfogadható cél nem ennek a térnek a megszüntetése, hanem szűkítése, és egyértelművé tétele.

A kutatásunk kvalitatív fázisában többször szembesültünk azzal, hogy bár mind a megrendelő Önkormányzat, mind a kutató csoport elkötelezettek voltunk a különféle érintettek bevonása, véleményük meghallgatása és figyelembevételével, ami sok esetben komoly kihívást jelentett. A jó minőségű, hatásos és fenntartható szakpolitikai tervezés egyik alapvetése, különösen helyi szinten, hogy abba az érintetteket be kell vonni, ami mellett egyaránt szólnak normatív és praktikus érvek (ld. például Michels & De Graaf, 2010). Normatív a bevonás alanya az állampolgár, aki a folyamat révén demokratikus jogait érvé-

nyesíti, vagyis beleszól, alakítja a közügyeket.

A praktikus szempontok egyrészt, mint speciális tudás birtokosait vonja be az érintetteket, ezáltal jobban célzott, hatásosabb, fenntarthatóbb, és összességében működőképesebb szolgáltatások kialakítását teszi lehetővé.

Másrészt ugyanezek az érintettek a majdani szolgáltatások használói, működtetői is egyben, a bevonás révén pedig elkötelezettségük, együttműködési készségük növelhető. Ez az elmélet ugyanakkor helyben számos akadályba ütközhet. Mindennek természetesen számtalan oka lehet, az egészségügyben dolgozók és általában az emberek leterheltségétől az általános bizalomhiányon keresztül a kifejezetten helyi jellegű konfliktusokig és viszonyokig. Ezeket a konfliktusokat, ellenállásokat érdemes nem a kutatási folyamatban magában, hanem azon kívül illetve azt megelőzően kezelni, mintegy előkészítve a terepet és az érintettek fogadókészségét a bevonásra. Amennyiben a konfliktusok mélysége ezt indokolja, ehhez kifejezetten konfliktuskezelésben jártas szakember, mediátor bevonása is hasznos lehet.

A politikai folyamatokkal kapcsolatos másik kérdés, amivel minden szakpolitikai tervezési folyamatban számolni kell, a politikai szereplők szükségletei és a tervezés szakmai kritériumai közötti potenciális feszültségek köre. Ennek jellegzetes terepe például a nyelvhasználat – a politikai döntéshozóknak készített anyagokkal szembeni jogos

elvárás, hogy azok speciális szakértelem nélkül is érthetőek, világosak, terjedelmükben korlátozottak legyenek, ami nem veszélyezteti a szakmai korrektséget. További kérdés a politikai döntéshozatal belső határidejének problematikája. A különböző tényezők (esetünkben például a 2024-es önkormányzati választások közeledte) miatt fellépő időnyomás konfliktusba kerülhet a kutatási folyamat realitásával.

ÖSSZEGRZÉS

Tanulmányunk célja az volt, hogy bemutassuk, milyen gazdag módszertani lehetőségek állnak rendelkezésre még egy területben viszonylag korlátozott, helyi önkormányzati egészségügyi-népegészségügyi terv kidolgozásához is, ha erre a szándék – és a források – rendelkezésre állnak. Különösen fontosnak tartjuk ezt azért, mert az önkormányzatok és a kerületek, azok több körös centralizációja után is, elég fontos szereplői a magyar népegészségügynek ahhoz, hogy komoly egészségnyereséget várhassunk egy ilyen folyamatától. Ahhoz ugyanakkor, hogy a bemutatott kutatásunkban javasoltak megvalósuljanak, hátra van ezek megbeszélésekre, intézkedésekre, rendeletekre és költségvetési sorokra váltása, vagyis – szakpolitikai nyelven szólva – az implementáció és az értékelés.

Tanulmányunkban ugyanakkor nem titkoltuk a kutatási folyamat korlátait sem, elsősorban az adathozzáférés nehézségeivel és az érintettek bevonásával kapcsos-

latban. Az egészségügy, népegészségügy területén speciális kihívást jelent a különböző igazgatási szintek közötti kompetenciamegosztás problémája. Azzal is tisztában kell lenni minden hasonló, „alkalmazott” kutatási folyamatnál, milyen, a kutatómunkát befolyásoló elvárások és korlátok járnak együtt a politikai döntéshozói szférával való együttműködéssel.

Végül ehelyütt is szeretnénk hangsúlyozni, hogy a helyi népegészségügyi tervezéshez elengedhetetlen lenne egy nyilvánosan elérhető, folyamatosan frissített országos lefedettségű, de a helyi szinten releváns adatbázis, amely támogatja a lokalitás, és különösen a hátrányos helyzetű területek egészségügyi ellátásának tervezését és monitorozását.

HIVATKOZÁSOK

Bardach, E. (2012): A Practical Guide for Policy Analysis 4th ed. Sage.

Budapest Főváros VIII. kerület Józsefvárosi Önkormányzat (2022): Józsefvárosi Esélyegyenlőségi Program 2023-2028. <https://jozsefvaros.hu/downloads/2022/0>

[9/jozsefvarosi-eselyegyenlosegi-program-2022-pdf.pdf?ver=20220930095044](https://jozsefvaros.hu/downloads/2022/09/jozsefvarosi-eselyegyenlosegi-program-2022-pdf.pdf?ver=20220930095044)

Budapest Főváros VIII. kerület Józsefvárosi Önkormányzat (2023): A józsefvárosi pénzbeli ellátások átalakításának koncepciója. https://jozsefvaros.hu/downloads/2023/10/penzbeli_ellatasok_koncepcioja-pdf.pdf?ver=20231020095755&download=force

European Centre for Disease Prevention and Control (2024): Pneumococcal Disease: Recommended vaccinations, <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=25&SelectedCountryIdByDisease=-1>

Kollányi, Zs., Laczkovich, A., Váradi, B. (2024): Józsefvárosi egészségügyi program javasolt szakmai részletei – Megvalósíthatósági tanulmány. Budapest Intézet. [http://www.budapestinstitute.eu/uploads/BI_Jozsefvarosi_CCT_draft_20240627_sent_20240725jav_sent_\(4\).pdf](http://www.budapestinstitute.eu/uploads/BI_Jozsefvarosi_CCT_draft_20240627_sent_20240725jav_sent_(4).pdf)

Michels, A., & De Graaf, L. (2010). Examining Citizen Participation: Local Participatory Policy Making and Democracy. *Local Government Studies*, 36(4), 477–491. <https://doi.org/10.1080/03003930.2010.494101>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Kollányi Zsófia

ESSRG, Budapest; ELTE TÁTK, Közgazdaságtudományi Tanszék, Budapest

ESSRG, Budapest; ELTE Faculty of Social Sciences, Department of Economics, Budapest, Hungary

kollanyi.zsofia@essrg.hu

Laczkovich Anna

Szociológus

Sociologist

laczkovich.anna@gmail.com

Bernáth Gábor

Szociológus

Sociologist

bernath_g@yahoo.com

Váradi Balázs

Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet, Budapest; ELTE ÁJK Közgazdaságtan és Technológia jog

Tanszék, Budapest

*Budapest Institute of Policy Analysis, Budapest; ELTE Faculty of Law, Department of Economics and
Technology Law, Budapest, Hungary*

balazs.varadi@budapestinstitute.eu
